

Характерно-типологические особенности речевого развития детей раннего возраста группы социального риска

Александрова Л.Ю.

Аннотация

В статье представлены результаты экспериментального изучения речевых затруднений детей первых лет жизни, воспитывающихся в неблагополучной социальной среде. Описан диагностический инструментарий, позволяющий исследовать речь ребенка при минимизации опоры на родительские наблюдения. Показаны затруднения детей в периоды овладения гулением, лепетом, словами и предложениями.

Ключевые слова

Речевое развитие, материнская депривация, коррекционно-педагогическое сопровождение.

Characteristically-typological features of speech development in young children social risk

Alexandrova L. Y.

Annotation

The results of an experimental study of children's speech difficulties of the first years of life, brought up in a dysfunctional social environment. Describes the diagnostic tools to investigate the child's speech, while minimizing reliance on parental monitoring. Showing children in times of difficulty mastering Gulen, babble, words and sentences.

Key words

Language development, maternal deprivation, correctional and educational support.

Сведения об авторе

Александрова Лада Юрьевна, кандидат педагогических наук, доцент кафедры логопедии и олигофренопедагогики, психолого-педагогический факультет, Новгородский государственный университет

e-mail: l_y_aleksandrova@mail.ru

ХАРАКТЕРНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ГРУППЫ СОЦИАЛЬНОГО РИСКА

В статье представлены результаты экспериментального изучения речевых затруднений детей первых лет жизни, воспитывающихся в неблагополучной социальной среде. Описан диагностический инструментарий, позволяющий исследовать речь ребенка при минимизации опоры на родительские наблюдения. Показаны затруднения детей в периоды овладения гулением, лепетом, словами и предложениями.

Ключевые слова. Речевое развитие, материнская депривация, коррекционно-педагогическое сопровождение.

К группе социального риска относятся дети, живущие в семьях, которые находятся в трудной жизненной ситуации, в том числе рожденные от матерей с умственными или физическими ограничениями, психическими или тяжелыми соматическими заболеваниями, если другие члены семьи не могут осуществлять уход за ребенком. К группе социального риска относятся и дети из многодетных, малообеспеченных, асоциальных семей; семей, где родители злоупотребляют алкоголем или наркотиками, а также дети матерей- и отцов-одиночек.

Особую категорию составляют дети, лишившиеся родительского попечения и воспитывающиеся в государственных учреждениях: домах ребенка, детских домах, социальных приютах. Основные причины: смерть родителей, нахождение их в местах лишения свободы, передача под опеку, угроза жизни и здоровью ребенка, лишение родительских прав, болезнь родителей. От 1 до 1,5% детей становятся сиротами вследствие отказа от них матерей. Это обусловлено комплексом социально-экономических, семейных, нравственных, психобиологических и патологических факторов. Социальная острота проблемы обуславливается и увеличением количества случаев раннего материнства. Ежегодно

1,5 тыс. детей рождается у матерей до 15 лет, 16–30 тыс. – у матерей до 17 лет [1, 7].

Воспитание детей в условиях несформированности или разрыва эмоциональных связей в диаде «ребенок – близкий взрослый» обозначается термином «материнская депривация». В последние годы забота государства о ребенке, попавшем в трудную жизненную ситуацию, становится одним из приоритетов социальной политики. Приняты Семейный кодекс РФ, Федеральный закон «О дополнительных гарантиях по социальной защите детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей», принята программа «Дети России», на федеральном уровне реализующая концепцию приоритетного воспитания ребенка в семье.

В 2011 г. в России 545 тыс. детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, воспитывались в семьях и 260 тыс. – в государственных учреждениях. Значительными темпами растет число приемных семей, однако механизмы выбора приемных родителей не отработаны. Это становится причиной возврата детей в учреждения (9600 детей в 2011 г.).

Особенности развития детей группы социального риска составляют предмет интереса исследователей в ряде отраслей психолого-педагогического знания: в психологии, дошкольной, социальной и специальной педагогике, логопедии. Подчеркивается, что воспитание в условиях материнской депривации неблагоприятно влияет на различные аспекты психического развития ребенка

(Й. Лангмейер, З. Матейчек, Р. Шпитц, Г. Коблинер, А. Фрейд и др.).

Анализ исследований позволяет утверждать: важным фактором эффективности педагогической помощи оказывается ее раннее начало (Е.Р. Баенская, О.Л. Баженова, О.С. Грибова, О.Е. Громова, С.Б. Лазуренко, Л.В. Лопатина, Н.Н. Малофеев, Е.М. Мاستюкова, О.Г. Приходько, Ю.А. Разенкова, Е.М. Стребелева, Г.В. Чиркина и др.).

Имеются исследования, посвященные формированию речи детей, которые воспитываются в условиях ранней материнской депривации (Н.Н. Авдеева, Е.В. Боровская, И.А. Выродова, Ю.А. Разенкова, В.Л. Рыбкина, А.Г. Рузская, Р.В. Тонкова-Ямпольская, А.М. Царегородцева и др.).

Однако субъектами изучения оказываются лишь одна категория детей – воспитанники государственных учреждений. До сих пор предметом изучения не становились речевые затруднения детей раннего возраста, воспитывающихся в условиях материнской депривации в семьях, а также при депривационных сценариях, изменяющихся в сторону смягчения или ужесточения (например, ребенок воспитывался в родительской семье – доме ребенка – замещающей семье – был возвращен в дом ребенка или после отказа матери воспитывался в доме ребенка – был помещен в замещающую семью и др.).

В проведенном нами на базе детских учреждений Новгородской области опытно-экспериментальном исследовании (1990–2010 гг.) были выявлены типологические речевые затруднения детей раннего возраста, воспитывающихся в условиях материнской депривации различной степени выраженности. В исследовании участвовали 286 детей первых лет жизни: 168 из них воспитывались в домах ребенка, 81 – в замещающих семьях, 37 – в семьях замещающих родителей, но посещали круглосуточные группы ДОУ. Для сопоставительного анализа были отобраны 63 ребенка из семей с достаточной материнской заботой.

В данной статье мы остановимся лишь на особенностях речевого развития детей, воспитывающихся в семьях, относящихся к группе социального риска.

На начальных этапах исследования необходимо было выявить наличие у детей анамнестических рисков биологического и социального характера. Это в значитель-

ной степени затруднило то, что анамнестические сведения 28% детей отсутствовали или были ненадежны, разрозненны, фрагментарны. Биологические риски изучались посредством медицинских документов. Перечислим встречающиеся в анамнезах *этиологические факторы пренатального риска*: токсикозы у матери во время беременности, угроза ее прерывания, заболевания, акушерская патология, эмоциональная нагрузка, резус-конфликт, групповая несовместимость крови.

Среди *факторов перинатального риска*, определяющих течение родов, часто встречались: стимулирование родовой деятельности, роды в домашних условиях без участия медицинского персонала, кесарево сечение, стремительные или затяжные роды, обвитие пуповиной, асфиксия.

Среди *неблагополучий неонатального периода* отмечались: невысокая оценка по шкале Апгар, перинатальная энцефалопатия.

В *постнатальном периоде* отмечались детские инфекции, рахит, отит, анемия, пневмония и др.

Социальные факторы анализировались при помощи изучения личных дел, бесед с сотрудниками и их анкетирования. Изучались мотивы передачи детей в замещающие семьи и воспитания в круглосуточных группах ДОУ. Основными причинами выступили: лишение или ограничение в родительских правах, отбывание наказания в местах лишения свободы, болезнь матери, ее проживание в территориальном отдалении от ребенка в связи с обучением, поиском работы или стремлением устроить жизнь, вахтовый характер работы, многодетность семьи, бедность, отсутствие жилищных условий для воспитания ребенка.

При подборе диагностического инструментария мы столкнулись с тем, что большинство методик изучения речевой функции детей раннего возраста основано на анализе систематических родительских наблюдений. Поэтому потребовалась разработка специального диагностического комплекса, выстроенного на основе данных непосредственного исследовательского наблюдения и минимизации доли родительских наблюдений за развитием ребенка. При разработке комплекса мы опирались на теоретические и методические подходы Н.М. Акариной, Е.Ф. Архиповой, О.Е. Громовой,

Е.М. Мاستюковой, М.И. Лисиной, С.Ю. Мещеряковой, В.Л. Рыскиной, Е.О. Смирновой, Е.А. Стребелевой, Г.В. Пантюхиной, К.Л. Печоры, Ю.А. Разенковой, Э.Л. Фрухт, Г.В. Чиркиной и др.

Диагностический комплекс состоял из двух модулей.

Первый модуль, высокоформализованный, был выстроен с ориентацией на среднестатистические закономерности развития доношенных детей до 3 лет (Н.М. Аксарина, Л.О. Бадалян, Г.В. Пантюхина, К.Л. Печора, Э.Л. Фрухт). Он предполагал количественную оценку, единую для всех изучаемых параметров развития. Уровень сформированности параметра оценивался по трехбалльной шкале: 1 – отсутствие или выраженное нарушение развития параметра; 2 – умеренно выраженное затруднение; 3 – нормативное развитие.

Содержание диагностической деятельности варьировалось в зависимости от принадлежности ребенка к той или иной подгруппе, комплектованной в зависимости от возраста детей и этапа вербального онтогенеза. Первую подгруппу составили дети с 3 до 7 месяцев, у которых доминирующим видом предречевой продукции было гуление; вторую – дети с 7 до 15 месяцев (лепет); третью – дети с 15 до 24 месяцев (первый лексикон); четвертую – дети с 2 до 3 лет, имеющие фразовую речь.

В первый модуль были включены исследования по методикам Ю.А. Разенковой «Логопедическое обследование ребенка первого года жизни», а затем 2-го и 3-го года жизни. Первоначально ребенку предлагались задания из того возрастного периода, который соответствует его фактическому возрасту. Если возраст ребенка оказывался между двумя возрастными периодами, то исходными являлись задания из ближайшего младшего периода. После предъявления всех заданий из исходного возрастного периода и оценки их выполнения, в зависимости от полученных результатов, мы переходили к заданиям либо из более старшего, либо из более младшего возрастного периода. Отмечались трудности применения данных методик в тех случаях, когда была неизвестна точная дата рождения ребенка (14 случаев). Тогда биологический возраст определялся приблизительно, с опорой на показатели роста и развития.

Второй диагностический модуль состоял из низкоформализованных методик. Основными из них были: включенное наблюдение; динамическое наблюдение (один раз в месяц) в структурно-дидактических (диагностическое занятие, организованная игра) и естественных условиях (кормление, купание, прогулка, праздники и др.); анализ дневниковых записей, аудио- и видеоматериалов исследователей.

Исследования носили лонгитюдный характер. Трудность их реализации заключалась в том, что некоторые дети, участвующие в исследовании на начальных этапах, были переведены в дом ребенка, детский дом, попали в замещающие семьи, были усыновлены, в результате чего связь с ними могла быть прервана. Это приводило к сокращению или утрате базы наблюдений.

Все дети, принимавшие участие в исследовании, были разделены на четыре стадийно-возрастные подгруппы.

К первой подгруппе были отнесены младенцы 1-го полугодия жизни, у которых доминирующим видом предречевой продукции было гуление. В данной подгруппе изучались: характер крика и плача; частота и качественные характеристики гуления в условиях физического и эмоционального комфорта; состояние функции физиологического дыхания; использование невербальных знаков общения; реакция на слуховые раздражители; сформированность комплекса оживления в ответ на обращенную речь.

Ко второй подгруппе были отнесены дети 2-го полугодия жизни, у которых доминирующим видом предречевой продукции был лепет. В данной подгруппе основными параметрами изучения явились: своевременность появления лепета; просодические характеристики; близость лепетных «мелодий» к интонационным особенностям языка (незавершенность интонации, перепады частоты основного тона по высоте, громкости и др.); время появления лепетных цепочек различной длительности; переход к длительным напевным вокализациям; возможность эхолического повторения слогов; фонетический состав лепета: наличие гласноподобных и согласноподобных, а также дифференцированных (ротовых–носовых, звонких–глухих, твердых–мягких, смычных–щелевых) звуков;

время перехода к произнесению артикулем, близких к речевым звукам; способы реагирования в ответ на обращение, сформированность визуального контакта (в том числе «соединяющего» взгляда); понимание обращенной речи; состояние моторных предпосылок артикуляции.

К *третьей стадияльно-возрастной подгруппе* были отнесены дети 2-го года жизни, у которых доминирующим видом речевой продукции были первые слова. В данной подгруппе изучались: сформированность эмоциональных и когнитивных предпосылок овладения словом; сформированность моторных предпосылок артикуляции; понимание обращенной речи; объем активного словаря; качественные характеристики первых слов; наличие голофраз; усвоение прагматических аспектов коммуникации (соблюдение очередности в высказывании, использование голофраз и коммуникативных жестов для инициации диалога или привлечения внимания взрослого к объекту и др.); возможность речевого подражания; освоение антиципирующего аспекта речи.

В *четвертой подгруппе* (дети 3-го года жизни) изучались: понимание обращенной речи, объем активного словаря, усвоение морфологических категорий, наличие и время наступления «лексического взрыва», наличие фразы, ее характеристики (двухсловная, трехсловная, многословная, расширение репертуара синтаксических компонентов, усложнение иерархической структуры и др.); появление детских «инноваций». Научный анализ диагностических результатов позволил выявить ряд характерно-типологических речевых затруднений детей.

На базе общепринятого термина «речевые затруднения» было структурировано понятие «характерно-типологические речевые затруднения детей раннего возраста в условиях материнской депривации». Оно было определено как количественное, качественное и временное своеобразие процесса присвоения детьми раннего речевого опыта, обусловленное социально-депривационными факторами.

Для детей первой подгруппы наиболее типичными оказались следующие речевые затруднения:

1) недостаточность вслушивания и «замирания» в ответ на звуки речи;

2) снижение количества всех видов речевой продукции (крик, плач, крахтение, ворчание, гуканье, гуление);

3) преобладание более ранних видов речевой продукции (плача и крика над гуканьем и гулением в соотношении приблизительно 1:4);

4) преобладание пассивных, отстраняющих интонаций над подзывающими и заставляющими, мелодическая обедненность голосовых реакций;

5) задержка формирования невербальных знаков общения (кинезников, глазного контакта, мимических имитаций);

6) неполноценность комплекса оживления (отсутствие двигательного, голосового компонентов, безадресность и др.).

Для детей второй подгруппы характерны:

1) недостаточность активного реагирования в ответ на обращение взрослого (не тянули ручки, отворачивались и др.);

2) особенности визуального контакта (избегание встречного зора, напряженность, отстраненность взгляда, задержка формирования «соединяющего» взгляда);

3) трудности понимания обращенной речи (неумение отвечать действием на просьбы – кивать головой в знак согласия, указывать на предметы);

4) трудности понимания интонационных посылов обращенной речи;

5) задержка появления лепета, его маломодулированность, «немузыкальность»;

6) недостаточность силовых и громкостных выделений отдельных слогов;

7) «узость» фонетического диапазона лепета (85% звуков составляли гласноподобные звуки, среди согласноподобных преобладали звуки, напоминающие сосание, чихание, покашливание);

8) невыраженность приближения длины лепетных цепей к типичной длине русского слова;

9) обеднение мимических имитаций.

Характерными речевыми затруднениями детей третьей подгруппы были:

1) несформированность эмоциональных и когнитивных предпосылок словесной речи;

2) трудности понимания речи (в ряде случаев исследовать понимание речи оказалось невозможным, поскольку в ответ на обращение дети не употребляли даже ком-

муникативных жестов и мимиознаков – не смотрели в лицо говорящему, не кивали, не улыбались, не могли выполнить действие, найти предмет; не следовали запретам, не выполняли простые инструкции и др.);

3) трудности актуализации слов, имеющих в пассиве (слова появлялись с задержкой в диапазоне от 6 до 12 месяцев);

4) снижение стремления к речевому подражанию;

5) задержка появления голофраз, вероятно, связанная с трудностями использования слов для привлечения внимания взрослого к объекту.

Детям четвертой подгруппы были свойственны:

1) малый объем активного словаря;

2) запаздывание усвоения всех морфологических категорий (особые трудности усвоения категорий лица, рода и повелительного наклонения);

3) «застывание» на этапе голофраз и значительная (в диапазоне до 8–12 месяцев) задержка появления двух- и трехсловной фразы;

4) «смазанность» феномена лексического взрыва;

5) задержка или отсутствие детских инноваций;

6) употребление слов в «замороженном» виде;

7) трудности освоения антиципирующего аспекта речи (договаривания слов, знакомых фрагментов текста).

В то же время стало очевидно, что не все речевые затруднения могут быть объяснены влиянием депривационной ситуации воспитания. Так, у восьми детей наблюдались парциальные и комплексные расстройства, требующие неврологического обследования (истощаемость голоса и дыхания, трудность локализации источника звука в пространстве, отсутствие мышечной активности в речевой мускулатуре и др.). Были отмечены нарушения анатомического строения органов периферического речевого аппарата – расщелины нёба (один ребенок), аномалии прикуса (два ребенка). Они не были отнесены к характерно-типологическим затруднениям депривационного генеза и были рассмотрены как ранние знаки органических нарушений речи.

Проиллюстрируем характерно-типологические особенности речевого развития

на примере одного из детей, участвующих в исследовании.

Миша Л., родился 1 июня 2006 г.

Депривационный сценарий разворачивался «волнообразно», с отягощением и смягчением депривационной ситуации: неблагополучная биологическая семья (0–4 месяца) – детская больница (4–5 месяцев) – дом ребенка (5–9 месяцев) – усыновление (9 месяцев) – детская больница (9,5–10 месяцев) – возврат в дом ребенка (10–14 месяцев) – замещающая семья (с 14 месяцев).

Анамnestические сведения частично доступны. Известно, что ребенок от 9-й беременности (7 аборт). Биологической матери на момент рождения мальчика 23 года, страдает алкоголизмом. Отец неизвестен. Роды вторые на 37-й неделе, поперечное положение плода, хроническая гипоксия плода. Во время родов легкая асфиксия. Масса тела при рождении – 2380 г, длина – 48 см. Оценка по шкале Апгар – 4/6.

О протекании ранних сроков беременности сведений нет, так как мать поздно встала на учет в женской консультации. До поступления в дом ребенка (в связи с лишением матери родительских прав) находился в больнице с диагнозом «перинатальная энцефалопатия». Был официально усыновлен в возрасте 9 месяцев, однако прожил в семье лишь несколько недель, после чего возвращен в дом ребенка.

В маленьком городе, где жителям хорошо известны как биологическая мать мальчика, так и его несостоявшаяся вторая «мать», сохранение тайны усыновления оказалось невозможным. В возрасте 14 месяцев помещен в замещающую семью.

Психомоторное развитие протекает с незначительным отставанием. Сидит с 7 месяцев, стоит с 11, ходит с 13 месяцев. Речевой статус исследовался в разные депривационные периоды с применением технологий включенного и динамического наблюдения.

Первый срез был выполнен в 7,5–8 месяцев жизни (через месяц после поступления в дом ребенка). Несмотря на биологический возраст, мальчик был отнесен к первой стадийно-возрастной подгруппе, так как среди речевой продукции преобладало гуление. Исследование проводилось в течение 2,5 недель в утренние часы после

кормления. Поведение привязанности не проявлялось по отношению ни к кому из сотрудников. Объем речевой продукции снижен – отсутствие всяких звуковых проявлений: плача, крика, гуления, кричания, ворчания и др. Звуки гуления (редкие однократные «кхы») появляются лишь спустя 2,5 часа после утреннего кормления, в то время как в манеже вместе с Мишей находятся еще четыре ребенка, которые гуляют активнее. В ответ на ласковое обращение сотрудницы вокальных и двигательных проявлений комплекса оживления нет. Они появляются лишь после трехкратной тактильной стимуляции (сотрудница взяла мальчика на руки, покачала, покружила). Не обнаруживает желания изучать пространство и игрушки. Нет предпочтения одних игрушек другим. Эмоции удивления, восторга, обиды проявляются неярко, мимика недостаточно живая и выразительная.

Второй срез – в 9 месяцев (в доме ребенка, до усыновления). Мальчик был отнесен ко второй стадийно-возрастной подгруппе, доминирующий вид речевой продукции – лепет. Исследование проводилось на протяжении трех недель в утренние часы после кормления, в эмоционально комфортных условиях. Присутствовала сотрудница, по отношению к которой у Миши начинали формироваться элементы поведения привязанности (слежение глазами, нечастая адресная улыбка, адресный плач, цепляние, вытягивание ручек, попытки следования). Выявлено снижение общего количества лепетных слов. Среди имеющихся лепетных цепей преобладали короткие, двух- и трехзвенные, достаточно однообразные в мелодическом отношении. Звуковой набор обеднен: большая часть представлена гласноподобными фонемами, немногочисленными согласноподобными фонемами [X], [K], близкие к физиологическим (покашливание, чихание), а также фонемами [M], [B] губно-губного способа образования. По звуковому набору лепетные цепи близки скорее к гулению. Наиболее характерные для Миши варианты лепетной продукции, записанные на протяжении четырех недель: «хь-ахь»; «кь-кья-хья». Все лепетные слоги произносятся с равной акцентуацией, ритмических выделений нет. Не использует лепет для привлече-

ния внимания взрослого, однако в ряде случаев наблюдался «лепетный ответ» на инициативу женщины, исполняющей роль близкого взрослого. Не сформирована фиксация взгляда на лице взрослого, взгляд глаза в глаза. Отмечалось избегание глазного контакта, ответной улыбки, просодически окрашенных адресных вокализаций, дефицит комплекса оживления в ответ на обращение взрослого.

Третий срез выполнен в возрасте 11–12 месяцев (в доме ребенка, после неудачного усыновления и пребывания в детской больнице). Доминирующий вид речевой продукции по-прежнему лепет. Не является инициатором взаимодействия с ухаживающей сотрудницей, но начал активнее отвечать на обращение – тянет руки, вокализует. В плаче стали различаться интонации призыва, протеста. Количество лепетных слов невелико, лепетные цепи по-прежнему плохо интонированы, состоят из одного–двух слогов. В то же время звуковой набор стал более разнообразным: обогатилась палитра гласноподобных звуков, из согласноподобных возникли звуки, близкие к губно-губным, переднеязычным, мягким свистящим. Появился мелодический лепет с четко читаемым ударным сегментом. В плаче слышались подзывающие и заставляющие интонации, интонации обиды. Не обнаруживает желания изучать пространство и игрушки. Нет предпочтения одних игрушек другим. Эмоции удивления, восторга, обиды проявляются неярко, мимика недостаточно живая и выразительная. За помощью к взрослому не обращается. Отмечается преобладание интереса к предметному миру над интересом к социальным взаимодействиям. Среди особенностей развития эмоциональной сферы имеет место сниженный фон настроения, повышенная склонность к тревожности, беспокойству. Познавательная активность недостаточна. Преобладают элементарные формы исследовательского поведения, хаотичный характер проб и ошибок, манипулятивная игра. На «чужого взрослого» (экспериментатора) не обращает внимания. За помощью к взрослому не обращается.

Четвертый срез выполнен в возрасте 13–14 месяцев (в замещающей семье), стадийно-возрастная подгруппа – первые слова. Динамика познавательной активности оценивается как положительная. Формируются элементы поведения привязанности

по отношению к замещающей матери и сестре-школьнице. Дифференцирует своих и чужих взрослых. Прячет лицо от экспериментатора. Использует длинные лепетные цепи до семи сегментов, сегменты внутри цепи не одинаковы, например ба-ба-ба-ба – ка-ка. Параллельно использует несколько ономастопей (му-му, ам-ам), а также несколько упрощенных слов: Дада (Таля), фю (машина, ехать и все, что «рычит»: электро-чайник, электробритва, пылесос), ти (туфли, ботинки, ноги). Словесную продукцию использует для привлечения внимания наряду с выразительными вокализациями, глазным контактом, мимическими знаками, улыбкой, указательными жестами.

Пятый срез выполнен в возрасте 17–18 месяцев (в замещающей семье). Активная манипулятивная игра в присутствии замещающей матери: играет с кастрюлями и крышками на подоконнике. Мать выходит из комнаты. Миша теряет интерес к кастрюлям, бежит за ней, но, видя, что мать возвращается, продолжает игровые манипуляции. Доминирующий вид речевой продукции – слова-голофразы. Двухсловной фразы нет. Звуковой набор достаточно разнообразен. Более половины составляют согласноподобные звуки, много «рычащих», типа мягкого [Р].

Стало очевидно, что дети раннего возраста группы социального риска по речевому развитию представляют собой неоднородную группу. Для большинства из них характерны затруднения процесса присвоения речевого опыта, вследствие чего дети нуждаются в направленном коррекционно-педагогическом сопровождении процесса речевого развития.

Рекомендуемая литература

1. Грибова О.Е. К проблеме анализа коммуникации у детей с речевой патологией // Дефектология. 1999. № 6.
2. Зайцев Д.В. Социологический анализ современной семьи в России // Дефектология. 2001. № 6.
3. Иванова А.И. Влияние стиля общения с матерью на формирование речи ребенка // Логопед. 2004. № 4.
4. Иванова В.Ю. О психологическом взаимодействии близких взрослых и детей, проживающих в доме ребенка // Дефектология. 2006. № 1.
5. Илюк М.А. Дифференцированный подход в логопедической работе с детьми, страдающими

психической депривацией // Методы изучения и преодоления психических расстройств. СПб, 1993.

6. Исенина Е.И. Психолингвистические закономерности речевого онтогенеза (дословесный период). Иваново. 1983.

7. Пантюхина Г.В., Печора К.Л., Фрухт Э.Л. Диагностика нервно-психического развития детей первого года жизни. М., 1983.

8. Разенкова Ю.А. Пути коррекционной работы с детьми первого года жизни в условиях дома ребенка // Дефектология. 1998. № 1

9. Ушакова Т.Н. Принципы развития ранней детской речи // Дефектология. 2004. № 5.

10. Филиппова Г.Г. Психология материнства и ранний онтогенез. М., 1999.

11. Шипицына Л.М., Иванов Е.С., Виноградова А.Д. и др. Развитие личности ребенка в условиях материнской депривации. СПб, 1991.

Л. АЛЕКСАНДРОВА,

кандидат педагогических наук,
доцент кафедры логопедии

и олигофренопедагогики,
психолого-педагогический факультет,

Новгородский государственный университет

E-mail: l_y_aleksandrova@mail.ru