Федеральное агентство по образованию

Государственное образовательное учреждение

Высшего профессионального образования

«Уральский государственный педагогический университет»

Кафедра психопатологии и логопедии

**Коррекция фонетической стороны речи**

**у младших школьников в специальной коррекционной**

**школе 7 вида**

Выпускная квалификационная работа

По специальности 050715 «Логопедия»

Выполнила студентка v курса

Заочного отделения:

Жезлова Юлия Сергеевна

Научный руководитель:

Валяева Тамара Алексеевна

«Рекомендую к зашите»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись научного руководителя)

Содержание

|  |  |
| --- | --- |
| Введение | 3 |
| **Глава 1. Обзор специальной литературы по проблеме нарушений фонетической стороны речи у учащихся младших классов с задержкой психического развития** |  |
| 1.1Проблема нарушений фонетической стороны речи в логопедии, педагогике, в общей и специальной психологии | 7 |
| 1.2 Особенности развития речи детей с ЗПР |  |
| 1.3 Психолого–педагогическая характеристика учащихся специальной коррекционной школы 7 вида |  |
| **Глава 2. Экспериментальное изучение фонетической стороны речи младших школьников с задержкой психического развития** |  |
| 2.1 Методы, приемы обследования нарушений фонетической стороны речи у младших школьников с задержкой психического развития |  |
| 2.2 Анализ результатов обследования фонетической стороны речи у младших школьников с задержкой психического развития |  |
| **Глава 3. Коррекция фонетических нарушений речи у учащихся младших классов с задержкой психического развития** |  |
| 3.1 Направления и содержание логопедической работы по коррекции фонетических нарушений у младших школьников с задержкой психического развития |  |
| 3.2 Анализ результатов логопедической работы по коррекции фонетических нарушений у младших школьников с задержкой психического развития |  |
| Заключение |  |
| Список литературы |  |
| Приложения |  |

**ВВЕДЕНИЕ**

Актуальность. Речевое развитие является важнейшим аспектом общего психического развития в детском возрасте. Речь неразрывно связана с мышлением. По мере овладения речью ребенок учится адекватно понимать речь окружающих, связано выражать свои мысли. Речь дает ребенку возможность вербализовать собственные чувства и переживания, помогает осуществлять саморегуляцию и самоконтроль деятельности.

Но вследствие каких либо факторов, внутренних и внешних, в последние годы достаточно большое количество детей страдают различными нарушениями речи. Причины этих нарушений различны, и, к сожалению, за последние десятилетия идет тенденция к увеличению количества детской речевой патологии.

У детей с ЗПР, часто наблюдается нарушение звукопроизношения и просодики. Логопедическая работа по преодолению нарушений фонетической стороны у детей с ЗПР имеет свою специфику. Содержания методов логопедической работы по коррекции фонетических нарушений у детей с задержкой психического развития определяет целый ряд особенностей:

1. Возрастные, характерологические особенности дошкольников с ЗПР, их эмоциональная пассивность предусматривают проведение с ними подготовительных занятий с введением увлекательных для ребенка игровых ситуаций, направленных на создание положительного и заинтересованного отношения к занятиям, желания заниматься и поддерживать активный речевой и эмоциональный контакт с логопедом.

2. Присущая детям с ЗПР сниженная познавательная активность определяет необходимость использования на логопедических занятиях тех видов заданий, при осуществлении которых она достаточна высока. По данным Н. А. Менчинской, А. Н. Цымбалюк, побуждающими к познавательной активности детей с ЗПР являются перцептивные процессы. Это требует применения в процессе логопедической работы достаточно большого количества наглядного материала.[8]

Наряду с опорой на принцип постепенного перехода от простого к сложному целесообразно использовать возбуждающий познавательную активность метод контрастности заданий (по П. Я. Гальперину).

3. Для детей с ЗПР характерны повышенная утомляемость и истощаемость психических процессов, неспособность к волевому и психическому напряжению, отказ от деятельности в случае неудач при выполнении заданий. В связи с этим дошкольникам с ЗПР рекомендуется предлагать доступные по сложности и объему задания, не требующие длительного умственного напряжения и протекающие в условиях частого переключения на практическую деятельность.[8]

4. Нарушение целенаправленности и произвольности действий у детей с ЗПР связано с несформированностью регулирующей функции речи (В. И. Лубовский). С целью усиления речевого контроля за точностью выполнения заданий у дошкольников с ЗПР необходимо использовать речевое планирование деятельности, выполнение заданий под комментарий логопеда либо в сочетании с собственной речью ребенка, заключительный анализ итогов работы.[8]

5. Для дошкольников с ЗПР характерно нарушение смыслообразующей функции. При осуществлении ими сознательно регулируемой деятельности необходимо развивать смысловую иерархию действий, т. е. для достижения заданной цели им требуется активная ориентировка в задании. Трудности осознания детьми с ЗПР предлагаемых заданий предусматривают расширение ориентировочной части:

• обязательное рассмотрение структуры материала и действия;

• выделение в материале ориентиров, а в действии — последовательности его отдельных движений;

• неоднократное повторение задания;

• предъявление простых инструкций, предусматривающих выполнение одного действия;

• использование инструкции с несколькими требованиями, предусматривающее значительное расширение ориентировочной части, использование речевого проговаривания последовательности действий, поэтапную проверку правильности ее выполнения.

Исполнительная часть задания предполагает у детей с ЗПР:

• первоначальное замедление и развернутое выполнение действий;

• опору на показ и словесные инструкции;

• осознание ребенком правильности и ошибочности произведенного действия;

• использование стимулирующей, предупреждающей и направляющей помощи логопеда (изменение условий работы, организация внимания ребенка перед выполнением задания, наводящие вопросы, аналогии, дополнительный наглядный материал и т. д.), а также помощи по просьбе ребенка.[8]

6. Учет специфики познавательной деятельности и эмоционально-волевой сферы дошкольников с ЗПР, характер проявления на этой основе нарушений фонетической стороны речи вызывает необходимость расширения подготовительного этапа работы с включением направлений по формированию ряда сенсорных и психических функций, без которых невозможно добиться эффективности в логопедической работе. В связи с этим в процессе специально организованных игровых упражнений осуществляется коррекционное воздействие, направленное на развитие:

• слухового и зрительного восприятия, внимания, памяти;

• слухо-двигательного, слухо-зрительного, зрительно-двигательного взаимодействия;

• мыслительных операций: анализа, синтеза, сравнения, обобщения и др.[8]

На основе речи и ее смысловой единицы слова формируются и развиваются такие психические процессы, как восприятие, воображение, память. На огромное значение речи для развития мышления и формирования личности. Развитие речи представляет, прежде всего, историю того, как формируется одна из важнейших функций культурного поведения ребенка, лежащая в основе накопления его культурного опыта».[2]

Речь формируется в процессе общего психофизического развития ребенка. К условиям формирования нормальной речи относятся нормальная ЦНС, наличие нормального слуха и зрения и достаточный уровень активного речевого общения взрослых с ребенком.[4]

В современной педагогике выделяют группу детей, чьи неуспехи в школьном обучении определяют отставанием в развитии от нормально развивающихся сверстников. К этой категории относят и детей с задержкой психического развития. При задержке психического развития наблюдаются различные нарушения не только психического характера, но и моторного развития, развития речи. Задержка психического развития всегда сопровождается задержкой речевого развития. Но часто на фоне ЗПР проявляется различная речевая патология. Это могут быть любые нарушения речи, наблюдающиеся у детей с нормальным интеллектом. Чаще всего это системное нарушение - общее недоразвитие речи.[6]

Степень сформированности фонетической стороны речи дошкольников с задержкой психического развития во многом определяет готовность таких детей к школьному обучению, так как фонетические нарушения существенно затрудняют овладение программой по родному языку в школе, часто приводят к нарушениям письменной речи.[6]

Дети с задержкой психического развития требуют иного подхода при коррекции речевых нарушений. Особенности проявления речевого дефекта, приемы и методы коррекционной работы определяются не только характером речевого нарушения, но и особенностями общего фона нервно-психического развития ребенка. Поэтому в коррекционной работе должна учитываться специфика работы с детьми этой категории. [10]

Речь играет огромную роль в психическом развитии ребёнка, в развитии мышления и в психической деятельности в целом. Включение речи в познавательную деятельность ребёнка перестраивает его основные психические процессы. Так мыслительные операции, как анализ, синтез, сравнение, обобщение, абстракция развиваются и совершенствуются по мере овладения речью. Развитие речи ребёнка играет важную роль в формировании и становлении его психического развития. Существуют отклонения и аномалии в психическом развитии. Отклонения или аномалии в развитии ребёнка разнообразны. Они могут касаться различных сторон психофизического развития ребёнка его зрительного восприятия, слуховой и речевой систем, интеллектуальной, эмоционально-волевой сфер двигательной системы.[11]

Таким образом, данная тема является достаточно актуальной.

**Объект исследования**: фонетическая сторона речи младших школьников с задержкой психического развития

**Предмет исследования**: логопедическая работа по преодолению нарушений фонетической стороны речи у младших школьников с ЗПР.

**Целью данной работы** является теоретически обосновать содержание и проверить эффективность логопедической работы по коррекции фонетических нарушений речи у младших школьников с задержкой психического развития.

В связи с этим были поставлены следующие **задачи**:

- изучить и проанализировать научную, методическую литературу по проблеме преодоления нарушений в устной речи у школьников с ЗПР

- изучить особенности фонетической стороны речи у младших школьников с ЗПР

- спланировать и провести обучающий эксперимент с младшими школьниками с ЗПР, оценить эффективность проделанной работы

- подобрать методы и приемы работы с группой детей данной категории.

**Методологической основой** исследования явились положения о системном строении языка; о единстве и взаимодействии всех сторон языка: лексико-грамматической и фонематической; о единстве человека и общества; об определяющей коррекционно-развивающей роли обучения; о ведущей роли деятельности в психическом развитии (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, А.А. Леонтьев, Р.Е. Левина, А.Р. Лурия, С.Л. Рубинштейн, Т.Б. Филичева, Чиркина Г.В., В.А Ястребова). [10]

В работе были использованы следующие методы:

1. анализ;

2. наблюдение;

3. беседа;

4. проведение практических занятий по коррекции нарушения звукопроизношения.

База исследования: Свердловская область г. Асбест Школа № 5 специальная коррекционная 7 вида.

Работа состоит из введения, 3 глав, заключения, списка литературы и приложения.

ГЛАВА 1.

*ОБЗОР СПЕЦИАЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ ФОНЕТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ У УЧАЩИХСЯ МЛАДШИХ КЛАССОВ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИИЯ*

***1.1 ПРОБЛЕМА НАРУШЕНИЙ ФОНЕТИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ В ЛОГОПЕДИИ, ПЕДАГОГИКЕ, В ОБЩЕЙ И СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ***

История изучения нарушений звуковой стороны речи насчитывает уже более полутора столетий. Примерно до конца 1960-х гг. этой проблемой активно занимались врачи-неврологи, что способствовало появлению новых достоверных сведений о патогенезе и механизмах нарушений звукопроизношения [1]. Затем исследования почти полностью перешли в педагогическое русло (исключение составляет изучение дизартрий у детей с ДЦП). В связи с этим за последние годы получено очень мало новых объективных сведений о механизмах такой многообразной и многочисленной группы речевых расстройств, как нарушения звукопроизношения. Однако существует множество гипотез, базирующихся на умозрительных построениях или отдельных наблюдениях. С формально лингвистической точки зрения все виды отклонений в формировании звуковой стороны речи в логопедии объединяют в две категории: фонетические и фонематические (фонологические) нарушения [8]. Согласно традициям англоязычных авторов, разграничиваются как разные состояния, нарушения речи и языковые или фонологические нарушения [27, 29]. На практике провести четкую границу между ними довольно трудно. Считается, что нарушения речи связаны с моторными механизмами, а фонологические нарушения - с неполноценностью операций языкового программирования звуковой структуры слов. Однако феноменологически те и другие расстройства могут быть весьма схожи. Кроме того, у многих детей встречаются сочетанные нарушения.

В существующей литературе рассматривается семь видов механизмов, ответственных за нарушения формирования звуковой стороны речи [1,8-10, 15, 27].

1. Нарушения иннервации артикуляторных органов (неврологический механизм).

2. Несформированность артикуляционного праксиса.

3. Сенсорные (перцептивные) нарушения (чаще всего слуховые).

4. Смешанные, сенсомоторные механизмы.

5. Анатомические аномалии артикуляторных органов и зубочелюстного аппарата.

6. Функциональные нарушения.

7. Интеллектуальная недостаточность.

Нарушения иннервации артикуляторных органов этот возможный механизм нарушений звукопроизношения обсуждается почти регулярно во всех соответствующих исследованиях. Однако как клиническое понятие в научной литературе оно трактуется очень широко и не всегда определенно. С нашей точки зрения, данный термин правомерно использовать в случаях достаточно грубых нарушений низших форм нервной регуляции мышечных сокращений: сократительных возможностей (совершение движений в полном объеме); мышечного тонуса (включая сохранение оптимального баланса тонуса мышц-агонистов и антагонистов); способности произвольно совершать движения. Последнее нужно отличать от нарушений способности совершать действия (произвольные, целенаправленные двигательные акты, на основе которых формируются двигательные навыки). Они обусловлены нарушениями высших корковых функций (ВКФ).[4]

К расстройствам неврологического уровня относятся паралич, парез, дискинезия, гиперкинезы, атаксия и/т.п. Нарушения ВКФ включают апраксию, диспраксию, агнозию и т.п. [3, 13, 14, 21].

Фонационный аппарат представляет собой сложноорганизованную систему, состоящую из большого количества групп мышц гортани, глотки, языка, губ. С формальной точки зрения нарушение инервации даже одной из них может привести к каким-то недостаткам акта фонации. Однако, как любой функциональный самоорганизующийся механизм, этот комплексный «орган» достаточно гибок, мобилен, адаптивен для того, чтобы сохранить рабочие свойства при каком-то сбое в одном из своих звеньев. Это происходит даже с завершившей свое созревание артикуляционной моторикой. Тем более степень пластичности, компенсаторные резервы высоки в формирующейся в процессе онтогенеза системе артикуляторных органов [3, 7, 27]. Таким образом, далеко не всегда при неврологической симптоматике у ребенка обнаруживаются артикуляторные нарушения. Серьезных клинических исследований по данному вопросу очень мало. Большая часть работ посвящена тяжелым формам патологии у детей с ДЦП [15].

В качестве одного из вероятных механизмов называется артикуляционная диспраксия (неполноценность одной из ВКФ, обеспечивающей сложные, произвольные, целенаправленные формы координации артикуляторных действий и их моторное программирование) [8]. Таким образом, даже при столь тяжелых неврологических дисфункциях далеко не все нарушения звуковой стороны речи объясняются «нарушениями инервации артикуляционных органов». Последнее словосочетание не случайно взято в кавычки. В отличие от клинических исследований, во многих педагогических работах любая неврологическая симптоматика рассматривается как потенциальная причина нарушений звукопроизношения. При этом в один ряд ставятся такие неравноценные по тяжести симптомы, как асимметрия носогубных складок, девиация языка, «моторное беспокойство языка», явления пирамидной недостаточности (симптом Бабинского, хоботковый рефлекс и т.п.), быстро наступающий цианоз кончика языка, спастичность и гипертонус языка [8, 20]. Некоторые авторы в этот ряд ошибочно включают и затруднения при выполнении проб на оральный праксис [8]. По существу, не выработано общепринятых критериев решения: какие неврологические симптомы и синдромы могут достоверно свидетельствовать о неврологической основе отклонений в формировании звуковой стороны речи, а какие носят лишь сопутствующий характер.[11]

Кроме того, по статистике среди «стертых дизартрий» преобладают нарушения типа межзубного и призубного сигматизма. Наиболее часто искаженно произносятся свистящие согласные. Более артикуляторно сложные звуки (аффрикаты, соноры) нарушаются значительно реже. Только в тех случаях, когда нарушены все звуковые характеристики сегментарного и супрасегментарного уровней, можно объяснять это неврологическими механизмами. Именно такое расстройство соответствует классическому понятию «дизартрия» [7, 15].

Для реализации высказываний в звуковой форме необходима способность к произвольной тонкой, целенаправленной координации артикуляционных мышц. Кроме того, в процессе овладения звукопроизношением должны сформироваться и автоматизироваться моторные программы, релевантные фонологическим единицам или их сочетаниям (слогу, слову и т.д.). Эти программы должны приобрести топологические свойства, присущие только символическим действиям [3].

Данные функциональные образования связаны с вторичными и третичными отделами моторного и кинестетического корковых центров [13].

Иначе говоря, центральное место в так называемой «артикуляционной базе» речи занимает многоуровневая система артикуляционного праксиса. На протяжении среднего периода речевого онтогенеза все три уровня артикуляционного праксиса достигают зрелости, что обеспечивает возможность образования инвариантных схем артикуляционных действий (артикулем) и моторных макропрограмм, соответствующих слову или синтагме. При отклонениях в речевом развитии имеет место асинхрония в созревании этой трехуровневой системы. Избирательная дисфункция или незрелость одного из уровней системы артикуляционного праксиса ведет к соответствующим фонетическим или фонологическим нарушениям.

При дисфункции уровня I страдают точность артикуляционных действий, их пространственные характеристики (резонаторные полости и в первую очередь - полости рта). Дважды в процессе становления артикуляционного действия (артикулемы) уровень I становится ведущим. Первый раз - в самом начале выработки нужного комплекса движений и их пространственной координации. Второй - на завершающем этапе уточнения тонких произносительных и звуковых характеристик и их автоматизации. Поэтому неполноценность данного уровня иногда может проявляться довольно рано. Уже первые приблизительные артикуляции нового осваиваемого звука у некоторых детей имеют ненужные призвуки, от которых ребенок долго не может избавиться. Артикуляционные и звуковые характеристики остаются вариабельными, нестабильными. В других случаях (менее грубых) нарушения проявляются лишь на завершающем этапе уточнения и автоматизации артикулемы. Здесь важную роль играют слуховой контроль и слухоартикуляторные координации. При недостаточности кинестетических и слуховых коррекций ребенок перестает замечать свои ошибки произношения. В такой ситуации происходит системное санкционирование дефектной артикуляции, и она автоматизируется (по П.К. Анохину). Уровень I становится фоновым, и спонтанное исправление дефекта становится маловероятным.

Например, при межзубном сигматизме кончик языка при произнесении [c] и [з] немного больше необходимого продвигается вперед, занимая положение между зубами. В результате эти звуки (иногда еще [ш] и [щ]) приобретают необычный призвук, напоминающий английский звук [th]. В других случаях недостаточно поднимаются края языка, которые должны быть прижаты к верхним зубам. Струя воздуха проходит в пространстве между щеками и языком (с одной или с двух сторон), и тогда [c] и [з] приобретают характерный хлюпающий призвук. Эти явления были подробно изучены и описаны Э.Я. Сизовой (1978). Иначе говоря, общая конфигурация движения позволяет произнести звуки близко к нормативным, делает их узнаваемыми, но недостаточно точными. Именно такая близость к норме тормозит у детей поиск более точной артикуляции.[20]

При дисфункции уровня II могут наблюдаться два ряда симптомов в зависимости от преобладания недостаточности кинестетических или динамических компонентов. При незрелости или нарушениях кинестетического праксиса страдает формирование координационных программ артикуляции отдельных звуков (или, что вероятнее, слогов), связанное с системой движений разных групп мышц, симультанно участвующих в создании нужного звукового эффекта. На основе операций кинестетического сенсорного синтеза и обратной кинестетической афферентации формируется акцептор действия (образ-схема совокупного комплекса движений мышц). Эта схема становится инвариантой и служит прототипом артикуляторного действия, релевантным фонеме. Поэтому нарушения координаций этого уровня могут тормозить формирование и дифференцировку фонологической системы в целом. Фонологические противопоставления остаются упрощенными, и ранние звуки-субституты сохраняются дольше обычного. Таким образом, в этих случаях на фонетические характеристики речи оказывают влияние, по меньшей мере, два ряда факторов: ограниченная способность к артикулированию сложных звуков и незрелость фонологической системы.[13]

При незрелости динамического артикуляционного праксиса главным образом страдает слоговая структура слов. Дети долго используют упрощенные слоговые конструкции, в более трудных конструкциях слоги пропускаются или перестанавливаются.

Если такие сбои существуют, как правило, им сопутствуют и нарушения второго типа. В изолированной форме искажения слоговой структуры встречаются крайне редко.[10]

С психологической точки зрения: речь является важнейшей психической функцией человека. Речевое общение создает специфически человеческие способы социального контакта между людьми, благодаря которым развиваются высшее формы познавательной деятельности коллективного труда. Овладевая речью, ребенок приобретает способность к понятийному мышлению, к обобщенному отражению действительности, к осознанию, планированию и регуляции своих намерений и действий.[2]

Отклонение в развитии речи не могут не сказаться на формировании всей психической жизни ребенка. Они затрудняют общение с окружающими и нередко препятствуют правильному формированию познавательных процессов, затрудняют усвоение чтения и письма, а вследствие этого и других школьных навыков и знаний. Как реакция на дефект изменяются черты характера - появляется замкнутость, неуверенность в себе, негативизм, которые усугубляют влияние неполноценной речи на формирование психики ребенка. Преодоление и предупреждение речевых нарушений способствуют гармоническому развитию творческих сил личности. [5]

***1.2. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ РЕЧИ ДЕТЕЙ С ЗПР***

Многочисленные исследователи, занимающиеся изучением детей с задержкой психического развития (ЗПР), отмечают сложность и разнообразие картины дефекта, затронутость различных сторон психической деятельности (Т. А. Власова, М. С. Певзнер, К. С. Лебединская, В. И. Лубовский, У. В. Ульенкова и др.). Уже в дошкольном возрасте дети с ЗПР не справляются с программными требованиями детского сада и к моменту поступления в школу не достигают нужного уровня готовности к школьному обучению. У детей этой категории, наряду с нарушениями различных психических функций, в той или иной степени оказываются несформированными речевая система и оперирование элементами речи на практическом уровне, что, в свою очередь, ограничивает возможности перехода к усвоению речи на более высоком уровне и к осознанию сложных языковых закономерностей. Так, у младших школьников с ЗПР наблюдается целый ряд пробелов в развитии фонетической стороны речи. Задержка в формировании фонетического уровня у школьников с такой аномалией развития затрудняет овладение программой по русскому языку, может приводить к нарушениям формирования языковых процессов анализа и синтеза, к расстройствам письменной речи. Поэтому своевременное выявление, изучение и коррекция речевых нарушений у детей с ЗПР является необходимым условием подготовки этой категории детей к успешному обучению в школе. [11]

Для школьников с задержкой психического развития характерно значительное преобладание полиморфных нарушений звукопроизношения над мономорфными. В большинстве случаев нарушения звукопроизношения охватывают три и более фонетические группы звуков. На первом месте среди звукопроизносительных расстройств у дошкольников с ЗПР находятся дефекты произношения сонорных звуков Л, Р, далее следуют дефекты произношения свистящих и шипящих звуков. Преобладающими среди нарушений звукопроизношения у детей данной категории являются смешения звуков. Речевой дефект определяется как фонетико-фонематический.[6]

Овладение произношением фонем предполагает сопряженную деятельность сенсорно-перцептивного и моторного уровней речи. Нарушение функционирования речедвигательного и речеслухового анализаторов, их взаимосвязи в значительной мере определяет тяжесть звукопроизносительных дефектов у школьников с ЗПР. Для детей этой категории характерны несформированность слухового восприятия и дифференциации звуков речи, низкий уровень развития фонематического анализа. Исследование выявило у детей с задержкой психического развития нарушения кинетической и кинестетической организации двигательного акта в сфере артикуляторной моторики. Овладение произношением фонем в значительной мере зависит от состояния речеслуховой и речедвигательной функций. Точное слуховое восприятие звуков стимулирует правильное произношение, а правильная артикуляция, в свою очередь, способствует лучшему фонематическому восприятию.[10]

Отмечено также, что для школьников с задержкой психического развития характерна несформированность процессов интонационной выразительности речи. У детей данной категории нарушены процессы дифференциации различных видов интонации, их имитация, а также самостоятельное воспроизведение. Наиболее сложной для дифференциации и воспроизведения оказалась восклицательная интонация, легче всего у детей с задержкой психического развития проходил процесс различения и использования в речи повествовательной интонации. У школьников с ЗПР отмечается недоразвитие эмоциональной выразительности, что оказывает определенное влияние на способность детей выразить свои эмоции через интонационное оформление собственной речи.[10]

У школьников с задержкой психического развития не сформирован целый ряд речевых и неречевых процессов, обусловливающих нарушения звукопроизносительной стороны речи. Звукопроизносительные расстройства у детей с ЗПР, имеющих речевые диагнозы дислалия и дизартрия, отличаются и по степени выраженности, и по механизмам.

Органическое поражение речедвигательных механизмов ЦНС у школьников с ЗПР, имеющих дизартрию, определяет особенности фонетического дефекта, нарушения артикуляторной и тонкой моторики, просодических характеристик речи. Выявленные нарушения речевой моторики у школьников с ЗПР, имеющих дизартрию, определяются ограничением подвижности артикуляторных мышц, вследствие нарушения их иннервации, нарушением мышечного тонуса, наличием дискоординационных расстройств и непроизвольных движений. У школьников с ЗПР, имеющих дизартрию, в первую очередь отмечались расстройства наиболее сложных дифференцированных движений, что обусловило нарушение сложных по артикуляции звуков (Р, Л, Ш, Ж, Ц, Ч). Моторный механизм нарушений звукопроизношения определяет их качественные особенности: упрощение артикуляции звуков (шипящие звуки заменялись на свистящие, аффрикаты — на составляющие их звуки), искажение звуков по типу бокового и межзубного произнесения, смягчение звуков, в ряде случаев — их отсутствие. [20]

Нарушения артикуляторной моторики у школьников с дизартрией, приводящие к дефектам звукопроизношения, вторично вызывают нарушения фонематического восприятия у данной категории детей. Нарушения артикуляторной опоры восприятия звуков, неточный слуховой образ звука не дают возможности для слухового контроля и восприятия, что ведет к усугублению нарушений звукопроизношения. Имеющееся у школьников с ЗПР недоразвитие аналитико-синтетической деятельности определяет нарушения этих процессов в сфере речеслухового и речедвигательного анализаторов, тем самым значительно осложняя картину звукопроизносительного расстройства.[38]

Необходимо отметить тот факт, что у школьников с задержкой психического развития церебрально-органического генеза с преимущественным недоразвитием познавательной деятельности нарушения аналитико-синтетических процессов являются более выраженными, чем у дошкольников, имеющих задержку психического развития с преобладанием нарушений эмоционально-волевой сферы.[16]

У младших школьников с дислалией, в отличие от детей с дизартрией, механизмы звукопроизносительного расстройства не определялись органическим нарушением центральной нервной системы. Патологический механизм складывается в результате слабости основных нейродинамических процессов, обусловливающих нарушения в речеслуховом и речедвигательном анализаторах и ведущих к нечеткости слуховых и речедвигательных дифференцировок. Грубых органических нарушений в периферическом отделе артикуляторного аппарата, препятствующих формированию полноценной артикуляции соответствующих звуков, у дошкольников с дислалией не наблюдалось. Нарушения нейродинамики обусловливают моторную и сенсорную недостаточность в структуре речевого дефекта.[23]

Моторная недостаточность в структуре речевого дефекта у школьников с дислалией определила искажения трудных по артикуляции звуков по типу губнозубного и призубного произнесения, обусловленные неправильно сформировавшимися артикуляторными позициями; отсутствия и замены звуков на артикуляторно более простые (Ц на Т и С, Ш на С и т. д.), вследствие недостаточности артикуляторной базы; смешения звуков на основе близости их артикуляторных характеристик (С—Ш, 3—Ж, Л—Л' Р—Л и т. д.), что обусловлено нарушением отбора фонем по их артикуляционным признакам.[23]

Сенсорная недостаточность у школьников с дислалией определяет установленные в ходе эксперимента смешения и замены звуков по их акустическим характеристикам (С—Ц, Ж—Ш, 3—С, Ш—С). В основе нарушения лежит несформированность фонематического слуха. Смешения и замены звуков у дошкольников с ЗПР, имеющих дислалию, определяются недостаточностью как слуховой, так и артикуляторной дифференциации звуков, что обусловлено недоразвитием аналитикосинтетической деятельности речеслухового и речедвигательного анализаторов у данной категории детей.[16]

Отсутствием органических нарушений центрального характера у школьников с дислалией определяется меньшая выраженность нарушений просодической стороны речи. Незначительные расстройства интонационной выразительности речи в определенной мере связаны с проявлениями церебрально-органической задержки психического развития с преимущественным нарушением эмоционально-волевой сферы, обусловливающими бедность и вялость эмоциональных проявлений у данной категории детей.[50]

Таким образом, у детей младшего школьного возраста с ЗПР многоаспектность механизмов и разнообразие структуры фонетического дефекта характеризуется неоднозначным взаимодействием нарушений сенсорно-перцептивного и моторного уровней речи. Специфические черты и усугубление картины речевого дефекта у школьников с ЗПР определяются также особенностями их аналитикосинтетической деятельности, органической недостаточностью ряда функций и процессов, имеющих непосредственное отношение к речи (слухоречевого восприятия и памяти, речевого внимания, языкового анализа и синтеза, тонкой моторики), особенностями эмоционально-волевой сферы. Необходимо отметить также, что, в отличие от младших школьников с церебрально-органической задержкой психического развития и преимущественным нарушением эмоционально-волевой сферы, характеризующейся чертами незрелости функциональной организации мозга, наиболее ярко несформированность ряда речевых и неречевых процессов проявлялась у дошкольников с задержкой психического развития церебрально-органического генеза с преобладанием нарушений познавательной деятельности и имеющей в своей основе наиболее выраженные органические повреждения.[50]

Несформированность психофизиологических предпосылок развития фонетической стороны речи на сенсомоторном уровне, взаимообусловленность речевых и неречевых процессов, особенности структуры и механизмов фонетических нарушений определяют основные направления коррекционного воздействия: развитие речеслухового восприятия и фонематических функций, тонкой и артикуляторной моторики; коррекция нарушений звукопроизношения; развитие интонационной выразительности речи у дошкольников с ЗПР.[10]

Нарушения речи при задержке психического развития преимущественно имеют системный характер и входят в структуру дефекта.

Многим детям присущи недостатки звукопроизношения и фонематического развития. Среди воспитанников специализированных групп много детей с таким речевым нарушением, как дизартрия.[20]

На уровне импрессивной речи отмечаются трудности в понимании сложных, многоступенчатых инструкций, логико-грамматических конструкций типа «Коля старше Миши», «Береза растет на краю поля», дети плохо понимают содержание рассказа со скрытым смыслом, затруднен процесс декодирования текстов, т. е. затруднен процесс восприятия и осмысления содержания рассказов, сказок, текстов для пересказа.[13]

Дети рассматриваемой группы имеют ограниченный словарный запас. В их речи редко встречаются прилагательные, наречия, сужено употребление глаголов. Затруднены словообразовательные процессы, позже, чем в норме, возникает период детского словотворчества и продолжается до 7-8 лет.

Грамматический строй речи также отличается рядом особенностей. Ряд грамматических категорий дети практически не используют в речи, однако, если сравнивать количество ошибок в употреблении грамматических форм слова и в употреблении грамматических конструкций, то явно преобладают ошибки второго типа. Ребенку трудно воплотить мысль в развернутое речевое сообщение, хотя ему и понятно смысловое содержание изображенной на картинке ситуации или прочитанного рассказа, и на вопросы педагога он отвечает правильно.[23]

Незрелость внутриречевых механизмов приводит не только к трудностям в грамматическом оформлении предложений. Основные проблемы касаются формирования связной речи. Дети не могут пересказать небольшой текст, составить рассказ по серии сюжетных картин, описать наглядную ситуацию, им недоступно творческое рассказывание.[24]

Следует отметить, что характер речевых нарушений у детей с задержкой психического развития может быть самым разным, так же как может быть разным соотношение нарушений отдельных компонентов языковой системы.

***1.3*** ***ПСИХОЛГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УЧАЩИХСЯ СПЕЦИАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИОННОЙ ШКОЛЫ 7 ВИДА***

Первоначально проблему задержки психического развития в отечественных исследованиях обосновали клиницисты. Термин «задержка психического развития» предложен Г.Е. Сухаревой. Исследуемый феномен характеризуется, прежде всего, замедленным темпом психического развития, личностной незрелостью, негрубыми нарушениями познавательной деятельности, по структуре и количественным показателям отличающимися от олигофрении, с тенденцией к компенсации и обратному развитию. На этом основании Г.Е. Сухарева выделила шесть типов состояний, которые следует отделить от понятия «олигофрения»:

1) интеллектуальные нарушения, наблюдающиеся у детей с замедленным (или задержанным) темпом развития в связи с неблагоприятными условиями среды и воспитания;

2) интеллектуальные расстройства при длительных астенических состояниях, обусловленных соматическими заболеваниями;

3) нарушения интеллектуальной деятельности при различных формах инфантилизма;

4) вторичная интеллектуальная недостаточность в связи с поражением слуха, зрения, дефектами речи, чтения и письма;

б) интеллектуальные нарушения, наблюдаемые у детей в резидуальной стадии и отдаленном периоде инфекций и травм центральной нервной системы;

в) интеллектуальные нарушения при прогредиентных нервно-психических заболеваниях.[15]

Важным этапом в изучении детей с ЗПР стали исследования К.С. Лебединской и сотрудников ее лаборатории в 70— 80-е гг. Исходя из этиологического принципа, она выделила четыре основных варианта задержки психического развития, которые и сегодня используются наиболее продуктивно в оказании коррекционной помощи детям в специальных учреждениях:

1) задержка психического развития конституционального происхождения;

2) задержка психического развития соматогенного происхождения;

3) задержка психического развития психогенного происхождения;

4) задержка психического развития церебрально-органического генеза.

В клинико-психологической структуре каждого из перечисленных вариантов задержки психического развития имеется специфическое сочетание незрелости эмоциональной и интеллектуальной сферы.

В специальных исследованиях используется понятие психического инфантилизма, под которым понимают вариант задержанного развития, проявляющегося в несвойственной возрасту незрелости физического и психического статуса, не сопровождающегося грубым нарушением интеллекта.[38]

Большинство работ направлено на изучение различных симптоматических картин, обнаруживаемых у детей с мозговыми нарушениями. Это категория детей с широкой гаммой различных психопатологических синдромов, которые приводят к отставанию в психическом развитии (В. Круйшан). Сюда входят дети с поражением центральной нервной системы (ЦНС) (специфического или диффузного характера), речевыми нарушениями, трудностями в обучении, перцептивными нарушениями, гиперкинезиями. Кроме того, в эту группу входят дети, у которых не обнаруживается никаких нейрофизиологических нарушений, но тем не менее проявляются те же самые психологические симптомы, что и у детей с нарушением ЦНС.[6]

Анализ зарубежных работ обнаруживает разные подходы к изучению ЗПР и к выработке адекватных диагностических методов. Поиск дифференцированных средств для определения форм ЗПР, осуществляемый Р. Заззо и его сотрудниками, направлен, в основном, на выделение различных психологических синдромов и их этиологии для групп детей с ЗПР.[11]

По мнению Р. Заззо, до сих пор вопрос о ЗПР решался на основе либо только биологических, либо социальных факторов. Однако использование психологических критериев позволяет выделить специфические особенности дефекта у различных форм ЗПР. [10]

Р. Заззо выдвигает идею гетерохронии развития, согласно которой психические функции у детей с нарушением психического развития формируются не в едином темпе. И чем больше выражен дефект психического развития, тем больше расхождение между психическими функциями и психобиологическими возрастными показателями развития. Гетерохрония, согласно Р. Заззо, не приводит к грубой дисгармоничности развития ребенка, так как благодаря компенсаторным механизмам осуществляется своеобразное согласование личности и среды. Для определения характера ЗПР он указывает на необходимость сбора наиболее полной информации: данные о беременности матери, характеристика семейной обстановки, социально-экономический уровень семьи, моральное поведение родителей и отношения между ними.[24]

А. Валлон указывал, что «нормальный ребенок открывается через больного». В характеристике развития, которая актуальна и сегодня, А. Валлон основную роль отводил эмоциям, аффективности. По его мнению, понимающий ребенок идет за чувствующим ребенком, познавательные и аффективные процессы интегрируются в ходе развития. Диагностировать по А. Валлону — значит не сравнивать ребенка с нарушением психического развития с нормально развивающимися детьми, а выделить нарушение нервной системы, определить его уровень, недостаточность интеграции и координации функциональных систем.[11]

С возникновением генетической концепции психического развития ребенка психика стала рассматриваться как реконструируемая иерархическая структура, интегрирующая возникающие функции в новые неделимые функциональные системы, зависимые во многом от созревания центральной нервной системы (А. Валлон, Р. Заззо).[4]

А. Валлоном выделены периоды психического развития с доминантой «определенных функциональных систем» и определенного типа взаимодействия ребенка с окружающей средой. Выдвинутые принципы зависимости актуальны в клинической диагностике при определении уровня нарушения, выявлении недостаточности интеграции и взаимоотношения функциональных физиологических систем на определенной стадии развития.

Психологическая адаптация детей с задержкой психического развития представляет собой проблему, актуальность которой обусловлена сегодня традиционными запросами психолого-педагогической, клинико-социальной практики и определенной трансформацией представлений о психогенетической сущности данного статуса, критериях диагностики, принципах организации, характере и объеме специализированной помощи.

Соотношение биологического и социального в генезе задержки психического развития.[23]

Соотношение биологического и социального в генезе и течении задержки психического развития исследовалось Л. К. Боченковой, которая рассматривает ЗПР в контексте двух моделей.

Первая модель строится на идее полигенного наследования. Наследование недифференцированных олигофрении происходит не по доминантному и не по рецессивному типу, а обусловлено аддитивным действием полигенов, каждый из которых оказывает слабое влияние на умственное и психическое развитие.[39]

Вторая модель — социальной обусловленности, в рамках которой генетические факторы полностью нивелируются и нарушения в развитии возникают из-за эмоциональной депривации и социальной запущенности детей.

В контексте медицинского подхода задержка психического развития рассматривается как синдром незрелости психических или психомоторных функций и как проявление замедленного созревания морфофункциональных систем мозга под влиянием тех или иных неблагоприятных факторов. Считается, что ЗПР может быть первичной или вторичной и что она имеет различную динамику. Так, возникая в результате временно действующих вредностей (например, недостаточности стимулов, нарушения питания и системы ухода за ребенком с раннего детства), ЗПР может иметь временный обратимый характер и полностью ликвидируется через ускоренную фазу созревания или запоздалое окончание развития. В структуре резидуально-органической мозговой недостаточности задержка развития проявляется в недоразвитии отдельных функций или в ее компенсации другими, иногда акселерированными функциями.[39]

Говоря о причинах возникновения парциальных форм недоразвития, следует указать на характер проявлений локальных поражений тех или иных систем развивающегося мозга. Они могут быть вызваны инфекционными, токсическими, соматическими заболеваниями матери, травмой, асфиксией плода, действующими в последний триместр внутриутробного развития, в момент родов и первые месяцы жизни. В избирательности поражения определяющую роль играет период интенсивного формирования функциональных систем ЦНС, иногда специфичность действия вредного фактора, а также конституционально-генетическая предрасположенность. Последняя может быть причиной первичной задержки созревания отдельных функций или психики в целом. Вторичные задержки психического развития нередко являются следствием парциальных форм недоразвития. Тенденция к выравниванию и компенсации характерна как для парциальных форм психического развития, так и для задержки психического развития в целом, она основывается на установлении недостаточности отдельных функций: памяти, внимания, целенаправленности действий, речевой деятельности и т. д. При относительной сохранности мыслительных операций, способности к абстрагированию, при постановке диагноза первичной задержки психического развития следует учитывать незначительную степень отставания (не более чем на один возрастной период), гармоничную структуру задержанной функции, соответствующей младшему возрасту, отсутствие признаков искажения развития, нарушения главным образом высших уровней той или иной функции. Вторичная ЗПР не отличается гармоничностью, она несет в себе признаки, зависящие от первичного дефекта.[10]

В исследованиях В. В. Ковалева предлагается классификация пограничных состояний интеллектуальной недостаточности, в том числе задержки темпа психического развитая, где ведущая роль в патогенезе отводится какому-либо одному фактору; в происхождении интеллектуальной недостаточности обычно участвуют и другие патогенетические факторы. Внутри каждой из групп выделяются варианты на 06КОМ клинико-психопатологического критерия.[16]

Классификация с выделением нескольких групп задержки темпа психического развития на основании соотношения «эндогенных и экзогенных факторов, формирующих это предложена М. В. Коркиной,

Н. Д. Лакосиной, А.В.Личко:

1) дизонтогенные формы, обусловленные задержанным или искаженным психическим развитием (варианты психического инфантилизма);

2) формы, обусловленные органическим поражением мозга на ранних стадиях онтогенеза;

3) интеллектуальная недостаточность, зависящая от дефицита информации в раннем возрасте;

4) интеллектуальная недостаточность, связанная с нарушением анализаторов.

В отечественной и зарубежной литературе психологическая характеристика детей с ЗПР подтверждается данными неврологического и нейрофизиологического исследования. В неврологическом состоянии часто встречаются признаки гидроцефалии, нарушения черепно-мозговой иннервации, явления стертого синдрома, выраженной вегетативно-сосудистой дистонии. Стойкая неврологическая симптоматика остаточного характера констатируется у 50-г 92% таких детей (П. Шильдер, X. Лютер, И. Ф. Марковская) [13]

Данные ЭЭГ свидетельствуют о выраженных нарушениях в 30—55% случаев (Г. Гроссман, В. Шмитц, А. Уилкер, Д. Са-терфильд, Н. Н. Зислина): отсутствие альфаритма, преобладание генерализованных медленных волн тега- и дельтадиапазона либо высокочастотной активности, пароксизмальные вспышки высокоамплитудных дельтаволн и т. д. На дисфункцию верхнестволовых структур указывают данные Ю. Г. Демьянова, Н. Н. Зислиной и М. Н. Фишман. Наряду с описанными расстройствами необходимо упомянуть еще ряд энцефалопатических симптомов, которые обусловлены органическим поражением головного мозга и носят уже упоминавшееся в работе название синдрома минимальных мозговых дисфункций.[50]

Психолого-педагогическая характеристика детей с ЗПР

В рамках психолого-педагогического подхода накоплен достаточно большой материал, свидетельствующий о специфических особенностях детей с ЗПР, отличающих их с одной стороны, от детей с нормальным психическим развитием, а с другой стороны — от умственно отсталых детей.

Развитие психики ребенка в отечественной и зарубежной психологии понимается как исключительно сложный, подчиненный взаимодействию многих факторов. Степень нарушения темпа созревания мозговых структур, а следовательно и темпа психического развития, может быть обусловлена своеобразным сочетанием неблагоприятных биологических, социальных и психолого-педагогических факторов.[24]

Особенности познавательной сферы детей с ЗПР освещены в психологической литературе достаточно широко (В. И. Лубовский, Л. И. Переслени, И. Ю. Кулагина, Т. Д. Пускаева и др. ). В. И. Лубовский отмечает недостаточную сформированность произвольного внимания детей с ЗПР, дефицитарность основных свойств внимания: концентрации, объема, распределения. Память детей с ЗПР характеризуется особенностями, которые находятся в определенной зависимости от нарушений внимания и восприятия. В. Г. Лутонян отмечает, что продуктивность непроизвольного запоминания у детей с ЗПР значительно ниже, чем у их нормально развивающихся сверстников. [16]

Явное отставание детей с ЗПР от нормально развивающихся сверстников авторы отмечают при анализе их мыслительных процессов. Отставание характеризуется недостаточно высоким уровнем сформированность всех основных мыслительных операций: анализа, обобщения, абстракции, переноса (Т. П. Артемьева, Т. А. Фотекова, Л. В. Кузнецова, Л. И. Переслени). В исследованиях многих ученых (И. Ю. Кулагина, Т. Д. Пускаева, С. Г. Шевченко) отмечается специфика развития познавательной деятельности детей с ЗПР. Так, С. Г. Шевченко, изучая особенности речевого развития детей с ЗПР, отмечает, что дефекты речи у таких детей отчетливо проявляются на фоне недостаточной сформированность познавательной деятельности. В гораздо меньшей степени изучались личностные особенности детей с ЗПР. В работах Л. В. Кузнецовой, Н. Л. Белопольской раскрываются особенности мотивационно-волевой сферы. Н. Л. Белопольская отмечает специфику возрастных и индивидуально-личностных особенностей детей.[49]

Психологи отмечают характерные для этих детей слабость волевых процессов, эмоциональную неустойчивость, импульсивность либо вялость и апатичность (Л. В. Кузнецова). Для игровой деятельности многих детей с ЗПР характерно неумение (без помощи взрослого) развернуть совместную игру в соответствии с замыслом. У. В. Ульяненковой выделены уровни сформированность общей способности к учению, которые соотносятся ею с уровнем интеллектуального развития ребенка. Данные этих исследований интересны тем, что позволяют увидеть индивидуальные различия внутри групп детей с ЗПР, которые касаются особенностей их эмоционально-волевой сферы.[6]

У детей с ЗПР отмечается проявление синдромов гиперактивности, импульсивности, а также повышение уровня тревоги и агрессии (М. С. Певзнер).

Измененная динамика формирования самосознания проявляется у детей с ЗПР в своеобразном построении взаимоотношений со взрослыми и сверстниками. Отношения отличаются эмоциональной нестабильностью, неустойчивостью, проявлением черт детскости в деятельности и поведении (Г. В. Грибанова).[50]

В качестве других возможных причин ЗПР детей может выступать педагогическая запущенность. Категория педагогически запущенных детей также неоднородна. Запущенность может быть обусловлена разными конкретными причинами и может иметь различные формы. В психологической и педагогической литературе термин «педагогическая запущенность» чаще всего используется в более узком значении, рассматривается лишь как одна из причин школьной неуспеваемости. В качестве примера можно сослаться на совместную работу отечественных психологов А. Н. Леонтьева, А. Р. Лурия, работу Л. С. Славиной и др.[41]

В связи с появлением в системе общеобразовательных и специальных школ средних и старших классов для детей с ЗПР возникает необходимость изучения особенностей подросткового возраста. Так, на основании проведенных исследований (К. С. Лебединская, М. М. Райская, Г. В. Грибанова) выделяют две группы подростков с ЗПР, каждая из которых имеет свою специфику: подростки с ЗПР без отклонений в поведении; подростки с ЗПР с отклонениями в поведении.[23]

В социально-психологических исследованиях (B. C. Шаумаров, Л. В. Шибаева) проводилось кросс-культурное изучение роли социально-психологических факторов в развитии детей с ЗПР. Работы касались анализа влияния семьи, социального статуса, образовательного уровня родителей и характера отношений в семье. Следует отметить, что влияние семьи проявляется на всех уровнях развития личности ребенка.[15]

Рассмотренные направления изучения ЗПР исследуют проблему с различных точек зрения. Тем не менее, интеграция подходов в значительной степени обогатила бы содержание системного исследования проблемы, а значит и определила бы перспективы ее решения для теории и практики специальной психологии и педагогики. К тому же в рамках интегральной оценки ЗПР нашла бы свое воплощение идея о распределении приоритетов (биологических и социальных) в формировании ЗПР.[16]

Для определения факторов, влияющих на формирование ЗПР, и для последующей оценки психологической адаптации и динамики интеллектуального развития детей с ЗПР необходима комплексная всесторонняя оценка изучаемого статуса.

Меньше исследовался в науке феномен ЗПР как особый тип психического развития, с характерной незрелостью отдельных психических и психомоторных функций или психики в целом, формирующийся под влиянием биологических и социально-психологических факторов.

Важной задачей в разработке проблемы ЗПР является познание ее причинно-следственных связей. Понятия «фактор» и «причина» неоднозначны. Никакой изолированный фактор сам по себе не может быть причиной. Любое изменение состояния определяется «внутренними моментами» — отношением организма (индивидуума) к патогенному фактору (Г. Е. Сухарева). Не всякое отрицательное переживание следует квалифицировать как фактор, формирующий ЗПР, так как степень значимости фактора зависит от внутрипсихических особенностей личности ребенка и его семьи.

После анализа множественности подходов в изучении причин ЗПР становится очевидной сложность механизма ее формирования. Конкретные проявления ЗПР у ребенка зависят от причин и времени ее возникновения, степени деформации пострадавшей функции, её значения в общей системе психического развития.

Таким образом, можно выделить следующие наиболее важные группы причин, которые могут обусловить ЗПР:

1) причины биологического характера, препятствующие нормальному и своевременному созреванию мозга;

2) общий дефицит общения с окружающими, вызывающий задержку в усвоении ребенком общественного опыта;

3) отсутствие полноценной, соответствующей возрасту деятельности, дающей ребенку возможность посильного «присвоения» общественного опыта, своевременного формирования внутренних психических действий;

4) социальная депривация, препятствующая своевременному психическому развитию.

Из приведенной классификации видно, что три группы причин ЗПР из четырех имеют ярко выраженный социально-психологический характер. ЗПР ребенка может быть обусловлена действием как отдельного неблагоприятного фактора, так и совокупностью факторов, складывающейся в процессе взаимодействия.

Взаимозависимость социальной и биологической причин ЗПР рассматривается в качестве базисной основы изучения. Системный подход способствует преодолению все еще существующей в той или иной мере разобщенности в медицинских и психологических исследованиях, вычленяющих какой-либо один из множества аспектов проблемы.[10]

В рамках традиционного медицинского подхода к изучению детей с ЗПР приоритет отдается обычно биологическим факторам, формирующим названное состояние (Г. К. Ушаков, М. И. Буянов, Г. Е. Сухарева и др ). Вместе с тем роль социальных условий также отражена в описании отдельных форм ЗПР (В. В. Ковалев).[39]

Информация, полученная на основе анализа биологической предрасположенности к ЗПР, может лишь на одном уровне объяснить природу и определить динамику изучаемого явления. Возникают вполне определенные требования к анализу социально-психологических причин ЗПР. Недопустимо арифметическое, механическое сложение имеющейся информации о ЗПР на уровне социальных и биологических факторов. Необходим комплексный анализ действия психологических и социальных факторов. Известно, что соотношение социальных Н биологических факторов в формировании ЗПР меняется в зависимости от возраста ребенка. В благоприятных условиях развитие ребенка, обусловленное неблагоприятным воздействием биологических факторов, со временем приближается к возрастной норме, тогда как развитие, отягощенное еще и социальными факторами, регрессирует.[20]

Можно выделить следующие группы социально-психологических факторов:

1) субъективные (многообразные, но обязательно сверхзначимые для развития ребенка);

2) сверхсильные, острые, внезапные (стрессовые);

3) психогенные травмы, лежащие в основе посттравматических расстройств;

4) психогенные факторы, сочетающиеся с депривацией (эмоциональной или сенсорной);

5) психогенные травмы в периоды возрастных кризисов (астенизация, кризовые психологические комплексы);

6) социально-психологические факторы, связанные с неправильным воспитанием;

7) хронические психические травмы (неблагоприятная семья, закрытые детские учреждения).

Время возникновения ЗПР связано, как правило, с ранними возрастными этапами, и возрастной фактор может скорее изменить характер и динамику ЗПР, усугубляя или же, наоборот, смягчая ее проявление.

Исходя из особенностей и противоречивости подросткового возраста, его роли в последующем развитии личности, ряд исследователей рассматривают специфику данного периода как условную возможность формирования аномалий развития (А.И. Захаров, В.В. Ковалев, И.С. Кон).

Роль пубертатного периода в ЗПР может быть различной — от преципитирующей (т. е. подталкивающей развитие), патопластической до причинной, этиопатогенетической. Выделение состояний, протекающих как ЗПР в пубертатный период, принципиально важно для более полного понимания возрастной динамики разных форм ЗПР.[16]

В качестве основного фактора формирования ЗПР в отечественной психологической литературе (М.И. Буянов, К.С. Лебединская) рассматривается семейный фактор, по существу совмещающий биологические и психологические детерминанты. Так, значительная часть детей с ЗПР воспитывается родителями, имеющими определенные умственные нарушения. Кроме того, отношения в таких семьях характеризуются высокой конфликтностью, эмоциональной нестабильностью, анархичностью воспитания. В таких семьях не исключается риск ранней алкоголизации детей. В условиях злоупотребления алкоголем одним или обоими родителями у ребенка не только возникает ЗПР, но и ускоряется данный процесс. В целом А.И. Захаров определяет следующие особенности родителей детей с ЗПР:

1) сенситивность как повышенная эмоциональная ранимость;

2) склонность фиксироваться на травмирующих переживаниях, относить к себе любое неприятное событие;

3) неуверенность в себе;

4) тревожность — непереносимость ожидания, неизвестности;

5) внутренняя конфликтность — противоречивость чувств и желаний;

6) моральный дискомфорт, психическая напряженность, проблемы самоконтроля;

7) эгоцентризм — сосредоточенность на своих переживаниях;

8) негибкость в поведении;

9) гиперсоциальность;

10) проблемы социально-психологической адаптации.

Условно можно выделить три варианта влияния семьи на формирование личности ребенка: фиксация путем подражания; закрепление негативных реакций; культивирование реакций ребенка.

Неправильное воспитание с точки зрения семейной педагогики следует рассматривать как условие, при котором возникают изменения и нарушения в психическом развитии, подготавливающие «психологическую почву» для задержанного развития. В литературе встречается понятие динамического семейного диагноза, под которым подразумевается определение типа семейной дезорганизации и неправильного воспитания, установление причинно-следственной связи между психологическим климатом в семье и аномалиями формирования личности у подростков. Особенно тягостные Последствия наблюдаются в развитии детей с задержкой развития при сочетании психогенных, социально-психологических и депривационных влияний. Картина ЗПР значительно усложняется и может приобретать необратимый характер при сочетании микросоциальной запущенности с легкими проявлениями нарушения психического развития.

В рамках изложенного можно выделить две тенденции: указанное сочетание факторов делает практически невозможными сглаживание, ликвидацию ЗПР с возрастом; нарушение социальной адаптации является следствием и результатом данного соотношения.

В практической психологии факт появления задержки психического развития часто связывается с отрицательным воздействием школы, учителей, вводится понятие психологическая запущенность. Основным психотравмирующим фактором считается сама система обучения (И.В. Дубровина). В такой ситуации, когда личность ученика рассматривается в качестве обучаемого объекта, возможны различного рода дидактогении. Можно говорить о предрасположенности некоторых детей к педагогическим воздействиям и об их специфическом развитии. Любое педагогическое воздействие, не учитывающее индивидуальных особенностей личности ребенка, может стать непосредственной причиной ЗПР. Практика показывает, что нередко плохая успеваемость учащегося отождествляется с задержкой его психического развития. В итоге деформированного педагогического воздействия возникают состояния ЗПР, поэтому нельзя игнорировать и роль «школьного фактора».

Согласно исследованиям Т.А. Власовой, стойкость ЗПР зависит, во-первых, от периода воздействия детерминирующего фактора и, во-вторых, от его качественной характеристики. Эти данные необходимо учитывать при определении приоритетов формирования ЗПР.

Особый вопрос в проблеме ЗПР, отмеченный Т.А. Власовой, состоит в прогностической неоднородности. Экспериментальные данные различают следующие варианты прогнозов:

1) постепенное улучшение развития;

2) та же динамика, прерываемая возрастными кризисами;

3) развитие стойкого негрубого дефекта;

4) регресс формирования состояния.

Каждый вариант прогноза определен интенсивностью и длительностью воздействия формирующих факторов. Дети с ЗПР представляют собой неоднородную группу по уровню психофизиологического развития. У обследованных детей с ЗПР, как правило, проявляются следующие синдромы:

1) синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ);

2) синдром психического инфантилизма;

3) церебрастенический синдром;

4) психоорганический синдром.

Перечисленные синдромы могут встречаться как изолированно, так и в разных комбинациях.

Учитывая тот факт, что у детей с ЗПР регистрируются изменения нейрофизиологического развития структурно-функциональной организации мозга, следует сказать, что у таких детей существуют объективные основания для нарушений психического развития.

4. Синдром СДВГ.

Основным проявлением этого синдрома является расстройство внимания. В качестве базовой причины СДВГ называют расстройство деятельности ЦНС, которое может быть вызвано генетическими или средовыми факторами.

В проявлениях этого синдрома у детей сочетаются: ослабление направленного внимания, снижение концентрации и сосредоточенности, повышение неустойчивости и отвлекаемости внимания с выраженными изменениями поведения, двигательной расторможенностью, нескоординированностыо процессов возбуждения и торможения. Сочетание расстройств внимания и гиперкинетических расстройств приводит к выраженной школьной и даже общесоциальной дезадаптации таких детей.

5. Синдром психического инфантилизма.

При психическом инфантилизме эмоциональная сфера детей находится на более ранней стадии развития. Эмоции у ребенка яркие, преобладает мотив получения удовольствия. Причины проявлений инфантилизма связаны с замедленным созреванием лобнодиэнцефальных систем мозга, более медленным развитием структур левого полушария, что проявляется также и в интеллектуальном недоразвитии, а именно в преобладании наглядно-действенного и наглядно-образного мышления, замедленности формирования абстрактно-логического мышления.

Основными проявлениями синдрома психического инфантилизма являются: неадекватная самооценка, несформированность мотивационной сферы, проявляющаяся в невозможности соподчинения мотивов, желаний; нескоординированность эмоциональных процессов. Эмоциональная незрелость характеризуется отсутствием или недостаточностью эмоциональных реакций. Для детей этой категории характерна также незрелость психомоторики, проявляющаяся в несформированности тонких движений.

6.Методологические подходы к изучению феноменологии ЗПР

Церебрастенический синдром. У детей с этим синдромом регистрируются повышение внутричерепного давления, неврологические расстройства, нарушение функций вегетативной системы (обмена веществ), расстройство сна и т. д. Разбалансированность процессов на психическом уровне проявляется в перепадах и резкой смене настроения ребенка, неустойчивости эмоционального тонуса.

В психической сфере этот синдром проявляется, прежде всего, в выраженной и избыточной переутомляемости, особенно при умственных нагрузках. Ребенок объективно может выдерживать умственное напряжение ограниченное время. Быстрое наступление переутомления, в свою очередь, ведет к истощению нервной системы, вследствие чего и возникают неврологические и вегетативные нарушения.

Процесс обучения детей с синдромом церебрастении предполагает дозированность учебных нагрузок, снижение темпа освоения учебного материала.

Психоорганический синдром. Связан с поражениями структур головного мозга: лобной части, центральной, височной, височно-теменной или затылочной областей. Чем раньше возникли нарушения головного мозга, тем глубже дефект психического развития и тем более комбинаторными будут его проявления. При психоорганическом синдроме наиболее выраженными являются нарушения центральной и периферической нервной системы, что в психической сфере проявляется в инертности и медлительности интеллектуальной деятельности, двигательной разбалансированности, эмоциональной нестабильности. Волевая регуляция состояний формируется с заметным отставанием и нарушениями.

Таким образом, задержка психического развития может рассматриваться как полисимптоматичный тип изменения темпа и характера развития ребенка, включающий различные комбинации нарушений и их проявлений.

Тем не менее в психическом статусе ребенка с ЗПР можно выделить ряд существенных особенностей:

1) в сенсорно-перцептивной сфере — незрелость различных систем анализаторов (особенно слуховой и зрительной), неполноценность зрительно-пространственной ориентированности;

2) в психомоторной сфере — разбалансированность двигательной активности (гипер- и гипоактивность), импульсивность, трудность в овладении двигательными навыками, нарушения координации движения;

3) в мыслительной сфере — преобладание более простых мыслительных операций (анализ и синтез), снижение уровня логичности и отвлеченности мышления, трудности перехода к абстрактно-аналитическим формам мышления;

4) в мнемической сфере — преобладание механической памяти над абстрактно-логической, непосредственного запоминания — над опосредованным, снижение объемов кратковременной и долговременной памяти, значительное снижение способности к непроизвольному запоминанию;

5) в речевом развитии — ограниченность словарного запаса, особенно активного, замедление овладения грамматическим строем речи, дефекты произношения, трудности овладения письменной речью;

6) в эмоционально-волевой сфере — незрелость эмоционально-волевой деятельности, инфантилизм, нескоординированность эмоциональных процессов;

7) в мотивационной сфере — преобладание игровых мотивов, стремление к получению удовольствия, дезадаптивность побуждений и интересов;

8) в характерологической сфере — усиление вероятности акцентуирования характерологических особенностей и повышение вероятности психопатоподобных проявлений.

Анализ особенностей психического развития рассматриваемой категории детей позволяет сделать следующие выводы:

Задержка психического развития затрагивает всю психическую сферу ребенка, и, по существу, является системным дефектом. Поэтому процесс обучения и воспитания должен выстраиваться с позиций системного подхода. Необходимо сформировать полноценный базис для становления высших психических функций и обеспечить специальные психолого-педагогические условия, необходимые для их формирования.

При этом следует учитывать, что при ЗПР нарушения имеют полиморфный характер, их психологическая структура сложна. Выраженность повреждений и (или) степень несформированности психических функций может быть различной, возможны различные сочетания сохраненных и несформированных функций, этим и определяется многообразие проявлений ЗПР в дошкольном возрасте.

Если нормально развивающийся ребенок усваивает систему знаний и поднимается на новые ступени развития в повседневном общении со взрослыми (при этом активно работают механизмы саморазвития), то при ЗПР каждый шаг может осуществляться только в условиях целенаправленного формирования каждой психической функции с учетом их взаимодействия и взаимовлияния.

Вывод: У ребенка с нарушениями речи при отсутствии соответствующих коррекционных мероприятий может замедляться темп его интеллектуального развития. В силу дефекта речи он мало общается с окружающими, круг представлений в связи с этим значительно ограничивается, темп развития мышления замедляется. Поэтому ранние оказание логопедической помощи является залогом дальнейшего успешного обучения и развития ребенка.

ГЛАВА 2.

*ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ФОНЕТИЧЕСКОЙ СТРОНЫ РЕЧИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ЗПР*

***2.1 МЕТОДЫ, ПРИЕМЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ ФОНЕТИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ЗПР***

Целью анализа речевых нарушений является выяснение структуры дефекта и научное обоснование направления и содержания исследований речевой патологии в детском возрасте. Принципы анализа речевых нарушений составляют основу их классификации и разработки научно обоснованных путей и методов предупреждения, преодоления и коррекции.

Одним из первых исследователей, сформулировавших принципы анализа речевых нарушений, адекватных средствам логопедии как педагогической науки, была Р. Е. Левина. Ею выделены три принципа: развития, системного подхода и рассмотрения речевых нарушений во взаимосвязи речи с другими сторонами психического развития ребенка. Эти принципы остаются ведущими в логопедии при анализе речевых нарушений.

Принципы развития предполагает эволюционно-динамический анализ возникновения дефекта.

Важно не только описание речевого дефекта, но и динамический анализ его возникновения. У детей, нервно-психические функции, которых находятся в процессе непрерывного развития и созревания, необходимо оценить не только непосредственные результаты первичного дефекта, но и его отсроченное влияние на формирование речевых и познавательных функций.

Анализ речевого дефекта в динамике возрастного развития ребенка, оценка истоков его возникновения и прогнозирование его последствий требуют знания особенностей и закономерностей речевого развития на каждом возрастном этапе, предпосылок и условий, обеспечивающих его развитие.

Анализ речевых нарушений с позиций развития позволяет выделить ведущий дефект и связанные с ним вторичные нарушения. Это имеет принципиально важное значение в диагностике речевых расстройств.

С позиций современной нейрофизиологии анализ речевых нарушений, а также изучение развития речи в норме и патологии основывается на общих закономерностях формирования функциональных систем организма (системогенеза). Учение о функциональных системах как широком функциональном объединении различных структур мозга на основе получения конечного эффекта, разработанное П.К. Анохиным (1978), позволяет с новых методологических позиций рассматривать развитие речи в условиях нормы и патологии.

На основе теории системогенеза важно учитывать критические периоды развития речевой функциональной системы, когда еще не сформированная функция наиболее ранима и наиболее чувствительна к обучающему воздействию.

На основе современных данных психологии принцип анализа речевых нарушений с позиций развития взаимодействует с принципом деятельностного подхода. Деятельность ребенка формируется в процессе его взаимодействия со взрослыми, и для каждого этапа характерна та, которая тесно связана с развитием речи. Поэтому при анализе речевого нарушения важное значение имеет оценка деятельности ребенка.

Принцип оценки коммуникативного поведения в процессе общения важен для анализа речевых нарушений, для понимания их генеза и особенно для определения путей их преодоления и коррекции.

Принцип системного подхода основывается на системном строении и системном взаимодействии различных компонентов речи: звуковой стороны, фонематических процессов, лексико-грамматического строя.

Таким образом, принцип системного подхода в анализе речевых нарушений обоснован как системным взаимодействием между различными компонентами языка, так и нейрофизиологическими данными о формировании функциональной речевой системы.

Этот принцип составляет основу педагогической классификации речевых расстройств, комплектования специальных учреждений для детей с нарушениями речи, а также определяет пути и методы преодоления и предупреждения речевых расстройств.

Третьим принципом анализа речевых нарушений, выдвинутым Р. Е. Левиной, является связь речи с другими сторонами психического развития ребенка. Как показали работы Л. С. Выготского, А. Н. Леонтьева, А. Р. Лурия и других ученых, человеческие формы поведения, речь, психические функции и способности не даны ребенку от рождения. Они формируются под решающим влиянием целенаправленного воспитания и обучения, условий его жизни в обществе. Соответственно физиологическим субстратом человеческих психических свойств являются не врожденные нервные механизмы, а прижизненно формирующиеся функциональные системы (А. В. Запорожец, Л. А. Венгер).

Все психические процессы у ребенка — воспитание, память, внимание, воображение, мышление, целенаправленное поведение — развиваются с прямым участием речи (Л. С. Выготский, А. Р. Лурия, А. В. Запорожец и др.).

При анализе речевых нарушений учитывались и особенности общего состояния здоровья ребенка, его двигательной сферы, зрения, слуха и интеллекта, темперамента, его конституция.

При анализе речевых нарушений учитывались возраст ребенка, его социальное и семейное окружение, возможные этиологические и патогенетические факторы возникновения речевых расстройств.

Таким образом, для анализа речевых нарушений на основе взаимосвязи речи с другими сторонами психического развития ребенка проведен комплексный подход в изучении детей.

По ходу обследования на каждого ребенка заполняется речевая карта (образец речевой карты Приложение №1)

Обследование начинается с сбора обшей информации о ребенке:

**Общие сведения:**

1. Фамилия, имя, отчество

2. Дата рождения

3. Домашний адрес

4. Заключение психиатра (психоневролога)

5. Диагноз невропатолога

6. Состояние органов слуха и носоглотки

7. Данные окулиста

8. Посещал ли дошкольное учреждение (указать специальное или нет)

9. Посещает (посещал ли) школу (специальную или нет), указать класс

10. Краткая характеристика ребенка по данным педагогических наблюдений (устойчивость внимания, работоспособность, ориентировка в окружающем, навыки самообслуживания, отношение ребенка к своему речевому дефекту)

11. Жалобы родственников

12. Данные о родителях ребенка (возраст, здоровье родителей, профессия, их социальные условия)

13. Общий анамнез

а) от какой беременности ребенок

б) характер беременности (болезни, травмы, токсикозы, место работы, употребление алкоголя, курение)

в) течение родов (досрочное, срочное, стимулирование, наложение щипцов, асфиксия)

г) вес и рост при рождении

д) на какие сутки был выписан из роддома

е) вскармливание (грудное, искусственное)

ё) особенности вскармливания (сосал активно, вяло; не было ли поперхивания, при каком положении головы кормление протекало свободнее, при каком затруднено, уставал ли в период кормления, был беспокойным, как дышал при кормлении, плаче, в покое; как жует и глотает твердую и жидкую пищу)

ж) перенесенные ребенком заболевания, травмы, интоксикации

14. Ранее психомоторное развитие

а) когда начал различать слуховые и зрительные раздражители, тянуться за игрушками

б) когда стал держать голову

в) когда стал самостоятельно садиться, ходить

г) когда появились зубы

д) поведение ребенка до года (спокойный, беспокойный, как спал)

е) появление навыков самообслуживания

15. Речевой анамнез

а) гуление (время появления, характеристика)

б) лепет (время появления и его характер)

в) первые слова, фразы (время их появления и характеристика)

г) как шло развитие речи (скачкообразно, с перерывами, постепенно, причины и время отклонения в развитии)

д) с какого времени замечено нарушение речи.

е) речевая среда

ё) занимался ли с логопедом (с какого возраста и сколько времени, результаты занятий)

ж) характеристика речи в настоящее время (родителями, учителями, воспитателями)

ВЫВОДЫ: А) анамнез нормальный;

Б) отягощенный.

**Обследование состояний общей моторики**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Прием | Содержание задания | Характер выполнения |
| 1.Исследование двигательной памяти, переключаемости движений и самоконтроля при выполнении двигательных проб | а) логопед показывает 4 движения для рук и предлагает их повторить: руки вперед, вверх, в стороны, на пояс;  б) повторить за педагогом движения за исключением одного, заранее обусловленного «запретного» движения | Отметить: качество, правильность, последовательность выполнения движений, особенности переключения с одного движения на другое |
| 2. Исследование произвольного торможения движений | Маршировать и остановиться внезапно по сигналу | Отметить: плавность и точность движений обеих ног, соответствие двигательной реакции сигналу |
| 3. Исследование статической координации движений | а) стоять с открытыми глазами, стопы ног поставить на одной линии так, чтобы носок одной ноги упирался в пятку другой, руки вытянуты вперед. Время выполнения 5 секунд по два раза для каждой ноги;  б) стоять с закрытыми глазами на правой, затем на левой ноге, руки вперед. Время выполнения – 5 секунд | Отметить: свободно удерживает позы или с напряжением, раскачивается из стороны в сторону, балансирует туловищем, руками, головой; сходит с места или делает рывок в стороны; касается пола другой ногой; иногда падает, открывает глаза и отказывается выполнять пробу |
| 4. Исследование динамической координации движений | а) маршировать, чередую шаг и хлопок ладонями. Хлопок производить в промежутке между шагами;  б) выполнить подряд 3-5 приседаний. Пола пятками не касаться, выполнять только на носках | Отметить: выполняет верно с первого раза, выполняет верно со 2-3 раза, напрягается, чередование шага и хлопка не удается  Отметить: выполняет правильно; с напряжением, раскачиваясь, балансируя туловищем и руками; становится на всю ступню |
| 5. Исследование пространственной организации (по подражанию) | а) повторить за логопедом движения на ходьбу по кругу, в обратном направлении, через круг. Начать ходьбу от центра круга направо, пройти круг, вернуться в центр слева. Пройти кабинет из правого угла через центр по диагонали, обойти кабинет вокруг и вернуться в правый угол по диагонали через центр из противоположного угла; повернуться на месте вокруг себя и подскоками передвигаться по кабинету, начиная движения справа;  б) то же самое слева;  в) по словесной инструкции проделать эти же задания | Отметить: ошибки в пространственной координации: незнание сторон тела, ведущей руки, неуверенность выполнения |
| 6. Исследование темпа | а) в течение определенного времени удержать заданный темп в движениях рук, показываемых логопедом. По сигналу логопеда предлагается выполнить движения мысленно, а по следующему сигналу (хлопок) показать, на каком движении испытуемый остановился. Движения рук вперед, вверх, в стороны, на пояс, опустить;  б) письменная проба: предлагается чертить на бумаге палочки в сторону в течение 15 секунд в произвольном темпе. В течение следующих 15 секунд чертить как можно быстрее, в течение следующих 15 секунд чертить в первоначальном темпе | Отметить: темп нормальный, замедленный, ускоренный                Отметить: темп нормальный, замедленный, ускоренный |
| 7. Исследование ритмического чувства | а) простучать за педагогом карандашом ритмический рисунок (III II, II III, II, III I III II, I III II III);  б) музыкальное эхо. Логопед ударяет в определенном темпе по ударному инструменту (бубен, барабан и т. д.), ребенок должен точно повторить услышанное | Отметить: ошибки при воспроизведении ритмического рисунка: повторяет в ускоренном или замедленном или замедленном, по сравнению с образцом темпе; нарушает количество элементов в данном ритмическом рисунке |

ВЫВОДЫ: Характеризуются нарушенные и сохранные стороны моторики.

**Исследование произвольной моторики пальцев рук.**

|  |  |
| --- | --- |
| Содержание задания | Характер выполнения |
| Все предлагаемые задания проводятся по показу, затем по словесной инструкции  1.Выполнить по счет:  а) пальцы сжать в кулак – разжать (5-6 раз);  б) держа ладони на поверхности стола, разъединить пальцы, соединить вместе (5-6 раз);  в) сложить пальцы в кольцо – раскрыть ладонь (5-6 раз);  г) попеременно соединять все пальцы руки с большим пальцем, сначала правой руки, затем левой, затем обеих рук одновременно  2. На обеих руках одновременно показать второй и третий пальцы, второй и пятый (5-6 раз)  3. На обеих руках одновременно положить вторые пальцы на третьи, и наоборот, третьи на вторые (5-6 раз)  4. Те же задания выполнить по словесной инструкции | Отмечается плавное, точное и одновременное выполнение проб; напряженность, скованность движений; нарушение темпа выполнения движений (не под счет логопеда); нарушение переключаемости от одного движения к другому, наличие синкинезий, гиперкинезов, невозможность удержания созданной позы, невыполнение движения. |

ВЫВОДЫ: характеризуются нарушенные и сохранные стороны моторики пальцев рук.

**Обследование артикуляционного аппарата.**

Изучение состояния артикуляционного аппарата включает обследование его анатомического строения и двигательной функции.

1. Обследование анатомического состояния артикуляционного аппарата начинается с наблюдения за мимической мускулатурой в покое: отмечается выраженность носогубных складок, их симметричность, открыт рот или закрыт; наличие слюнотечения; характер линии губ и плотность их смыкания; имеются ли насильственные движения (гиперкинезы) мимической мускулатуры.

Затем переходят к осмотру органов артикуляционного аппарата, в ходе которого необходимо охарактеризовать особенности строения и дефекты анатомического характера следующих органов: губ, языка, зубов, мягкого неба, челюстей, твердого неба.

Губы (толстые, укороченные, расщепление верхней губы, послеоперационные рубцы, норма)

Зубы (редкие, кривые, мелкие, лишние, вне челюстной дуги, кариозные, недоразвитые, норма)

Прикус (открытый передний, открытый боковой, норма)

Строение челюсти (прогения, прогнатия, норма)

Язык (толстый, распластанный, напряженный, маленький, длинный, узкий, норма)

Подъязычная уздечка (короткая, натянутая, приращенная, норма)

Маленький язычок: отсутствует, укорочен, раздвоен, свисает неподвижно на средней линии, отклоняется в сторону

Небо (высокое, чрезмерно узкое, плоское, низкое, расщелина твердого неба, расщелина мягкого неба, расщепление альвеолярного отростка, субмукозная расщелина, норма)

ВЫВОДЫ: строение артикуляционного аппарата нормальное, с отклонениями.

2. Обследование моторики артикуляционного аппарата.

Исследование двигательной функции артикуляционного аппарата

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Прием | Содержание задания | Характер выполнения |
| Все задания должны проводиться при многократном повторении требуемого движения  1. Исследование двигательной функции губ по словесной инструкции проводится после выполнения задания по показу | а) сомкнуть губы;  б) округлить губы как при произношении звука «О» - удержать позу;  в) вытянуть губы в трубочку, как при произношении звука «у», и удержать позу;  г) сделать «хоботок» (вытянуть губы и сомкнуть их);  д) растянуть губы в «улыбке» (зубов не видно) и удержать позу;  е) поднять верхнюю губу вверх, видны верхние зубы;  ё) опустить нижнюю губу вниз, видны нижние зубы;  ж) одновременно поднять верхнюю, опустить нижнюю;  з) многократное повторение произношения губных звуков б-б-б, п-п-п | Отметить: выполнение правильное; диапазон движений невелик; наличие содружественных движений; чрезмерное напряжение мышц, истощаемость движений; проявляется ли тремор, саливации, гиперкинезы; активность участия правой и левой сторон губ; смыкание губ с одной стороны; движение не удается |
| 2. Исследование двигательной функции челюсти проводят вначале по показу, а затем по словесной инструкции | а) широко раскрыть рот, как при произнесении звука «а» и закрыть;  б) сделать движение нижней челюстью вправо;  в) сделать движение влево;  г) сделать движение нижней челюстью вперед | Отметить: выполнение правильное; движения челюстью недостаточного объема; нет ли содружественных движений, тремора, саливации; движение не удается |
| 3. Исследование двигательных функция языка (исследование объема и качества движений языка) по показу и по словесной инструкции | а) положить широкий язык на нижнюю губу и подержать под счет от 1 до 5;  б) положить широкий язык на верхнюю губу и подержать под счет от 1 до 5;  в) переводить кончик языка поочередно из правого угла рта в левый угол, касаясь губ;  г) высунуть язык «лопатой», «жалом»;  д) оттопырить правую, затем левую щеку языком;  е) поднять кончик языка к верхним зубам подержать под счет от 1 до 5 и опустить к нижним зубам;  ё) закрыть глаза, вытянуть руки вперед, а кончик языка положить на губу;  ж) движения языком вперед-назад | Отметить: выполнение правильное; движения языка недостаточного диапазона; в мышцах появляются содружественные движения; язык движется неуклюже, всей массой, медленно, неточно; имеются отклонения языка в сторону, удерживается ли язык в определенном положении; истощаемость движений; нет ли тремора, гиперкинезов языка; не проявляется ли саливация; движение не удается |
| 4. Исследование двигательной функции мягкого неба | а) широко открыть рот и четко произнести звук «а» (в этот момент в норме мягкое небо поднимается);  б) провести шпателем, зондом или бумажкой, скрученной в трубочку, по мягкому небу (в норме должен появиться рвотный рефлекс);  в) при высунутом между зубами языке надуть щеки и сильно подуть так, как будто задувается пламя свечи | Отметить: выполнение правильное; объем движений ограничен, отмечаются содружественные движения, малая подвижность небной занавески, гиперкинезы, саливация, движение не удается |
| 5. Исследование продолжительности и силы выдоха | а) сыграть на любом духовом инструменте-игрушке (губной гармошке, дудочке, флейте и т. д.);  б) поддувать пушинки, листок бумаги и т.п. | Отметить: силу и продолжительность выдоха; укороченный выдох (в зависимости от возраста испытуемого) |

ВЫВОДЫ: движения выполняются в полном объеме, правильно; выражен период включения в движение, истощаемость движений; движение выполняется в неполном объеме, в замедленном темпе, с появлением содружественных движений, тремора, гиперкинезов, саливации; удержание позы не удается; движения не выполняются.

Исследование динамической организации движений артикуляционного аппарата.

|  |  |
| --- | --- |
| Содержание задания | Характер выполнения |
| Все предъявляемые пробы вначале проводятся по показу, а затем по словесной инструкции при многократном повторении проводимого комплекса движений  1. Оскалить зубы, высунуть язык, затем широко открыть рот  2. Широко открыть рот, дотронуться кончиком языка до нижних зубов (резцов), затем поднять кончик языка к верхним зубам (резцам) и положить на нижнюю губу  3. положить широкий язык на губу, загнуть кончик языка, чтобы получилась «чашечка», занести эту «чашечку» в рот  4. Широко раскрыть рот, как при звуке «а», растянуть губы в улыбку, вытянуть в трубочку  5. Широко раскрыть рот, затем попросить полузакрыть и закрыть его  6. Повторить звуковой или слоговой ряд несколько раз (последовательность звуков или слогов изменяется)  А-И-У; У-И-А; КА-ПА-ТА; ПА-КА-ТА; ПЛА-ПЛУ-ПЛО; РАЛ-ЛАР-ТАР-ТАЛ; СКЛА-ВЗМА-ЗДРА | Отметить: выполнение правильное; проявляется замена одного движения другим, поиск артикуляции, «застревание» на одном движении, недифференцированность движений, нарушение плавности движений, напряженность языка, подергивание языка, движения языка не удаются; легко ли удается переключение с одной артикуляционной позы на другую, с одной фонемы на другую, с одной фонемы на другую и одного звукового ряда на другой |

ВЫВОДЫ: движения артикуляционного аппарата активные, вялые, пассивные; объем движений полный, неполный; замена движений есть, отсутствует; последовательность от одного движения к другому есть, нет; наблюдаются гиперкинезы, саливация, тремор; моторная напряженность; двигательная активность, расторможенность.

**Обследование фонетической стороны речи.**

Обследование произношения звуков.

При выявлении нарушения произношения логопед должен обратить внимание как на произношение согласных звуков, так и на особенности произношения гласных.

В связи с этим при обследовании звукопроизношения особенно важно обратить внимание на то, как ребенок произносит звук в различных фонетических условиях: изолированно, в слогах, в словах, во фразовой речи. Применяются задания, состоящие в многократном повторении одного звука, так как при этом создаются условия, уменьшающие артикуляторное переключение с одного звука на другой. Это дает возможность обнаружить трудности денервации артикуляционного акта, особенно в случаях «стертой» дизартрии.

Для проверки произношения звуков используются специально подобранные предметы и сюжетные картинки, в названии которых должны быть такие слова, где исследуемый звук стоит в начале, в середине и в конце слова. Проверяются следующие группы звуков:

а) гласные: А, О, У, Э, И, Ы;

б) свистящие, шипящие, аффрикаты: С, СЬ, З, ЗЬ, Ц, Ш, Ж, Щ, Ч;

в) сонорные: Р, РЬ, Л, ЛЬ, М, МЬ, Н, НЬ;

г) глухие и звонкие парные: П-Б, Т-Д, К-Г, Ф-В в твердом и мягком звучании (п’-б’, т’-д’, к’-г’, ф’-в’)

При обследовании каждой группы звуков необходимо отметить, как произносится проверяемый звук (изолированно, в слогах, в словах) и как используется он в самостоятельной связной речи.

На основе полученных данных определяется характер нарушения произношения

а) отсутствие звуков (рама – ама);

б) искажение звуков (с – межзубный);

в) замена звуков (ж – заменяется межзубным с; звук ч заменяется ть);

г) смешение звуков (ребенок умеет говорить оба звука, но в речи смешивает их: часы – тясы). На каждого ребенка должен быть составлен протокол обследования произношения. (Приложение №2)

ВЫВОДЫ: произношение звуков нормальное; антропофонический дефект (искажение), фонологический дефект (отсутствие звука, замена, смешение произношения), мономорфное, полиморфное нарушение.

Состояние просодики

1. Голос (тихий, крикливый, сиплый, немодулированный, назализованный, затухающий, нормальный)

2. Темп (очень быстрый, ускоренный, нормальный, замедленный)

3. Мелодико-интонационная сторона речи (выразительная речь, маловыразительная речь, монотонная)

4. Дыхание (нормальное, прерывистое верхнее, шумное; слабый укороченный выдох)

ВЫВОД: просодическая сторона речи нарушена; сформирована с отклонениями; отклонений не имеет.

**Обследование фонематического слуха.**

|  |  |
| --- | --- |
| Содержание задания | Ход выполнения |
| Опознание фонем:  а) подними руку, если услышишь гласный звук О среди других гласных  б) хлопни в ладоши, если услышишь согласный звук К среди других согласных | А, У, Ы, О, У, А, О, Ы, И    П, Н, М, К, Т, Р |
| 2. Различение фонем, близких по способу и месту образования и акустическим признакам:  а) звонких и глухих  б) шипящих и свистящих  в) соноров | П-Б, Д-Т, К-Г, Ж-Ш, З-С, В-Ф  С, З, Щ, Ш, Ж, Ч  Р, Л, М, Н |
| 3. Повторить за логопедом слоговой ряд:  а) со звонкими и глухими звуками  б) с шипящими и свистящими  в) с сонорами | ДА-ТА, ТА-ДА-ТА, ДА-ТА-ДА, БА-ПА, ПА-БА-ПА, БА-ПА-БА, ША-ЖА, ЖА-ША-ЖА, ША-ЖА-ША, СА-ЗА-СА, ЗА-СА-ЗА  СА-ША-СА, ШО-СУ-СА, СА-ША-ШУ, СА-ЗА-СА, ША-ША-ЧА, ЗА-ЖА-ЗА, ЖА-ЗА-ЖА  РА-ЛА-ЛА, ЛА-РА-ЛА |
| 4. Выделение исследуемого звука среди слогов  Подними руку, если услышишь слог со звуком «С | ЛА, КА, ША, СО, НЫ, МА, СУ, ЖУ, СЫ, ГА, СИ |
| 5. Выделение исследуемого звука среди слов.  Хлопни в ладоши, когда услышишь слово со звуком «Ж» | ЛУЖА, РУКА, ДОРОГА, ЖИВОТ, МОЛОТОК, ЖУК, КРОВАТЬ, НОЖНИЦЫ |
| 6. Придумай слова со звуком «З» |  |
| 7. Определи, есть ли звук «Ш» в названии картинок | КОЛЕСО, ЯЩИК, СУМКА, ШАПКА, МАШИНА, ЧАЙНИК, ЛЫЖИ, ЦАПЛЯ, ЗВЕЗДА |
| 8. Назови эти картинки и скажи, чем отличаются названия | БОЧКА-ПОЧКА, КОЗА-КОСА, ДОМ-ДЫМ |
| 9. Определи место звука Ч в словах (в начале, середине, конце) | ЧАЙНИК, РУЧКА, МЯЧ |
| 10. Разложи картинки в два ряда: в первый – в первый картинки со звуком С, а во второй со звуком Ш | СОМ, ШАПКА, МАШИНА, КОСА, АВТОБУС, КОШКА, ПЫЛЕСОС, КАРАНДАШ |

ВЫВОДЫ: фонематический слух в норме; недоразвит.

***2.2*** ***АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ ФОНЕТИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ***

Для изучения речевого развития младших школьников с задержкой психического развития было проведено исследование.

Исследование проводилось на базе средней общеобразовательной (коррекционной) школы 7 вида №5 г Асбеста.

Цель первичной диагностики: изучение особенностей фонетической стороны речи младших школьников с ЗПР.

В данной работе также были поставлены практические задачи, которые необходимы для того, чтобы выявить особенности речевого развития данной категории детей.

Практические задачи звучат следующем образом:

* Изучить особенности речевого развития младших школьников с ЗПР
* Выявить характерные нарушения речи у младших школьников с ЗПР

Для решения практических задач была создана выборка. В нее вошли дети младшего школьного возраста с задержкой психического развития. Состав выборки однородный по своему составу это дети одной возрастной категории, то есть дети 7-8 лет; в эксперименте принимали участие и девочки и мальчики в количестве 20 человек.

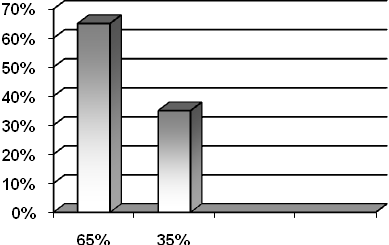
Учащиеся, обучающиеся в этих классах, имеют за­держку психического развития органического генеза, что подтверждено справками городской психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК). Обследование проводилось по вышеописанным методикам, результаты отражены в речевых кар­тах.

Диагностическая работа проводилась в двух классах по методике описанной выше. Результаты получились следующие:

Для обработки результата была использована гистограмма, которая показывает, как распределились результаты в процентном соотношении.

Гистограмма 1

Распределение испытуемых (в процентах) в зависимости от анамнеза развития.



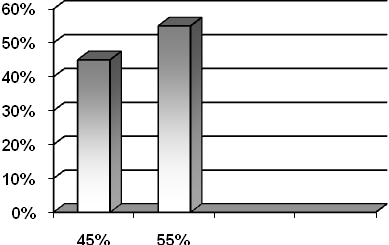
35% (7 человек) - анамнез отягощен;

65% (13 человек) - анамнез нормальный (не отягощен)

Из данной гистограммы видно, у какого количества испытуемых был отягощен анамнез (родовые травмы, педагогическая запущенность и.т.д.) это количество составляет 35%, и все таки важно отметить, что у большинства это 65% анамнез все таки нормальный.

Гистограмма 2

Распределение испытуемых в зависимости от состояния общей моторики



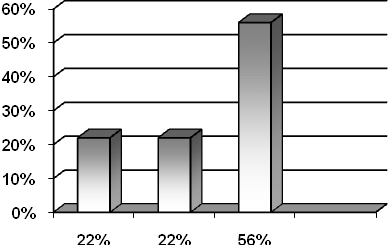
45% (9 человек) – имеют нарушение общей моторики;

55% (11 человек) – нормальное состояние общей моторики.

Из данной гистограммы видно, что состояние общей моторики также у некоторых учащихся 45% не соответствует норме, что также сказывается на речи учащихся младших классов с задержкой психического развития.

Гистограмма 3

Распределение испытуемых в зависимости от характера нарушения общей моторики



22% (2 человека) – нарушения процесса переключения с одного движения на другое;

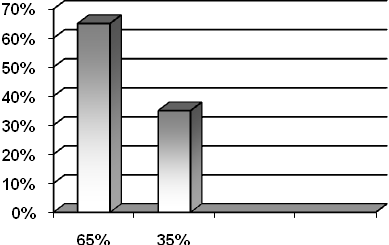
22% (2 человека) – нарушения динамической координации движений;

56% (5 человек) – нарушение пространственной координации (незнание сторон тела, ведущей руки)

Из данной гистограммы видно, что у учащихся из числа имеющих нарушения общей моторики большинство 56% нарушение пространственной организации. Также у учащихся имеются нарушения процесса переключения с одного на другое движение, а также нарушение динамической координации движений.

Гистограмма 4

Распределение испытуемых в зависимости от состояния произвольной моторики пальцев рук



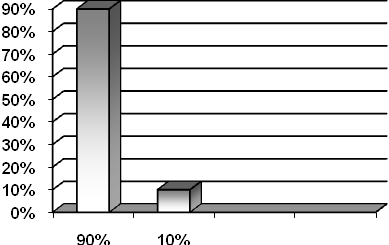
65% (13 человек) – нарушение мелкой моторики;

35% (7 человек) – произвольная моторика пальцев рук не нарушена.

Из данной гистограммы наглядно видно, что у большинства испытуемых 65% выявлено нарушение мелкой моторики, что на прямую связано с развитием речи в обще, а нарушение мелкой моторики может косвенно указывать на наличие нарушение речи.

Гистограмма 5

Распределение испытуемых в зависимости от состояния артикуляционной моторики



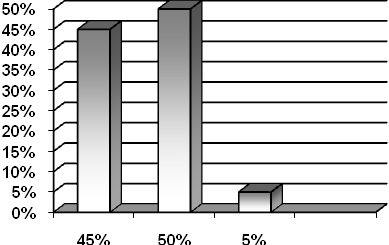
90% (18 человек) – строение артикуляционного аппарата без изменений (не нарушено);

10% (2 человека) – строение артикуляционного аппарата имеет изменения (отклонение)

Из данной гистограммы видно, у большинства 90% строение артикуляционного аппарата не имеет изменения, что свидетельствует о том, что нарушения речи у большинства испытуемых относится к функциональным, и у 10% все таки имеются нарушения строения артикуляционного аппарата.

Гистограмма 6

Распределение испытуемых в зависимости от состояния моторики артикуляционного аппарата



45% (9 человек) – движения артикуляционного аппарата выполнены в полном объеме;

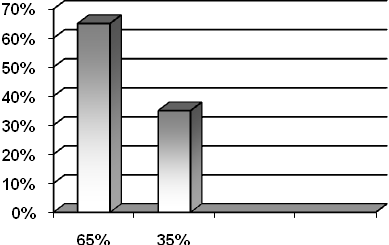
50% (10 человек) – движения артикуляционным аппаратом выполнены в не полном объеме;

5% (1 человек) – движения не выполнены

Из данной гистограммы видно, что 50 % и это большинство, движения артикуляционным аппаратом выполняют в не полном объеме

Гистограмма 7

Распределение испытуемых (процентах) в зависимости от нарушения речи



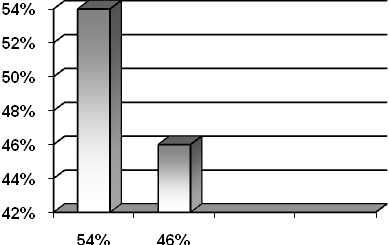
65% (13 человек) – нарушение речи по типу фонетического недоразвития;

35% (7 человек) – речь не нарушена.

Из данной гистограммы видно, что у большинства 65% испытуемых с задержкой психического развития речь нарушена по типу фонетического недоразвития.

Гистограмма 8

Распределение испытуемых в зависимости от характера нарушения произношения речи



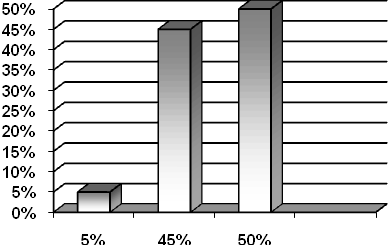
54% (7 человек) – антропофонический дефект (искажение звука);

46%(6 человек) – фонологический дефект (замены звуков)

Большинство учащихся с ЗПР имеют антропофонический дефект (искажение звука)

Гистограмма 9

Распределение испытуемых в зависимости от состояния просодической стороны речи



5% (1 человек) – просодическая сторона речи нарушена;

45% (9 человек) – просодическая сторона речи имеет отклонения;

50% (10 человек) – просодическая сторона речи отклонений не имеет

Гистограмма 10

Распределение испытуемых в зависимости от состояния фонематического слуха



50 % (10 человек) – фонематический слух в норме;

50% (10 человек) – нарушение фонематического слуха

Из данной гистограммы следует, что у половины учащихся имеются нарушения фонематического слуха и это может быть причиной речевых нарушений.

Для коррекционной работы учащиеся с фонетическим недоразвитием речи были разделены на 2 подгруппы контрольная (6 человек), и экспериментальная (7 человек)

Характеристика группы учащихся с фонетическим недоразвитием речи.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ф.И. ребенка | Характер нарушения | Особенности развития психических процессов |
| Вова В. | Фонетическое недоразвитие речи (ФНР) на фоне ЗПР по типу артикуляторно - фонематиче­ской дислалии | наблюдается неустойчивое внимание; часто отвлекается; недостаточный объем запоминания; снижение познавательной активности. Несформированность всех видов мышления (затрудняется в операциях анализа и синтеза - обобщении, сравнении |
| Вера К. | Фонетическое недоразвитие речи (ФНР) на фоне ЗПР по типу артикуляторно - фонематиче­ской дислалии | недостаточный объем запоминания; снижение познавательной активности. |
| Никита У. | Фонетическое недоразвитие речи (ФНР) на фоне ЗПР по типу артикуляторно - фонематиче­ской дислалии | память характеризуется недостаточным объёмом и точностью запо­минания; внимание неустойчивое; наблюдаются трудности в переключении с одного вида деятельности на другой |
| Оксана К. | Фонетическое недоразвитие речи (ФНР) на фоне ЗПР по типу артикуляторно – фонетическая дислалии | несформированность всех видов мышления (затрудняется в операциях анализа и синтеза - обобщении, сравнении, выделении главного признака) |
| Павел М | Фонетическое недоразвитие речи (ФНР) на фоне ЗПР по типу артикуляторно - фонематиче­ской дислалии | недостаточный объем запоминания; снижение познавательной активности.  недостаточность словесно-логического мышления |
| Саша Н. | Фонетическое недоразвитие речи (ФНР) на фоне ЗПР по типу артикуляторно - фонематиче­ской дислалии | недостаточность словесно-логического мышления |
| Сергей К. | Фонетическое недоразвитие речи (ФНР) на фоне ЗПР по типу артикуляторно - фонематиче­ской дислалии | недостаточный объем запоминания; снижение познавательной активности. |

**Вывод:** из результатов диагностики можно сделать следующие выводы, что для большинства детей с ЗПР характерны одни и те же характеристики нарушения речи: речь детей с ЗПР характеризуется нарушением звукопроизносительной стороны, отмечается низкий уровень ориентировки в звуковой действительности речи, трудности дифференциации звуков, а также трудности в овладении звукобуквенным анализом. У всех обследованных учащихся наблюдалась задержка раннего психомо­торного развития, задержка развития речи. Дети соматически ослаблены. Наблюдается недоразвитие ручной моторики Несформированность фонематического восприятия, а также фонематическо­го анализа и синтеза. В картине недоразвития речи на первый план выступает несформированность звуковой ее стороны. Не­достатки речи при этом не ограничиваются неправильным произношением звуков, но выражены недостаточным их различением и затруднением в звуковом анализе речи. Исходя из всего выше сказанного, с данными детьми запланирована индивидуальная, логопедическая работа, направленная на преодоление выявленных нарушений речи.

ГЛАВА 3

КОРРЕКЦИЯ ФОНЕТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ У УЧАЩИХСЯ МЛАДШИХ КЛАССОВ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

***3.1 НАПРАВЛЕНИЯ И СОДЕРЖАНИЕ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПО КОРРЕКЦИИ ФОНЕТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕКОГО РАЗВИТИЯ***

Пояснительная (аналитическая) записка

Речевое развитие является важнейшим аспектом общего психического развития в детском возрасте. Речь неразрывно связана с мышлением. Речь влияет на развитие всей личности в целом, отсюда значимость проведения коррекционных занятий именно со школьниками с задержкой психического развития, потому, что в сравнении со школьниками с сохранным интеллектом, речь школьников с ЗПР у большинства имеет те или иные нарушения что, в свою очередь сказывается на общем психическом развитии.

Специально организованный коррекционный процесс предусматривает устранение у учащихся с ЗПР младших классов различных нарушений речи, в том числе и фонетических.

Цель коррекционной программы: коррекция фонетических нарушений речи у младших школьников с задержкой психического развития.

Задачи:

* Стимулирование и активизация речевого процесса, и формирование нормальных речевых механизмов.
* Постановка нарушенных звуков;
* Автоматизация нарушенных звуков;
* Дифференциация нарушенных звуков;
* развивать память, внимание, произвольное восприятие.

Вся работа с младшими школьниками с задержкой психического развития будет опираться на три основные блока:

- Диагностический блок предполагает проведение логопедического обследования.

- Коррекционно - развивающий блок, который включает проведение индивидуальных логопедических занятий.

- Контрольный блок предполагает проведение повторного логопедического обследования, с целью определения эффективности коррекционной программы.

Занятие будет проводиться в группе с младшими школьниками имеющих задержку психического развития в количестве 7 человек, возраст которых составляет 7-8 лет.

Коррекционная программа включает провидение 20 занятий. Занятия групповые и индивидуальные, два раза в неделю, продолжительность индивидуальных занятий составляет 20 - 25 минут, групповых 40 минут. Занятия должны проводиться в кабинете логопеда или в другом подходящем помещении школы.

Работа по коррекции звукопроизношения строится сле­дующим образом:

1. Подготовительный этап. Он включает в себя - артикуляционную гимнастику, пальчиковую гимнастику, фонетическую зарядку.

2. Постановка звуков.

3. Автоматизация звуков в слогах, словах, предложениях.

4. Дифференциация звуков

Структура занятия:

- организационный момент (мотивация на занятие)

- основная часть

- заключительная часть.

По времени организационный момент имеет продолжительность 10 минут, основная часть 20-25 минут, и заключительная 5-10 минут.

На каждом занятии используются игры на развитие основных психических (познавательных) процессов, что обеспечивает комплексность педагогического процесса.

Для преодоления каждого речевого расстройства применяются свои методы, соответствующие особенностям происхождения и проявления этих нарушений. Но вместе с тем, все применяемые в логопедии методы построены на основе несколь­ких основополагающих принципов, соблюдение которых необходимо в процессе преодоления любого нарушения речи, в том числе и фонетического не­доразвития речи у младших школьников с задержкой психического развития.

Принципы логопедической работы - это общие исходные положения, которые определяют деятельность логопеда и детей в процессе коррекции нарушений речи.

Логопедическое воздействие представляет собой педагогический процесс, в ко­тором реализуется задачи корригирующего обучения и воспитания. В процессе ор­ганизации корригирующего обучения большое значение придается общедидактиче­ским принципам: воспитывающего характера обучения, научности, систематичности, последовательности, доступности, наглядности, сознательности и активности, проч­ности, индивидуального подхода.

Логопедическое воздействие опирается и на специальные принципы: этиопато - генетический (учета этиологии и механизмов речевого нарушения), системности и учета структуры речевого нарушения, комплексности, дифференцированного подхо­да, поэтапности, развития, онтогенетический, учета личностных особенностей, деятельностного подхода, использования обходного пути, формирование речевых на­выков в условиях естественного речевого общения.

При устранении речевых нарушений необходимо учитывать совокупность этио­логических факторов, обусловливающих их возникновение. Это внешние, внутрен­ние, биологические и социально-психологические факторы.

*Специфика логопедической работы с детьми с задержкой психического разви­тия*, с одной стороны, обусловлена характером задержки психического развития, прежде всего снижением уровня аналитико-синтетической деятельности, с другой - особенностями речевого развития (а именно, задержкой речевого развития) и струк­турой речевого дефекта.

Можно выделить следующие особенности логопедической работы с детьми, имеющими задержку психического развития:

1. В связи с тем, что у детей с ЗПР на первый план выступает задержка в раз­витии всех психических функций, весь процесс логопедической работы должен быть направлен на формирование и развитие памяти, внимания, на развитие познава­тельной деятельности - мыслительных операций анализа, синтеза, сравнения, абстрагирования, обобщения.

2. Особенностями логопедической работы с детьми с ЗПР является макси­мальное включение анализаторов, использование максимальной и разнообразной наглядности.

В работе с такими детьми необходимо использовать схемы, речевые профили звуков, разрезную азбуку, игры, карточки, игровые упражнения и игры, технические средства обучения.

3. Важное значение имеет дифференцированный подход, который предпола­гает учет особенностей высшей нервной деятельности (например, преобладание процесса возбуждения или процесса торможения): психические особенности ребен­ка, его работоспособность, особенность моторного развития, уровень несформированности речи, симптоматику речевых расстройств, их механизмы и т.д.

4. коррекцию нарушений речи (особенно нарушений звукопроизношения) необходимо увязать с общим моторным развитием и преимущественно тонкой ручной моторики ребенка с задержкой психического разви­тия. Учитывая тесную связь ручной и артикуляционной моторики, в логопедические занятия необходимо включать упражнения для развития тонких движений рук, эле­менты логопедической ритмики.

5. Содержание логопедической работы должно находится в соответствии с программой обучения грамоте для детей с задержкой психического развития. В про­цессе логопедической работы осуществляется коррекция нарушений устной и пись­менной речи, закрепляются правильные речевые навыки, формируется практический уровень усвоения языка. Сформированность практического уровня владения языком является необходимым условием для изучения языковых явлений и законо­мерностей овладения знаний о языке.

Таким образом, логопедическая работа долж­на подготавливать детей к усвоению программы по русскому языку. Этот факт обу­словливает необходимость строить содержание логопедической работы с детьми, имеющими задержку психического развития, с учетом программы по русскому языку в данном классе. При этом цели и задачи логопедической работы (практическое ов­ладение языком), иные, чем цели и задачи уроков русского языка (осознание и ана­лиз языковых явлений).

Учитывая быструю утомляемость детей с ЗПР, а также неустойчивость вни­мания, необходимо проводить частую смену видов деятельности, переключение де­тей с одной формы работы на другую.

Специфика познавательной деятельности детей с задержкой психического развития такова, что необходимо постепенное усложнение заданий и материала от простого к сложному, любая сложная задача должна быть разложена на простые со­ставляющие.

При проведении логопедических занятий необходимо ясное понимание ре­бенком цели занятия. Поэтому необходимо излагать цели занятия ребенку конкрет­но и в доступной форме.

Для эффективного усвоения материала на занятиях с детьми, имеющими ЗПР необходим определенный, не слишком быстрый темп работы. Каждое задание и каждая тема отрабатывается до полного усвоения каждым учеником.

В связи с тем, что нарушения речи у детей с ЗПР носят стойкий характер, логопедическая работа с ними осуществляется в более длительные сроки, чем ра­бота с нормально развивающимися детьми.

Несформированность контроля, слабость волевых процессов у детей с ЗПР обусловливает необходимость тесной связи работы логопеда, учителя, воспитателя и родителей.

**Тематическое планирование логопедической работы с младшими школьниками с задержкой психического развития**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ф.И. ребенка | Нарушение речи | Направление работы |
| Вова В. | Фонетическое недоразвитие речи (ФНР) на фоне ЗПР по типу артикуляторно - фонематиче­ской дислалии заменяет «ш» на «с», «г» на «к» | Постановка и автоматизация звуков «ш», «г», и дифференциация звуков «ш», «с», «г», «к» |
| Вера К. | Фонетическое недоразвитие речи (ФНР) на фоне ЗПР по типу артикуляторно - фонематиче­ской дислалии заменяет «ш» на «с», «ж» на «з», «щ» на «с’» | Постановка и автоматизация звуков «ш», «г», и дифференциация звуков «ш», «с», «г», «к» |
| Никита У. | Фонетическое недоразвитие речи (ФНР) на фоне ЗПР по типу артикуляторно - фонематиче­ской дислалии заменяет «ш» на «с», «ж» на «з», «щ» на «с’» | Постановка и автоматизация звуков «ш», «г», и дифференциация звуков «ш», «с», «г», «к» |
| Оксана К. | Фонетическое недоразвитие речи (ФНР) на фоне ЗПР по типу артикуляторно – фонетическая дислалии межзубное произношение свистящих | Работа по устранению неправильного звукопроизношения, дифференциация поставленных звуков, уточнение и закрепление правильного произношения отдельных звуков |
| Павел М | Фонетическое недоразвитие речи (ФНР) на фоне ЗПР по типу артикуляторно - фонематиче­ской дислалии замена «р» на «л», «щ» на «ч» | Постановка и автоматизация звуков «р», «щ», и дифференциация звуков «р», «л», «щ», «ч» |
| Саша Н. | Фонетическое недоразвитие речи (ФНР) на фоне ЗПР по типу артикуляторно - фонематиче­ской дислалии замена «д» на «т», «з» на «с», «ж» на «ш» | Постановка и автоматизация звуков «д», «з», «ж» и дифференциация звуков «д», «т», «з», «с», «ж», «ш» |
| Сергей К. | Фонетическое недоразвитие речи (ФНР) на фоне ЗПР по типу артикуляторно - фонематиче­ской дислалии заменяет «ш» на «с», «ж» на «з», «щ» на «с’» | Постановка и автоматизация звуков «ш», «г», и дифференциация звуков «ш», «с», «г», «к» |

**Работа над звукопроизношением** у детей с фонетическим недо­развитием строится следующим образом:

1. Подготовительный этап (включает в себя артикуляционные упражнения, пальчиковую гимнастику).

2. Постановка звуков.

3. Автоматизация звуков в слогах (прямых и обратных), словах, предложениях, введение в самостоятельную связную речь.

4. Дифференциацию звуков.

Постановка звуков проводится общепринятыми в логопедии методами. При этом большое внимание уделяется сознательному закреплению артикуляции звука, что имеет большое значение в развитии аналитико-синтетической деятельности учащихся. Поставленные звуки вводятся в самостоятельную речь. Чтобы лучше отдифференцировать смешиваемые звуки внутри одной группы и создать более проч­ные связи между слуховыми и артикуляционным образом, необходимо сначала нау­чить детей произносить, и различать каждый звук в пределах одной фонетической группы. Упражнения подбираются так, чтобы последовательно отрабатывался каж­дый смешиваемый звук.

**Работа по развитию артикуляторной моторики**

Логопедическая работа по данному разделу осуществляется через систему игр и упражнений, формирующих у детей способность через кинестетические ощущения фиксировать образец произношения посредством уточнения произносительной дифференциации звуков. В процессе коррекционного воздействия устанавливается связь между слуховым восприятием звука, зрительным образом его артикуляторного уклада и двигательным ощущением. Опора на зрительный и слуховой анализаторы, облегчающая воспроизведение требуемого движения или артикуляции, осуществляется на начальных этапах работы, в последующем зрительный и слуховой контроль исключаются, что вызывает необходимость использования детьми только кинестетического самоконтроля. Развитие двигательно-кинестетической функции осуществляется через систему следующих упражнений

а) Упражнения по уточнению кинестетических представлений о положении губ (в зависимости от этапа работы выполнение осуществляется перед зеркалом и без него, при произнесении звуков вслух и беззвучно).

1) Произнести звук И, определить положение губ при артикуляции данного звука.

2) Произнести звук У, определить положение губ при артикуляции данного звука.

3) Произнести со слиянием звуки ИУ, УИ и определить, как изменяется положение губ при артикуляции.

4) Произнести слоги (СИ—СУ, КИ—КУ и др.) и определить изменения в положении губ при их произнесении

5) Произнести слова (утро, мир, Ира, сук и др.) и определить положение губ при произнесении первого (среднего, последнего) звука в слове.

6) Определить по беззвучной артикуляции логопеда произнесенный звук (первый, средний, последний звук в слоге, слове).

б) Упражнения по уточнению кинестетических представлений о положении поднятого и опущенного кончика языка (проводятся также с опорой на зрительно-слуховые представления о звуке и при их исключении).

1) Произнести звук А и определить положение кончика языка при его произнесении.

2) Произнести звук Д и определить положение кончика языка при его произнесении.

3) Произнести слог АД и определить, как изменяется положение кончика языка при его произнесении.

4) Произнести серию слогов АД, ДА и в каждом случае определить изменение положения кончика языка.

5) Произнести слова и определить изменение положения кончика языка (поднят или опущен) при произнесении каждого слова (по первому звуку слова: дом, Аня, дождь, астра и др.).

6) Упражнения по уточнению кинестетических представлений об узком и широком кончике языка.

Работа осуществляется в той же последовательности и теми же приемами, но при этом подбирается пара звуков, при произнесении которых выявляется резкая контрастность положения языка (узкий или широкий).

Коррекционное воздействие по каждой группе рассмотренных выше упражнений проводится в определенной последовательности (выполнение движении перед зеркалом с произнесением звуков, выполнение движений без зеркала с произнесением звуков, выполнение движений без зеркала по беззвучной артикуляции), с использованием различных видов заданий:

1. Чисто артикуляторные упражнения без произнесения звука.

2. Артикуляторные упражнения с произнесением:

а) отдельных звуков,

б) серии звуков.

3. Слоговые упражнения.

4. Словесные упражнения.

**Работа по формированию фонематического восприятия, фонематического анализа и синтеза.**

Система логопедической работы по формированию навыков фонематического анализа и синтеза учитывает онтогенетическую последовательность становления различных форм звукового анализа и синтеза, условия выделения звука (определенное положение звука в слове, особенности произнесения звуковой серии, характер звука, количество звуков в звуковом ряду и т. д.). В связи с указанным выше предусматривается определенная последовательность речевого материала при формировании навыка фонематического анализа и синтеза:

а) ряд гласных звуков (ау, уа, иуа, ауэи и т. д.);

б) слоги без стечения согласных (закрытые: ор, ыс, ах и т. д.; открытые: ро, сы, ха и т. д.);

в) слоги со стечением согласных (урс, кру, ела, пса и т. д.);

г) слова без стечения согласных:

1) односложные (дом, сок, уж, лес и т. д.)

2) двусложные (рука, мама, каша, лужа и т. д.);

д) слова со стечением согласных:

1) двусложные слова со стечением согласных в середине слова (кашка, ручка, мышка, сумка и т. д.);

2) односложные слова со стечением согласных в начале слова (стул, свет, кран, флаг и т. д.);

3) односложные слова со стечением согласных в конце слова (тигр, лист, куст, шарф, кость и т. д.);

4) двусложные слова со стечением согласных в начале слова (трава, книга, крыло, цветы и т. д.);

5) двусложные слова со стечением согласных в начале и середине слова (клумба, крышка, стекло, грабли и т. д.);

6) трехсложные слова (береза, крапива, лодочка, скамейка и т. д.).

Развитие навыков фонематического анализа и синтеза осуществляется постепенно: в начале работы с опорой на материализацию (использование различных вспомогательных средств — графических схем слова, звуковых линеек, фишек), на речевое проговаривание (при назывании слов), на заключительном этапе выполнение заданий происходит на основе представлений без опоры на вспомогательные средства и проговаривание. В процессе работы по данному направлению детям предлагается выполнить следующие задания:

Задания предлагаются в игровой форме, с использованием таких приемов, как придумывание слов, работа с предметными картинками, сигнальными флажками (символами, картинками), опускание при произнесении логопедом последнего (первого) звука в слове и восстановление его детьми с опорой на предметные картинки, работа с фишками, карточками и т. д.

1. Определение первого и последнего звука в слове, найти место звука в слове

2. Придумывание слов на определённый звук.

3. Закончить слово (даётся либо один звук, либо два звука, а дети должны выбрать нужный).

4. Разделить слово на слоги (с помощью отхлопывания слогов).

5. Вставить в слово недостающий слог (в начале или конце слова).

6. Выделение звука на фоне слова.

7. Подобрать слова с определённым количеством звуков.

8. «Какой звук убежал?» (крот - кот, рот; лампа - лапа, и т. д.).

9. Расставить картинки под цифрами 3, 4, 5 в зависимости от количества звуков в их названии. Предварительно картинки называются и т. д

**Развитие мелкой моторики пальцев рук**

Исследованиями института физиологии детей и подростков АПН установлено, что уровень развития речи детей находится в прямой зависимости от степени сформированности тонких движений пальцев рук. Как правило, если движения пальцев развиты в соответствии с возрастом, то и речевое развитие ребенка будет в преде­лах возрастной нормы.

Поэтому тренировка движений пальцев рук является важнейшим фактором, стимулирующим речевое развитие ребенка, способствующим улучшению артикуля­ционной моторики, подготовке кисти руки к письму и, что не менее важно, мощным средством, повышающим работоспособность коры головного мозга.

Используются следующие виды работ, способствующие развитию мелких мышц пальцев и кистей рук:

1. Игры с пальчиками, сопровождающиеся проговариванием чистоговорок, скороговорок, стихотворений, потешек.

2. Специальные упражнения без речевого сопровождения, объединенные в комплекс гимнастики для развития мелкой моторики рук, так называемая пальчиковая гимнастика.

3. Игры и действия с игрушками и предметами: раскладывание пуговиц, пало­чек, зерен, желудей и т.д.; нанизывание бус, бисера, колечек, пуговиц на нитку; при­шивание и застегивание, и расстёгивание пуговиц; собирание мозаики и т.п.

4. Изобразительная деятельность: раскрашивание картинок; обведение конту­ров; штриховка; рисование карандашами и красками различными способами (ки­стью, тампоном, пальцем, свечой и т.д.); разнообразная работа с ножницами; подел­ки из природного материала и т.д.

Работа по развитию кистей рук проводится систематически. Выше описанные направления логопедической работы реализуется на каждом занятии. Конспект логопедического занятия (Приложение 3)

***3.2 АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПО КОРРЕКЦИИ ФОНЕТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ***

После проведенной логопедической работы, для подтверждения её эффективности с младшими школьниками с задержкой психического развития проведено повторное логопедическое обследование. Данное обследование проводилось с двумя группами испытуемых с контрольной группой и экспериментальной. Данные обследования занесены в таблицу для большей наглядности.

Таблица 1

Распределение испытуемых в зависимости от состояния обшей моторики

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Контрольная группа | | | Экспериментальная группа | |
| Нормальное состояние общей моторики | | Нарушение обшей моторики | Нормальное состояние общей моторики | Нарушение обшей моторики |
| 17% (1 человек) | 83% (5 человек) | | 71% (5 человек) | 29% (2 человека) |

Из данной таблицы видно, что у большинства испытуемых экспериментальной группы отмечается нормальное состояние, обшей моторики, в отличие от группы контрольной, где у большинства учащихся наблюдается нарушение общей моторики.

Таблица 2

Распределение испытуемых в зависимости от состояния мелкой моторики

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Контрольная группа | | | Экспериментальная группа | |
| Нарушение мелкой моторики пальцев рук | | Моторика пальцев рук не нарушена | Нарушение мелкой моторики пальцев рук | Моторика пальцев рук не нарушена |
| 17% (1человек) | 83% (5 человек) | | 14 % (1 человек) | 86% (6 человека) |

Из данной таблицы видно, что у большинства испытуемых экспериментальной группы отмечается нормальное состояние, моторики пальцев рук, в отличие от группы контрольной, где у большинства учащихся наблюдается нарушение мелкой моторики.

Таблица 3

Распределение испытуемых в зависимости от состояния моторики артикуляционного аппарата

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Контрольная группа | | | Экспериментальная группа | | |
| Движения выполняются в полном объеме | Движения выполняются в не полном объеме | Движения не выполняются | Движения выполняются в полном объеме | Движения выполняются в не полном объеме | Движения не выполняются |
| 33% (2  человека) | 67% (4 человека) | - | 86% (6 человека) | 14 % (1 человек) | - |

Из данной таблицы видно, что у большинства испытуемых экспериментальной группы движения артикуляционным аппаратом выполняются полностью, в отличие от группы контрольной, где у большинства учащихся эти движения выполняются, но в неполном объеме.

Таблица 4

Обследование фонетической стороны речи младших школьников с ЗПР (экспериментальная группы)

|  |  |
| --- | --- |
| Ф.И ребенка | Результат обследования |
| Вова В. | Звуки, которые были нарушены, поставлены, автоматизированы и введены в самостоятельную речь |
| Вера К. | Изолированно звуки произносится, но не дифференцируются |
| Никита У. | Звуки, которые были нарушены, поставлены, автоматизированы и введены в самостоятельную речь |
| Оксана К. | Звуки, которые были нарушены, поставлены, автоматизированы и введены в самостоятельную речь |
| Павел М | Изолированно звуки произносится, но не дифференцируются |
| Саша Н. | Изолированно звуки произносится, но не дифференцируются |
| Сергей К. | Звуки, которые были нарушены, поставлены, автоматизированы и введены в самостоятельную речь |

Из данной таблицы можно увидеть состояние фонетической стороны речи детей после проведенной логопедической работы, важно отметить, что у большинства детей звуки, которые страдали в начале, сейчас поставлены, автоматизированы и введены в самостоятельную речь.

Таблица 5

Сводная таблица результатов обследования фонетической стороны речи (экспериментальная и контрольная группа)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Контрольная группа | | | Экспериментальная группа | |
| Нарушения речи не выявлены | | Нарушения речи выявлены | Нарушения речи не выявлены | Нарушения речи выявлены |
| - | 100% (6 человек) | | 57 % (4 человек) | 43 % (3 человека) |

Из этой таблицы можно в сравнении увидеть результаты двух групп, тех детей, с которыми проводилась логопедическая работа и результат, что у большинства заметные достижения, и с теми с кем работа не проводилась 100% нарушения речи так остались.

Таблица 6

Распределение испытуемых в зависимости от состояния фонематического слуха

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Контрольная группа | | | Экспериментальная группа | |
| Фонематический слух в норме | | Нарушения фонематического слуха | Фонематический слух в норме | Нарушения фонематического слуха |
| 50% (3 человека) | 50% (3 человека) | | 5 % (4 человек) | 43 % (3 человека) |

Из данной таблицы видно, что у большинства испытуемых экспериментальной группы отмечается нормальное состояние фонематического слуха.

Вывод: Из всего выше сказанного можно сделать вывод, что при правильно спланированной работе можно достигнуть не плохие результаты в работе с детьми, имеющими задержку психического развития.

***ЗАКЛЮЧЕНИЕ***

Полноценная речь является необходимым условием становления и функционирования человека, в частности, его коммуникативных возможностей, лежащих в основе формирования личности.

Речь – одна из центральных, важнейших психических функций, она имеет огромное влияние на развитие ребёнка в целом. Развитие мышления в значительной мере зависит от развития речи. Речь лежит в основе овладения грамотой и всем процессом обучения.

Среди неуспевающих школьников начальных классов большую часть составляют дети с различными отклонениями в развитии речи.

Важнейшей задачей школы на современном этапе является формирование у учащихся потребности к овладению знаниями и способами действий с ними в соответствии с познавательными установками.

В современных условиях, когда объем необходимых человеку и обществу знаний быстро возрастает, уже нельзя ограничиваться лишь освоением определенной суммы знаний: важно развить у учащихся потребность и умение постоянно пополнять свои знания и умения, ориентироваться в стремительном потоке научной и политической информации. Одно из решающих условий этой задачи - хорошо развитая речь каждого человека общества.

Усвоение языка имеет важную роль в познавательной деятельности человека. Школьник не может успешно обучаться по всем предметам без достаточной языковой подготовки, без речевых умений и навыков, особенно важна практическая сторона обучения языку - речь: восприятие и понимание речи взрослых (учащихся ), полноценное, достаточно быстрое и сознательное чтение (не только вслух, но и про себя), а также говорение и письмо, то есть устное и письменное выражение своих знаний, мыслей, чувств.

Речь – основа всякой умственной деятельности, средство коммуникации. Умения учеников сравнивать, классифицировать, систематизировать, обобщать формируются в процессе овладения знаниями через речь и проявляются также в речевой действительности. Логически чёткая доказательная образная речь ученика – показатель его умственного развития.

У большинства младших школьников с задержкой психического развития, как показало исследования, имеются разнообразные нарушения речи, (несформированность фонематического восприятия, а также фонематическо­го анализа и синтеза. В картине недоразвития речи на первый план выступает несформированность звуковой ее стороны. Не­достатки речи при этом не ограничиваются неправильным произношением звуков, но выражены недостаточным их различением и затруднением в звуковом анализе речи), которые не лучшим способом сказывается на усвоение школьной программы.

Специально организованный психологический и педагогический, логопедический процесс предусматривает устранение нарушений речи.

***ЛИТЕРАТУРА***

1. Александрова Т.В. Живые звуки, или Фонетика для дошкольников: Учебно-методическое пособие для логопедов и воспитателей. — СПб.: Детство-пресс, 2005.
2. Баскакина И.В. Логопедические игры. День рождения Р. Рабочая тетрадь для исправления недостатков произношения звука Р / И.В. Баскакина, М.И. Лынская. — М.: Айрис-пресс, 2007.
3. Беккер К.П., Совак М. Логопедия. – М., Медицина, 1981.
4. Богомолова А. И. Нарушение произношения у детей. – М., 1979.
5. Волкова Л.С., Шаховская С.Н. Логопедия, Москва, Владис, 1999.
6. Волкова Г.А. Методика обследования нарушений речи у детей, Санкт-Петербург, РГПИ им. А.И. Герцена, 1993.
7. Воспитание и обучение детей с расстройствами речи. Под ред. С. С. Ляпидевского и В. И. Селиверстова. – М., 1968.
8. Власова Т. А., Певзнер М. С. О детях с отклонениями в развитии. – М., 1973.
9. В помощь директору специальной школы. Под ред. Г. Д. Кузнецова. – М., 1982.
10. Венгер Л.А., Венгер А.Л. Готов ли ваш ребёнок к школе. – М., 1994.
11. Головин Б.Н. О качестве хорошей речи. - Рус. яз. в школе, 1964, №2; 1965, №1.
12. Голубева Г.Г. Коррекция нарушений фонетической стороны речи у дошкольников: Методическое пособие. - СПб. : Издательство РГПУ им. А. И. Герцена: Союз, 2000
13. Громова О.Е. Задержка речевого развития: дизонтогенез или «особый» путь развития речи // Журнал «Логопед», 2007 №3 - с.26-32
14. Дефектология: Словарь-справочник. Под редакцией Б. П. Пузанова – Москва, Новая школа, 1996.
15. Дети с временными задержками развития. Под ред. Т.А. Власовой, - М.,1971.
16. Дети с отклонениями в развитии. Под ред. М.С. Певзнер. – М., 1966.
17. Егорова О.В. Звуки В, ВЬ, Ф, ФЬ. Речевой материал и игры по автоматизации и дифференциации звуков у детей 7 лет. — М.: Издательство "Гном и Д", 2005.
18. Егорова О.В. Звуки М, МЬ, Н, НЬ. Речевой материал и игры по автоматизации и дифференциации звуков у детей 5-7 лет. — М. : «Издательство «Гном и Д», 2005.
19. Егорова О.В. Звуки Т, ТЬ, Д, ДЬ. Речевой материал и игры по автоматизации и дифференциации звуков у детей 5-7 лет. — М.: «Издательство «Гном и Д», 2005.
20. Екжанова Е.А. Системный подход к разработке программы коррекционно – развивающего обучения детей с нарушением интеллекта. // Дефектология. – 1999. - №6 – с.25-29.
21. Ефименкова Л. Н. Формирование речи у дошкольников. – М., 1985.
22. Жукова Н. С., Мастюкова Е. М., Филичева Т. Б. Преодоление задержки речевого развития у дошкольников. – М., 1973.
23. Жукова Н.С. Формирование устной речи. Учеб-метод, пособие. - М.: Соц.-полит. журн., 1994.
24. Забрамная С.Д. Ваш ребёнок учится во вспомогательной школе. – М,. 1993.
25. Зверев И.Д., Максимова В.Н. Межпредметные связи в современной школе. М., 1981.
26. Игры в логопедической работе с детьми. Под ред. В. И. Селиверстова. – М., 1981.
27. Кобзарева Л. Г. Коррекционная работа со школьниками с нерезко выраженным или общим недоразвитием речи на первом этапе обучения: [Практ. пособие] / Л. Г. Кобзарева, М. П. Резунова, Г. Н. Юшина. - Воронеж: Учитель,2001.
28. Коноваленко В.В., Коновалевко С.В. Автоматизация свистящих звуков у детей: дидактический материал для логопедов / Коноваленко В.В., Коноваленко С.В. — М.: Издательство ГНОМ и Д, 2006.
29. Коррекционное обучение как основа личностного развития аномальных дошкольников. Под ред. Л.П.Носковой – М.: Педагогика, 1989.
30. Коррекционная педагогика (Основы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии), под редакцией Б.П.Пузанова, Москва, Академия, 1999.
31. Коноваленко В.В., Коноваленко С.В. Индивидуально-групповая работа по коррек­ции звукопроизношения, Москва, Том-пресс, 1999.
32. Козленко Н.А. Физическое воспитание в системе коррекционно-воспитательной работы вспомогательной школы. // Дефектология. – 1991. - №2 – с.33.
33. Коррекционная роль обучения во вспомогательной школе. Под редакцией Г.М .Дульнева. – Москва, Педагогика, 1971.
34. Коррекционное обучение как основа личностного развития аномальных дошкольников. Под редакцией Л.П.Носковой – Москва, Педагогика, 1989.
35. Кащенко В.П. Педагогическая коррекция. Издание 2-е – Москва 19
36. Комаров К. В. Практические задания по курсу "Методика обучения русскому языку в школе для детей с тяжелыми нарушениями речи". – М., 1983.
37. Логопедия./ Под ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской. – М., 1998. с 112 – 115.
38. Лалаева Р. И. Логопедическая работа в коррекционных классах, Москва, Владос, 1998.
39. Лалаева Р.И., Бенедиктова Л.В. Диагностика и коррекция нарушений чтения и письма у младших школьников, Санкт-Петербург, Союз, 2001.
40. Лапшин В.А., Пузанов Б.П. Основы дефектологии – Москва, Просвещение, 1990.
41. Логопедическое обследование младших школьников-олигофренов с детским церебральным параличом: Методические рекомендации. - Свердл.: пед. ин-т. Свердловск, 1987
42. Малофеев Н.Н. Стратегия и тактика переходного периода в развитии отечественной системы специального образования и государственной помощи детям с особыми проблемами. // Дефектология. – 1997.
43. Методика развития речи на уроках русского языка: Пособие для учителей / Н.Е. Богуславская, В.И. Капинос, А.Ю. Купалова и др. Под ред. Т.А. Ладыженской. - М.: Просвещение, 1980.-240с.
44. Наши дети учатся сочинять и рассказывать: Методическое пособие к Наглядно-дидактическому материалу по развитию воображения и речи детей старшего дошкольного возраста с недоразвитием речи/Авт.-сост.: В.П. Глухов, Ю.А. Труханова. — М: АРКТИ, 2003.
45. Новотворцева Н. В. Рабочая тетрадь по развитию речи на звуки Р и Р’. – М., 1998. – С. 54.
46. Новая иллюстрированная энциклопедия. Кн. 19. – М.: Большая Российская энциклопедия, 2003.- 256 с.- с 10
47. Обучение и воспитание детей во вспомогательной школе / Под ред. В.В. Воронковой. – М., Школа-Пресс, 1994.
48. Образовательные стандарты для специальных школ: отвечаем на вопросы практиков. // Дефектология. – 1997. - №4 – с.43.
49. Основы логопедии с практикумом по звукопроизношению: Учеб. пособие для студ. сред. пед. Учеб. заведений / М.Ф.Фомичева, Т. В. Волосовец, Е. Н. Кутепова и др.; Под ред. Т. В. Волосовец. - М.: Издательский центр «Академия», 2002

50. Основы теории и практики логопедии. (под ред. Р.Е.Левиной – М. 1968

Приложение 1

Речевая карта (образец)

1. Фамилия, имя, отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Домашний адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Заключение психиатра (психоневролога)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Диагноз невропатолога\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Состояние органов слуха и носоглотки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Данные окулиста\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Посещал ли дошкольное учреждение (указать специальное или нет)\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Посещает (посещал ли) школу (специальную или нет), указать класс\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Краткая характеристика ребенка по данным педагогических наблюдений (устойчивость внимания, работоспособность, ориентировка в окружающем, навыки самообслуживания, отношение ребенка к своему речевому дефекту)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Жалобы родственников\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Данные о родителях ребенка (возраст, здоровье родителей, профессия, их социальные условия)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

13. Общий анамнез

а) от какой беременности ребенок\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

б) характер беременности (болезни, травмы, токсикозы, место работы, употребление алкоголя, курение)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в) течение родов (досрочное, срочное, стимулирование, наложение щипцов, асфиксия)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

г) вес и рост при рождении\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

д) на какие сутки был выписан из роддома\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

е) вскармливание (грудное, искусственное)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ё) особенности вскармливания (сосал активно, вяло; не было ли поперхивания, при каком положении головы кормление протекало свободнее, при каком затруднено, уставал ли в период кормления, был беспокойным, как дышал при кормлении, плаче, в покое; как жует и глотает твердую и жидкую пищу) отметить нужное

ж) перенесенные ребенком заболевания, травмы, интоксикации\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

14. Ранее психомоторное развитие\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

а) когда начал различать слуховые и зрительные раздражители, тянуться за игрушками\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

б) когда стал держать голову\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в) когда стал самостоятельно садиться, ходить\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

г) когда появились зубы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

д) поведение ребенка до года (спокойный, беспокойный, как спал)\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

е) появление навыков самообслуживания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

15. Речевой анамнез

а) гуление (время появления, характеристика)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

б) лепет (время появления и его характер)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в) первые слова, фразы (время их появления и характеристика)\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

г) как шло развитие речи (скачкообразно, с перерывами, постепенно, причины и время отклонения в развитии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

д) с какого времени замечено нарушение речи.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

е) речевая среда\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ё) занимался ли с логопедом (с какого возраста и сколько времени, результаты занятий)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ж) характеристика речи в настоящее время (родителями, учителями, воспитателями)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обследование состояний общей моторики\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Исследование произвольной моторики пальцев рук\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обследование артикуляционного аппарата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обследование моторики артикуляционного аппарата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Исследование динамической организации движений артикуляционного аппарата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обследование фонематического слуха\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заключение:

Приложение 2

Обследование фонетической стороны речи

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Исследуемый звук Оптический раздражитель (картинка) Речевая реакция на оптический раздражитель (на картинку) Речевая реакция на акустический раздражитель (воспринимается по слуху) Употребление звуков в собственной речи (по сюжетным картин.) | Оптический раздражитель (картинка) | Речевая реакция на оптический раздражитель (на картинку) | Речевая реакция на акустический раздражитель (воспринимается по слуху) | Употребление звуков в собственной речи (по сюжетным картин.) | Произношение звука | | Характер нарушения звукопроизношения | | | |
| Изолированно | В слогах | Отсутствие звука | Искажение | Замена | Замещение |
| Гласные | | | | | | | | | | |
| А | Аист мак игла |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| У | Утка муха кенгуру |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| О | Осы кот окно |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| И | Ива слива петухи |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ы | Дым мышь грибы |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Согласные | | | | | | | | | | |
| С | Колесо  сосна  нос |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Сь | Сирень письмо гусь |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| З | Замок коза звезда |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Зь | Земляника газета |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ц | Цветок курица огурец |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ш | Шапка кошка мышь |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ж | Жук лыжи лыжник |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ч | Чулок очки ключ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Щ | Щетка ящик плащ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Л | Лодка пила стол бутылка |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ль | Лента будильник туфли |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Р | Рука корова топор трамвай |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Рь | Редиска веревка дверь Редиска веревка дверь Редиска веревка дверь Редиска веревка дверь Редиска веревка дверь Редиска веревка дверь Редиска веревка дверь Редиска веревка дверь |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Б | Бабочка зубы арбуз |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Бь | Белка |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| П | Панама платок сноп |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Пь | Петух ступеньки цепь |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Д | Дом дедушка карандаш |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Г | Голова нога гроза |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Гь | Гитара |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| К | Кукла рука молоток |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Кь | Кепка тапки |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Х | Халат муха хлеб петух |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Хь | Орехи |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| М | Мухомор лампа дом |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Мь | Мяч |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Н | Нож сани лимон |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Нь | Нитки коньки пень |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Вв | Ворона корова гвозди |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Вь | Свинья венок |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ф | Фартук кофта шкаф |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Т | Туфли котлеты кот |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ть | Телевизор утюг |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Йотация | Ящик юбка яблоко юла ежик елка |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ай | трамвай |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ей | лейка |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ья, ье | Ружье платье свинья |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Заключение:

Приложение 3

КОНСПЕКТ ЗАНЯТИЯ

Тема. Дифференциация звуков С - Ш.

Цель: совершенствование фонематического восприятия; развитие целенаправленного слухового внимания и зрительной памяти; развитие логического мышления; четкое артикулирование звуков; расширение словаря детей, практического навыка преобразования слов; отработка практического навыка преобразования слов; развитие мотивации самостоятельной речи; обучение связному рассказу с опорой на картинки и слова.

Оборудование: таблица С-Ш, предметные картинки, разрезные слоги, домики, раздаточный материал для обучения звуковому анализу и синтезу, карточки, схема предложений.

Ход занятия

Организационный момент.

1. Сядет тот, кто запомнит пять-шесть картинок.

Красное Красный Красная Красные

КАШНЕ ШАРФ ШАПКА ШТАНЫ РУБАШКА ШОРТЫ

2. Как назвать все эти предметы одним словом?

Введение в тему.

1. Какой одинаковый звук в словах-признаках?

2. Какой одинаковый звук в словах-предметах?

3. Какие звуки и буквы мы будем сегодня продолжать различать?

Актуализация опорных знаний по теме.

Обобщающая беседа на повторение:

1. характеристика звуков С и Ш;

2. сравнение по артикуляции;

3. сравнение по звучанию;

4. сравнение по написанию.

5. Игра «Назови - не ошибись».

Назвать картинки, выставленные на доске, сначала с С, во второй - со звуком Ш. Картинки: сарафан, шапка, костюм, шорты, бушлат, свитер и т.д.

6. Назовите предметы на карточках по цвету. Даны синий, красный цвета.

7. Измените слова по образцу (устно):

слух - слушать - ты слушаешь;

спешка –

шелест-

Физминутка.

1. Развитие общей моторики.

У лисицы острый нос, (показывают руками, какой у лисы острый нос, и имитируют ее походку)

У нее пушистый хвост. (движение рук в стороны, назад)

Шуба рыжая лисы

Несказанной красоты, («оглаживают» воображаемый хвост, бока, грудь)

2. Развитие мелкой моторики руки

Хлоп, ладошка мы пошлепаем немножко

Вот у нас игра какая

Хлоп, ладошка,

Хлоп, другая!

(хлопок в ладоши; ладони хлопают о ладони товарища;3,4 - перекрестное похлопывание ладонями обеих рук)

Закрепление.

1. Игра «Преобразование слов» (используется «Волшебная коробка»). Дети достают картинку и по инструкции логопеда преобразуют слова-названия. Например: МИСКА - МИШКА, КРЫСА - КРЫША, СТУК-КУСТ и т.д:

2. Полный анализ и шифровка предложения: «Саша услышал смешн(...) историю».

3. Чтение с ускорением потешек с закрытой нижней половиной строчки. Текст второй записать в тетради

МАША СПЕШИТ К ОКОШКУ С ПУШИСТОЙ КОШКОЙ.

ШАШКИ НА СТОЛЕ.

ШИШКИ НА СОСНЕ.

ШАПКОЙ САШКА ШИШКИ СШИБ.

4. Работа над составлением рассказа:

-чтение начала рассказа (на доске даны предложения из слов и картинок);

-составление предложений, продолжающих рассказ по цепочке (каждому ребенку дается конверт со словами и картинками; дети восстанавливают логическую последовательность событий);

- чтение составленных предложений;

- чтение составленного рассказа;

-пересказ составленного рассказа;

-расшифровка рассказа.

Итог

Над чем дети работали на занятии?

Поощрение детей.

Конспект логопедического занятия для младших классов в специальной коррекционной школе 7 вида.

## Тема: Звуки { р } { рь } в словах, словосочетаниях, предложениях.

**Цели:**

* закрепить звук р, р’ в словах, словосочетаниях, предложениях;
* тренировать использование обобщающих слов;
* совершенствовать умения образовывать качественные прилагательные;
* развитие мелкой моторики рук;
* воспитывать навык самоконтроля.

**Оборудование:**

* герои мультфильма “Простоквашино”;
* профили [ р ] [ р’ ];
* телефон;
* зеркала;
* картинки с магазинами (хозяйственный, мебельный, продуктовый, магазин одежды);
* плакат с изображением деревни;
* изографы;
* ребусы.
* Ход занятия

### 1. Организационный момент

– Здравствуйте, ребята! Сегодня у нас необычное занятие, к нам должны прийти гости. Они хотят посмотреть, чему же вы научились, как вы умеете произносить звук [ р ] [ р’ ]. Но где же они?

### 2. Работа с зеркалами, профилями

– А пока повторим перед зеркалами правильное звучание звуков [ р ] [р’ ].

– Упражнения “Маляр”, “Лошадка”, “Болтушка”.

– Ребята, а может вы хотите отправиться в гости? В гости в Простоквашино?

– Хорошо, надо предупредить о нашем приезде…(Звонок).

– Алло, кто это?

– Это кот Матроскин. Ребята, мы приехать не смогли, но очень хотим пригласить вас в гости. Мы любим ребят, которые правильно говорят – вы такие, тогда приезжайте! Но привезите нам …

– Что случилось, что привезти? Связь прервалась, что-нибудь придумаем.

– Так какие звуки мы умеем теперь выговаривать? (р-р’)

– Матроскин будет доволен, так как в именах его друзей есть такие же звуки.

### 3. Развитие фонематических представлений. Произношение звуков(р-р’)в словах

– А каких друзей Матроскина вы знаете?

Дядя Фёдор, Шарик, Телёнок Гаврюша, корова Мурка и сам Матроскин.

– Молодцы, но что же мы им купим, пойдём в магазины.

(На доске вывешивается картинка, с изображением хозяйственного магазина.)

– Что будем покупать? Кастрюлю, самовар. сковороду, кружку, ведро, поварёжку, тарелку.

– Хорошо, а какое время года у нас сейчас? (Зима.)

– Значит, дяде Фёдору нужны тёплые вещи: ***куртка, брюки, варежки, свитер.***

– К весне ему понадобяться: резиновые сапоги.

– К лету: рубашка, шорты, кроссовки.

– А вот и мебельный магазин, что там купим: кровать, кресло, торшер, ковёр, табурет, люстру.

– На чём всё это повезём? На грузовой машине.

– А в продуктовом магазине мы купим: вермишель, макароны, баранки, пирожные, торт, помидоры, огурцы, морковь, редьку. Положим всё это в корзинку.

– Галчёнку возьмём ***крупу***.

– Печкину – ручку, карандаш.

– Шарику – ***фоторужьё***, дяде Фёдору – грабли, трактор.

### 4. Произношение (р-р’) в словах, предложениях

Выставляется деревня Простоквашино и герои.

– Вот наша деревня.

– Давайте поздороваемся! ***Здравствуйте!***

– Самое время отдать подарки нашим друзьям. Будьте добры, возьмите подарки!

(Плакат с вещами: резиновое – деревянное – шерстяное.)

– Как вы думаете, кто что из вещей возьмёт?

**Составление предложений.**

Дядя Фёдор возьмёт деревянный рубанок и т.д.

### 5. Физминутка (развитие мелкой моторики рук)

**Домик:** Дом стоит с трубой и крышей, на балкон гулять я вышел.

**Грабли:** Листья падают в саду, я их граблями смету.

**Корзинка:** В лес корзинку я беру и грибы в неё кладу.

– В каких названиях наших упражнений слышим звук (р)?

### 6. Творческие задания

а) **Изографы:** – Дядя Фёдор хочет с вами поиграть и даёт такое задание.

Отгадайте эти изографы: трактор, страус, вертолёт.

б) **Ребусы:** – А теперь отгадайте ребусы: ***сыр, бор, Вера, врач, тёрка.***

в) **Доскажи словечко, закончи фразу:**

Наша старшая сестра вяжет с самого…(утра).

Среди жирных голубей прыгал тощий… (воробей).

Я сегодня утром рано умывался из-под…( крана).

г) **Чтение стихотворения.**

– К Галчёнку залетела гостья, это ворона. Давайте прочитаем про неё стихотворение:

Учила ворона своих воронят:

***Вороны в лесу вот так говорят:******Кор – кар – кар – картина,******Кор – кар – кар – корзина,******Кор – кар – кар – картошка,******Кор – кар – кар – кормёжка.***

### 7. Итог

– Пора возвращаться домой, дружно скажем: “До свидания, до скорой всречи!”