



МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ГУМАНИТАРНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(ФГБОУ ВО «ЮУрГГПУ»)

ФАКУЛЬТЕТ ИНКЛЮЗИВНОГО И КОРРЕКЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КАФЕДРА СПЕЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКИ, ПСИХОЛОГИИ
И ПРЕДМЕТНЫХ МЕТОДИК

**Предупреждение нарушений речи у детей младшего дошкольного
возраста группы риска**

**Выпускная квалификационная работа по направлению
44.04.03. Специальное (дефектологическое) образование**

Направленность программы магистратуры

«Психолого-педагогическое сопровождение детей с нарушениями речи»

Форма обучения – заочная

Проверка на объем заимствований:

73,62 % авторского текста
Работа рецензия к защите

«20» 11 2020 г.

Зав. кафедрой специальной педагогики,
психологии и предметных методик

Дружинина Л. А.

Выполнила:

Студентка группы ЗФ-306/173-2-1

Агеева Маргарита Алалиевна

Научный руководитель:

канд. пед. н., доцент кафедры

СПШПМ

Шереметьева Шереметьева Елена Викторовна

Челябинск

2020

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	3
1 ПСИХОЛОГО – ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ГРУППЫ РИСКА	8
1.1 Устная речь как феномен и её психофизиологические предпосылки.....	8
1.2 Генез устной речи и ее предпосылки в младшем дошкольном возрасте ...	17
1.3 Сущность патогенеза и возможные факторы риска у детей.....	25
1.4 Дети группы риска как социально-педагогическая проблема.....	32
1.5 Предупреждение как важный этап в системе коррекционной работы ..	41
Выводы по первой главе	46
2 ИЗУЧЕНИЕ РЕЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ГРУППЫ РИСКА	48
2.1 Анализ существующих методик диагностики нарушений речи детей младшего дошкольного возраста группы риска.....	48
2.2 Организация и содержание обследования нарушений речи детей младшего дошкольного возраста группы риска.....	53
Выводы по главе 2.....	69
3 МЕТОДИКА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ НАРУШЕНИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ГРУППЫ РИСКА	70
3.1 Обзор существующих методик предупреждения нарушения речи у детей младшего дошкольного возраста группы риска.....	70
3.2 Модель комплексного предупреждения нарушений речевого развития у детей младшего дошкольного возраста группы риска.....	81
3.3 Анализ результатов эксперимента.....	94
Вывод по третьей главе	107
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	110
Список использованных источников	115
ПРИЛОЖЕНИЯ	

ВВЕДЕНИЕ

Выбор темы данной работы обусловлен следующими положениями, которые указывают на актуальность выбранной темы.

В младшем дошкольном возрасте овладение речью как средством общения представляет собой осевую линию развития ребенка, поскольку меняет его отношение к окружающей среде, выводя из ситуационной зависимости. Речь как система формируется и функционирует в неразрывной связи с развитием сенсорной, сенсомоторной, интеллектуальной, эмоциональной сфер ребенка.

При ежегодном логопедическом обследовании речи детей средних групп, обнаруживаются нарушения речи у 70–80 % обследованных, то есть к 5 годам речь детей не соответствует возрастной норме. А специализированная логопедическая помощь в системе образования оказывается детям с патологией речи после 5 лет, когда речевой дефект уже закрепился. С возрастом теряется возможность пластичного изменения состояния ребенка, ухудшаются условия для компенсации и коррекции.

Особого внимания заслуживают дети группы риска. В настоящее время понятие «дети группы риска» употребляется довольно часто в педагогике и психологии.

Как указано в социальной, психологической, и другой специализированной литературе, принадлежность детей к группе риска обусловлено различной неблагоприятной этнологией, т. е. имеет разные социальные корни.

Основная отличительная особенность детей группы риска заключается в том, что формально, юридически они могут считаться детьми, не требующие особых подходов (у них есть семья, родители, они посещают обычное общеобразовательное учреждение), но фактически в силу причин различного характера, от них не зависящих, эти дети оказываются в ситуации, когда не реализуются в полной мере или вообще

попираются их базовые права, закрепленные Конвенцией ООН о правах ребенка и другими законодательными актами,- право на уровень жизни, необходимый для их полноценного развития, и право на образование. Сами дети своими силами не могут разрешить эти проблемы, в том числе и проблемы языкового общения.

Термин «дети группы риска» входит в педагогическую науку наряду с такими как «педагогическая запущенность», «трудновоспитуемость», «дезадаптированность». Но по своей сути он предполагает более широкое видение проблем детей, так как наряду с педагогическим аспектом затрагивает и социальный. Это позволяет интегрировать педагогическую теорию и практику со знаниями в области философии и социологии как базовых наук, изучающих вопросы общественного развития и развития личности, позволяющих выявить особенности социализации и социальной адаптации ребенка в ситуации риска.

Значимость исследования состоит в том, что адаптированы и разработаны методы логопедической диагностики, позволяющие определять отклонения речевого развития у детей группы риска. Результаты экспериментального исследования могут быть использованы при работе с детьми группы риска.

Отдельные аспекты исследуемой проблемы изложены в современной социальной, логопедической и педагогической литературе.

Речевая система формируется и функционирует в неразрывной связи с развитием сенсорной, сенсомоторной, интеллектуальной, аффективно – волевой сфер ребенка (П.К. Анохин, Л.С Выготский, Н.И Жинкин, В.П. Зинченко и др.). Отклонения в овладении речью затрудняют общение с близкими взрослыми, препятствуют развитию познавательных процессов, отрицательно влияют на формирование самосознания (Р.Е. Левина).

Значительное место в изучении феномена «риск» и его социального аспекта занимают исследования отечественных ученых Л.П. Альгина,

В.И. Зубкова, С.М. Никитина, В.В. Павловой и других. Зарубежные исследования в данной области представлены работами Д. ван дер Верфа, М. Валлаха, Д. Кристенсона, Н. Лумана, А. Стоунера и других. Проблемы отклоняющегося поведения детей и подростков отражены в трудах Н.Н. Верцинской, Ю.В. Гербеева, Э.Г. Костяшкина, Г.П. Медведева, А.И. Невского, Г.М. Потанина, И.П. Прокопьева и других.

Проблемы диагностики отклоняющегося поведения детей решаются в работах С.А. Беличевой, А.С. Белкина, В.М. Обухова, М.И. Шония и других.

Несмотря на многочисленные исследования, границы понятия «дети группы риска» остаются достаточно размытыми, что затрудняет поиск педагогических мер по предупреждению речевых нарушений. Это порождает противоречие между имеющимися теоретическими разработками и меняющимися объективными потребностями социально – педагогической практики.

Цель исследования: разработать и апробировать модель комплексного предупреждения нарушений речевого развития у детей младшего дошкольного возраста.

Объект исследования: нарушения речи у детей младшего дошкольного возраста группы риска.

Предмет исследования: система предупредительной работы, обеспечивающая преодоление нарушений речи у детей младшего дошкольного возраста группы риска.

Задачи исследования:

- 1) проанализировать теоретические аспекты по проблеме исследования;
- 2) выявить особенности речевой системы у детей младшего дошкольного возраста группы риска;
- 3) смоделировать процесс предупреждения нарушений речи у детей младшего дошкольного возраста группы риска в условиях образовательной организации.

Гипотеза исследования основана на том, что неблагоприятные факторы на любом периоде развития ребенка могут оказать или не оказать влияние на речевое развитие, но при применении комплексного подхода к работе с детьми группы риска, то динамика речевого развития ребенка положительна.

Теоретическая значимость диссертационного исследования заключается в уточнении понятийных основ по теме исследования, в обобщении методов обследования речевой системы детей обследуемой категории, в разработке критериев и показателей речевого развития детей младшего дошкольного возраста группы риска, а также в разработке комплексной модели предупреждения речевых нарушений детей младшего дошкольного возраста группы риска.

Практическая значимость исследования заключается в разработке критериев и показателей, выделении предпосылок возможных нарушений в речевой системе детей младшего дошкольного возраста группы риска, апробации комплексной модели по предупреждению речевых нарушений.

Представленные результаты могут быть использованы специалистами дошкольных образовательных учреждений, родителями.

Теоретическая база исследования:

1) концепции, в которых общение рассматривается как важнейший фактор социализации, усвоения ребенком социального опыта, накопленного в процессе исторического развития человечества (Л.С. Выготский, А.В. Запорожец, А.Н. Леонтьев, А.Р. Лурия, В.Н. Мясищев, Д.Б. Эльконин), концепции о «задержке речевого развития» (Н.С. Жукова, Е.М. Мастюкова), речевое развитие детей, которое характеризуется как «группа риска по общему недоразвитию речи» (О.Е. Громова), теории о речевой системе, которая формируется и функционирует в неразрывной связи с развитием сенсорной, сенсомоторной, интеллектуальной, аффективно-волевой сфер ребенка (П.К. Анохин, Н.А. Бернштейн, Л.С. Выготский, Н.И. Жинкин,

В.П. Зинченко и др.), теории о динамике смены периодов речевого развития, которая способствует усвоению новых средств общения. (Л.С. Выготский, Р.Е. Левина, М.И. Лисина А.Р. Лурия); идеи Л.С. Выготского о необходимости социальной компенсации дефекта, динамического и системного подхода к осуществлению коррекционного воздействия с учетом целостности развития личности ребенка; положение об общих и специфических закономерностях психического развития нормально развивающегося ребенка и ребенка с ограниченными возможностями;

2) базовые положения логопедии о характере речевого и психофизического развития детей с речевой патологией (Р.Е. Левина, В.К. Орфинская, Н.Н.Трауготт, Т.Б. Филичева, Ю.Я. Флоренская, М.Е. Хватцев, Н.А. Чевелева, Г.В. Чиркина и др.); работы, актуализирующие коммуникативно-деятельностный подход к коррекции речи при ее недоразвитии (Л.И. Белякова, К.Воробьева, О.Е. Грибова, Л.В. Лопатина, Н.В. Новоторцева, Л.Ф.Спирова);

3) средовой подход в воспитании и обучении, концепция непрерывного развития ребенка в педагогически организованной среде (Ю.С. Мануйлов, В.В. Сериков, В.И. Слободчиков и др.).

Практическая база исследования: МДОУ «Д/С № 8» г. Копейска, 5 детей младшей группы, которые были отобраны по результатам входного обследования с помощью Программного модуля – Диагностика психоречевого развития ребенка (Е.В. Шереметьева), результаты которых составили ниже среднего значения всех обследуемых детей (менее минус 20 баллов).

Методы исследования:

1. Теоретические: анализ психолого-педагогической литературы.
2. Эмпирические: эксперимент (констатирующий), тестирование по методикам.

Структура работы: работа состоит из введения, 3 глав, заключения, списка литературы и приложения.

1 ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ГРУППЫ РИСКА

1.1 Устная речь как феномен и её психофизиологические предпосылки

Устная речь – сложный, многогранный процесс, включающий в себя: фонетическую сторону речи (смыслоразличительные звуки речи); лексико-грамматическую (слова, фразы, сообщения); мелодико-интонационную (интонация, голос, окраска); темпо-ритмическую (темп и ритм речи). На основе устной речи строится и развивается письменная речь [12].

По определению, речь – это исторически сложившаяся форма общения людей посредством языка. У каждого участника речевого общения механизм речи обязательно включает три основных звена: восприятие речи, ее продуцирование и центральное звено, именуемое "внутренней речью". Таким образом, речь является разноэлементным и многозвенным психофизиологическим процессом. Этот процесс основан на работе различных анализаторов (слухового, зрительного, тактильного и двигательного), с помощью которых происходит опознание и порождение речевых сигналов [16].

В специальной литературе немало внимания уделено психологическим механизмам речи, процессам ее формирования.

Нет более совершенного психофизиологического инструмента, чем речь, которую люди используют для обмена мыслями, сообщениями, приказами, переживаниями и т.п.

Способность человека к анализу и синтезу звуков речи тесно связана с развитием фонематического слуха, т.е. слуха, обеспечивающего восприятие и понимание фонем данного языка. В свою очередь речевое

общение опирается на законы конкретного языка, которые диктуют систему фонетических, лексических, грамматических и стилистических правил. Важно подчеркнуть, что речевая деятельность это не только восприятие речевых сигналов и произнесение слов. Полноценное речевое общение предполагает также и понимание речи для установления смысла сообщения [10].

Среди когнитивных процессов речь занимает особое место, поскольку, включаясь в разнообразные познавательные акты (мышление, восприятие, ощущение), она способствует «оречевлению» информации, получаемой человеком.

Однако до сих пор не ясны механизмы того, как один человек материализует свою мысль в поток звуков, а другой, восприняв этот звуковой поток, понимает обращенную к нему мысль. Тем не менее, естественно-научный подход к изучению речи имеет свою историю.

Согласно глубокому указанию И.П. Павлова, течение автоматизированного процесса (динамического стереотипа) отражается в сознании в виде чувства. Это чувство имеет контрольное значение, и за речевым процессом, получившим указанную форму, как за всяким автоматизированным процессом, сохраняется контроль по чувству. По той же причине, (отсутствие в сознании речевого процесса) это чувство нашей активности теперь относится непосредственно к его продукту, и воспринимается как идеальное действие в отношении его, как мысль о нем. В итоге всех этих изменений скрытое речевое действие представляется в самонаблюдении как “чистое мышление”.

Существует несколько концепций усвоения языка. В отечественной науке речь рассматривается как социокультурный феномен, а также с позиций различных отраслей научных знаний: физиологии, психологии, педагогики, психолингвистики.

Развитие речи имеет принципиальное значение для формирования познавательной деятельности ребенка, для становления личности и для полноценного вхождения его в социум.

Среди трудов отечественных ученых, занимающихся вопросами онтогенетического развития речи, следует, прежде всего, назвать исследования Л.С. Выготского, Д.Б. Эльконина, С.Л. Рубинштейна, Ф.А. Сохина, Г.Л. Розенгард-Пупко, Р.М. Боскис и др.

Детская речь - это особый этап онтогенетического развития речи. Первые систематические описания речевого онтогенеза в психологии речи представлены в дневниках, документальных записях А.А. Леонтьева, А.Н. Гвоздева и др.

Исследования детской речи в отечественной психологии и психолингвистике представлены в работах Р.Е. Левиной, А.А. Леонтьева, И.Н. Горелова, Е.И. Исениной, М.М. Кольцовой, Е.С. Кубряковой, М.И. Лисиной, Т.Н. Ушаковой, С.Н. Цейтлин, А.М. Шахнаровича, Д.Б. Эльконина. Базовой теорией речи и речевой деятельности является концепция Л.С. Выготского о развитии речи как специфической деятельности, опосредованной языковыми знаками.

В исследованиях специалистов по лингвистике детской речи определена основная последовательность ее формирования: от стадии лепета до семи лет (А.Н. Гвоздев, Н.И. Лепская, С.Н. Цейтлин, А.М. Шахнарович).

В психолингвистике закономерности формирования речевой деятельности в онтогенезе являются предметом специального исследования; в последнее время, они составили отдельную область этой науки-психолингвистику развития.

Естественнонаучные труды отечественных ученых (И.М. Сеченова, И.П. Павлова, П.К. Анохина, Н.А. Бернштейна и др.) раскрывают сложные физиологические механизмы речи, рассматривают сущность двух

качественно различных уровней развития высшей нервной деятельности человека – первой и второй сигнальных систем и их взаимодействия.

Взаимодействие первой и второй сигнальных систем обеспечивает единство чувственного и абстрактного познания, адекватное взаимодействие людей с окружающим миром и обществом [4].

Вторая сигнальная система связана с функциями специфических речевых зон в коре больших полушарий головного мозга: моторные функции локализуются в задних отделах лобных извилин левого полушария (у правшей) головного мозга (центр Брока), а сенсорная сторона речи обеспечивается функционированием зон в левой задней височной извилине (центр Вернике).

Одной из современных концепций речевого онтогенеза является когнитивная теория усвоения языка, представителями которой являются М.Брауэрман, М.Гринфилд, Е.Кларк. Авторы выдвинули гипотезу «семиотического развития» ребенка как основы когнитивного подхода к трактовке речевого онтогенеза. Проведенные исследования сенсомоторного интеллекта позволили определить характер его влияния на развитие речи ребенка. Приводится анализ когнитивных факторов, способствующих усвоению языка.

Важный вклад в понимание взаимосвязи мышления и речи внес Л.С. Выготский. Автор рассматривает значение слова как центральную категорию онтогенеза речи и мышления. Он указывает на то, что слово содержит все основные свойства, присущие речевому мышлению в целом, так как характеризует предмет или явление, обозначаемое им, обобщенно, и, следовательно, выступает как акт мышления. Но слово – это также средство общения, поэтому оно входит в состав речи [2].

Л.С. Выготский полагает, что генетические корни мышления и речи различны: речь «вырастает» из общения, а мышление – из предметно-практической деятельности. Сначала линии развития мышления и речи

параллельны, а в возрасте около 2-х лет эти линии переплетаются, и речь становится интеллектуализированной, мышление – речевым.

Проблема формирования значений и их репрезентация в языковых формах отражена в исследованиях А.К.Марковой, которая рассматривает развитие речи в разные возрастные периоды по следующим признакам:

- а) новые функции речи, появляющиеся в каждый период;
- б) их связь с ведущей деятельностью данного возраста;
- в) овладение ребенком в рамках этого возраста формами речи – языковыми средствами, обеспечивающими реализацию возникших функций;
- г) осознание ребенком этих функций и форм.

Автор выделяет соотношение функций и форм речи в различные возрастные периоды (младенческий, ранний дошкольный возраст, дошкольный возраст, школьный возраст).

В отечественной науке наиболее признанной является социо-биологическая теория усвоения языка. Согласно этой теории, ребенок, обладая врожденной способностью к символизации (в том числе языковой) и получая от взрослых материал того или иного языка, «перерабатывает» его и по мере развития активно и, в значительной мере, самостоятельно усваивает ряд сменяющих друг друга систем «детского» языка, постепенно приближая их к системе языка взрослых [11].

По определению И.А. Зимней, речевая деятельность представляет собой процесс активного, целенаправленного, опосредованного языком и обусловливаемого ситуацией общения, взаимодействия людей между собой (друг с другом) [8].

Исходя из сказанного, можно сделать вывод, что онтогенез языковой способности представляет собой сложнейшее взаимодействие, с одной стороны, процесса общения взрослых с ребенком, с другой - процесса развития предметной и познавательной деятельности ребенка.

В современной физиологии еще довольно сильна тенденция представлять всякую речевую деятельность как реализацию одних и тех же

физиологических механизмов. Между тем на самом деле речевая деятельность может обеспечиваться разными, принципиально различными механизмами; это зависит от конкретного содержания и целенаправленности того или иного речевого акта.

Порождение или восприятие речи может протекать по законам простейшей рефлекторной деятельности, а речевые стимулы могут быть первосигнальными раздражителями, но не типичны для речевой деятельности. Гораздо более часты случаи, когда при порождении и восприятии речи мы оперируем словами, как «сигналами сигналов» (И. П. Павлов), т. е. производим бессознательный (или сознательный) выбор и отождествление этих слов на основе их значения [6].

Однако физиологическая основа речевой деятельности не исчерпывается и этим. Независимо от того, говорим ли мы о «первосигнальных» или «второсигнальных» раздражителях, в обоих случаях мы остаемся на уровне условно – рефлекторных процессов. При таком понимании любая константная последовательность звуков или слов представляет собой с физиологической точки зрения «динамический стереотип», а речевая деятельность в целом – сложную систему таких стереотипов [6].

По мнению исследователей – физиологов (П. К. Анохин, Н. А. Бернштейн) и психологов (А. Р. Лурия, А. Н. Леонтьев, Д. Н. Узнадзе, в США – Дж. Миллер), такого понимания физиологической основы речевой деятельности недостаточно для ее интерпретации.

Более ста лет назад (1861) П. Брока открыл, что при поражении определенного участка коры головного мозга (задняя треть нижней лобной извилины левого полушария) у больных появляются нарушения речевой артикуляции (произношения). Брока сделал из этого вывод, что этот участок есть «центр моторных образов слов», которые локализуются именно в этой области мозга. Несколько позже (1874) К. Вернике, описав случай нарушения понимания речи при поражении задней трети верхней височной извилины левого полушария, заключил, что в этом участке коры

локализуются «сенсорные образы слов». Эти исследования породили целый ряд аналогичных работ, в результате которых все мыслимые психические функции, связанные с речью, были «распределены» между определенными участками коры, причем эта локализация понималась весьма упрощенно. Как писал в те годы один из физиологов (Т. Мейнерт), «каждое впечатление находит новую, еще не занятую клетку... Впечатления... находят своих носителей, в которых они навсегда сохраняются друг подле друга» [13, С. 122].

Такое упрощенное представление о физиологических механизмах речевой (и вообще психической) деятельности уже в те годы критиковалось Х. Джексоном, выдвинувшим идею «вертикальной» организации психических функций. По Джексону (эти его взгляды сейчас являются общераспространенными), каждая функция, осуществляемая нервной системой, обеспечивается не ограниченной группой клеток, а сложной иерархией уровней физиологической организации нервной системы.

Иными словами, чтобы человек произнес слово, мало активизировать «ответственную» за это (по старым представлениям) группу клеток коры больших полушарий мозга: в порождении этого слова участвуют различные по природе, структуре и «глубинности» мозговые механизмы, причем эти механизмы будут различаться в зависимости от того, произносится ли слово, например, произвольно или автоматически [8].

Такая точка зрения получила развитие в работах советского физиолога П. К. Анохина, которому принадлежит разработка понятия «функциональная система». Согласно этому понятию, сложные формы психической деятельности обеспечиваются специфическим физиологическим механизмом, представляющим собой сложное взаимодействие звеньев, расположенных на различных уровнях нервной системы, причем при тождестве решаемой задачи номенклатура конкретных звеньев, входящих в функциональную систему, может меняться в довольно широких пределах (чем объясняется возможность частичного, а иногда и

полного восстановления нарушенных психических функций у больных с поражениями определенных участков коры головного мозга).

Особенно много занимался подобными системами (на материале регуляции движений) Н.А. Бернштейн. Он выдвинул концепцию функциональной физиологической системы как системы саморегулирующейся, в которую в качестве одного из звеньев входит прогнозирование будущей ситуации. Эта концепция, находящая параллель в теории «акцептора действия» П. К. Анохина и во взглядах американского психолога Джорджа Миллера, восходит к идее И. П. Павлова о «предупредительной деятельности», или опережающем отражении действительности нервной системой человека.

Под углом зрения исследований П.К. Анохина, Н.А. Бернштейна и др. физиологической основой речевой деятельности является специфическая функциональная система или, точнее, сложная совокупность нескольких функциональных систем, часть которых специализирована, а часть «обслуживает» и другие виды деятельности. Эта организация является многочленной и многоуровневой. В обеспечении речевых процессов принимают участие как элементарнейшие физиологические механизмы типа стимул – реакция (исследованные американским психологом Б. Скиннером, который, однако, придает им преувеличенное значение), так и механизмы специфические, имеющие иерархическое строение и характерные исключительно для высших форм речевой деятельности (например, механизм внутреннего программирования речевого высказывания).

Основными компонентами речевой организации названы следующие. Во-первых, механизм мотивации и вероятностного прогнозирования речевого действия, в принципе общий речевой деятельности и другим видам деятельности. Во-вторых, механизм программирования речевого высказывания.

Как показывают исследования процессов, объединяемых под условным названием «внутренней речи», прежде, чем построить высказывание, мы при помощи особого кода (по Н. И. Жинкину «предметно – изобразительного», т. е. представлений, образов и схем) строим его «костяк», соединяя с единицами такого плана, или программы, основное содержание предложения, всегда известное нам заранее.

В-третьих, группа механизмов, связанных с переходом от плана (программы) к грамматической (синтаксической) структуре предложения; сюда относятся механизм грамматического прогнозирования синтаксической конструкции, механизм, обеспечивающий запоминание, хранение и реализацию синтаксически релевантных грамматических характеристик слов, механизм перехода от одного типа конструкции к другому типу (трансформации), механизм развертывания элементов программы в грамматические конструкции (по принципу так называемого «дерева непосредственно составляющих») и т. д.

В-четвертых, это механизмы, обеспечивающие поиск нужного слова по семантическим и звуковым признакам. В-пятых, механизм моторного программирования синтагмы, в последнее время детально исследованный в лаборатории Л. А. Чистович (Институт физиологии АН СССР в Ленинграде). В-шестых, механизмы выбора звуков речи и перехода от моторной программы к ее «заполнению» звуками. Наконец, в-седьмых, механизмы, обеспечивающие реальное осуществление звучания речи.

Таким образом, устная речь – это сложноорганизованный, многоэлементный психофизиологический процесс, основанный на скоординированной работе анализаторов человека.

Как процесс, устная речь имеет следующие психофизиологические предпосылки: правильная координация работы периферического речевого аппарата с работой речевых механизмов мозга, полноценное развитие центральной нервной системы, полноценное развитие периферического речевого аппарата.

1.2 Генез устной речи и ее предпосылки в младшем дошкольном возрасте

Овладение речью – важнейшее условие для успешного обучения в школе, для общения с окружающими, для возможности поделиться своими мыслями, уточнить и пополнить свои знания.

Развитие речи, по определению многих исследователей, это процесс пошагового/постепенного освоения родного языка и умения сделать его средством познания и общения.

Естественнонаучной основой методики развития речи ребенка является неразрывное единство первой и второй сигнальных систем – соотношение наглядного, действенного и словесного. Физиологические исследования подчеркивают важность взаимосвязи слуховых и кинестетических ощущений, идущих от речевых органов в формировании речи [6].

Развитие речи через призму педагогики рассматривается в рамках системного взаимодействия между компонентами речи с целью предвидения эффекта педагогического воздействия не только в коррекционных целях, но в целях предупреждения нарушений в развитии речи [7].

Речь является важнейшей психической функцией человека. Речевое общение создает специфически человеческие способы социального контакта между людьми, благодаря которым развиваются высшие формы познавательной деятельности, коллективного труда. Овладевая речью, ребенок приобретает способность к понятийному мышлению, к обобщенному отражению окружающей действительности, к осознанию, планированию и регуляции своих намерений и действий [16].

Г.В. Чиркина, продолжая научную школу Р.Е. Левиной, подчеркивает, что развитие речи представляет собой процесс постепенного овладения языком в трех аспектах: развитие фонематического слуха и формирование навыков произнесения фонем родного языка; овладение

словарным запасом и правилами синтаксиса; овладение смысловой стороной речи [5].

Наиболее обоснованным представляется мнение Т.Н. Ушаковой о развитии речи как становлении единой сложной системы со взаимозависимыми частями и элементами [15]. Это утверждение согласуется с принципиально важной концепцией Р.Е. Левиной о системности, целостности и динамичности речи. Следовательно, становление детской речи идет сразу по всей вертикали ее структурной иерархии.

Становление речи как функциональной системы характеризуется сложностью звеньевого состава, иерархической организации механизма взаимодействия и взаимовлияния психофизиологических и социальных компонентов.

Речь ребенка формируется под влиянием речи взрослых и в значительной степени зависит от достаточной речевой практики, нормального речевого окружения и от воспитания и обучения, которые начинаются с первых дней его жизни.

Речь не является врожденной способностью, а развивается в процессе онтогенеза параллельно с физическим и умственным развитием ребенка и служит показателем его общего развития.

Онтогенез (от греч. *ontos* - сущее, *genesis* - происхождение, развитие) – индивидуальное развитие организма от момента его зарождения до конца жизни. Группа исследователей детской речи (Т.Б. Филичева, Н.А. Чевелева, Г.В. Чиркина) доказали, что усвоение ребенком родного языка проходит со строгой закономерностью и характеризуется рядом черт, общих для всех детей. Мы согласны с тем, что для того чтобы понять патологию речи, необходимо четко представлять весь путь последовательного речевого развития детей в норме, знать закономерности этого процесса и условия, от которых зависит его успешное протекание.

Кроме того, нужно четко представлять каждый этап речевого развития ребенка, каждый «качественный скачок», чтобы вовремя заметить те или иные отклонения в этом процессе.

Знание законов развития речи детей в процессе онтогенеза необходимо и для того, чтобы правильно построить всю коррекционно – воспитательную работу по преодолению речевой патологии.

Возраст до одного года называют периодом доречевого развития, во время которого происходит подготовка к овладению речью. С первых дней жизни ребенок интенсивно подготавливает свой артикуляционно – голосовой аппарат к речи. Вначале звуки, которые он издает, производятся рефлекторно. Уже с момента рождения имеются голосовые реакции – крик и плач. Эти звуки еще очень далеки от человеческой речи. Но этими сигналами ребенок сообщает, что ему плохо, он голоден, болен. Во время крика и плача происходит тренировка трех отделов речевого аппарата: дыхательного, голосового и артикуляционного.

К голосовым реакциям новорожденного также относят кашель, чиханье, звуки при сосании, зевании. Временами новорожденный издает отдельные гортанные звуки, средние между «а» и «э».

Постепенно устанавливаются ассоциации, ребенок вслушивается в свою речь и речь окружающих. Слуховое восприятие речи весьма специфично, оно присуще лишь человеческому уху. С 1-го месяца малыш успокаивается, когда слышит колыбельную песню.

Повышенный интерес к человеческой речи в виде реакции сосредоточения появляется на 4 - 5 неделях. Когда взрослый наклоняется над ребенком, ласково разговаривает с ним, он перестает плакать и двигаться, «прислушивается». В 5-8 недель в ответ на речь взрослого ребенок улыбается, причем в 5-6 недель это будет реакция «ротового внимания» (он замирает, по круговой мышце рта прокатывается едва заметная волна сокращений, отчего губы слегка выпячиваются вперед), с 8 недель – настоящая улыбка, к 9-12 неделям появляется смех.

Начиная с 6-8 недели в ответ на попытку взрослого вступить в контакт малыш произносит отдельные гортанные звуки – гуканье (начальное гуление). Истинное гуление (или певучее гуление) появляется на 2-3-м месяце. Ребенок, находясь в спокойном состоянии, издает протяжные гласные звуки. К 5-6 месяцу характер звуков усложняется.

Ребенок неустанно упражняет свой артикуляционно-голосовой аппарат, воспроизводя ряд звуков и их сочетания. Появляются сочетания: «бааа, мааа», «тааа, пааа». Наблюдая за ребенком, можно отметить, что в момент произнесения звуков он притормаживает голосовые движения, как бы прислушиваясь и подражая самому себе, произносит звуки в виде цепочек. Самоподражание в гулении – новое качественное приобретение в психомоторном развитии ребенка.

Примерно к 5-му месяцу жизни звуко- и слогапроизнесение начинают приобретать некоторое подобие слов, формируется просодическая сторона речи, в частности ее интонационность. К 5-6 месяцам гуление постепенно переходит в ясные и четкие речевые звуки, появляется лепетная речь. Первый лепет состоит из коротких цепочек слогов: ба-ба-ба, ма-ма-ма. Такие лепетные цепочки родители порой принимают за осмысленную речь, но это, конечно, еще не слова.

К 9 месяцам лепет обогащается новыми звуками, интонациями, перерастает в длинные ряды слогов. Лепет становится постоянным ответом на голосовое обращение взрослого и сопровождает различные действия с предметами и игрушками.

В 9 месяцев ребенок демонстрирует понимание обращенной речи, реагирует на свое имя, воспринимает некоторые простые словесные инструкции и отвечает на них действием («открой рот», «дай ручку», прижимаются щекой к матери на просьбу «поцелуй маму», поднимают голову и глаза к лампе на вопрос «где огонек?», ищут спрятанную у них на глазах игрушку), при слове «нельзя» перестают тянуться к какому – либо предмету, или прекращают тянуть его в рот.

Для детей 9-10 месяцев характерен активный лепет, состоящий из 4 - 5 слогов и более.

Ребенок эхоталитично повторяет за взрослым новые слоги, которые сам ранее не произносил, хорошо копирует интонацию, воспроизводит мелодическую схему знакомых фраз, приветствий, с удовольствием произносит различные восклицания и междометия, сопровождая их выразительной мимикой и жестами.

Сначала малыш начинает различать интонацию, затем слова, обозначающие предметы и действия. К 9-10 месяцам он произносит отдельные слова, состоящие из одинаковых парных слогов (мама, папа).

Ребенок 11-12 месяцев все чаще обращает внимание на лицо говорящего, начинает кивать головой в знак утверждения и качать ею в знак отрицания. Эти жесты он употребляет как ответ на некоторые вопросы взрослого. Слоги, входящие в лепет, становятся составными частями слов: ма-ма-ма – «мама». У ребенка вырабатывается речевая реакция при виде определенного предмета, то есть для обозначения конкретного предмета он начинает использовать звуковые сочетания, например: машина – «би-би» и др. Одновременно с этим у детей этого возраста обычно проявляется новый интерес – рассматривание книг с картинками. Узнавая на картинках знакомые предметы или показывая их по просьбе взрослого, дети обозначают их лепетными словами.

К году словарь обычно достигает 8-10, а иногда и большего количества слов (баба, киса, му, бэ и др.), которые имеют конкретное значение. К 1 году ребенок понимает и выполняет 5-10 простых инструкций: «принеси то-то», «закрой дверь», «дай чашку» и др.

Таким образом, на первом году жизни у ребенка происходит подготовка речевого аппарата к произношению звуков. Одновременно идет активный процесс развития понимания речи, формируется импрессивная речь. Таковы основные события до речевого периода.

На втором году жизни происходит постепенное увеличение словарного запаса, при этом слова и звукосочетания уже становятся средством речевого общения, то есть формируется экспрессивная речь. Ребенок учится оперировать словами – усложняет их, пробует различные сочетания, овладевает фразой, логико-грамматическими построениями. Однако активному произнесению слов предшествует развитие понимания речи, поэтому количество слов, которые ребенок понимает (пассивный словарь), больше количества слов, которые он может произнести (активный словарь).

Таким образом, важным показателем развития устной речи до полутора-двух лет является не столько собственно произношение, сколько понимание обращенной речи. Ребенок должен внимательно и с интересом слушать взрослых, хорошо понимать обращенную речь, узнавать названия многих вещей и картинок, выполнять простые бытовые просьбы – инструкции.

Появление первых осмысленных и членораздельных слов является важной вехой в развитии ребенка. Теперь дети могут строить однословные, а к полутора – двум годам – и двухсловные предложения, стараясь сообщить в них то, что взрослые передают с помощью полных фраз.

Однословные фразы появляются у годовалых детей, когда они хотят назвать то, что видят в окружающем мире, или выразить какие – то свои желания.

Соответственно, однословные фразы состоят из существительных или глаголов.

Одновременно с развитием речевых умений и навыков происходит быстрое накопление словаря. Хотя девочки в среднем начинают говорить раньше мальчиков, различия между ними стираются в возрасте старше двух лет. К двум годам активный словарь у нормально развивающихся детей насчитывает 250-300 слов. Быстрое увеличение запаса слов не

позволяет ребенку уточнять произношение каждого слова, поэтому нередко отдельные звуки и слова произносятся неправильно. Чем младше ребенок, тем меньше он способен анализировать свое произношение. Кроме того, детей больше привлекает содержание речи, ее интонации и выразительность. Поэтому недостатков произношения они не замечают.

Темп развития речи и расширения словарного запаса в немалой степени зависит от того, сколько времени родители и другие взрослые уделяют общению с ребенком. Взрослые должны внимательно вслушиваться в речь малыша и повторять правильно те слова, которые он искажает. Воспроизводя звуки и слова по подражанию, ребенок постепенно исправляет свою речь.

В словаре ребенка полутора-двух лет преобладают существительные (имена, названия игрушек, знакомых предметов домашней обстановки, одежды, животных и частей тела).

Начинают появляться глаголы (дай, иди). Практически за два года ребенок овладевает навыками речи и языком, приучает свой акустический, артикуляционно-голосовой и дыхательный аппараты к речеобразованию в определенной языковой системе. Присутствие глаголов очень важно для развития речи, потому что только при их наличии развивается фразовая речь. Наряду с существительными и глаголами ребенок должен понимать и употреблять несколько прилагательных, то есть выделять словом признаки предметов (большой – маленький). Идет процесс формирования фразовой речи. Сначала это простые фразы из двух, а затем и трех слов.

К концу второго года жизни речь приобретает обобщающее значение. Ребенок должен употреблять простые фразы (пока еще без предлогов, падежных окончаний, без согласования слов между собой).

Исследователи выделяют разное количество этапов в становлении речи детей, по-разному их называют, указывают различные возрастные

границы каждого. Например, А.Н. Гвоздев [6] прослеживает последовательность появления в речи ребенка различных частей речи, словосочетаний, разных видов предложений и на этой основе выделяет ряд периодов.

Нам кажется обоснованной точка зрения А.Н. Леонтьева [18], который устанавливает четыре этапа в становлении речи детей:

1-ый - подготовительный - до одного года;

2-й - преддошкольный этап первоначального овладения языком – до 3 лет;

3-й - дошкольный - до 7 лет;

4-й - школьный.

Для того чтобы процесс речевого развития детей протекал своевременно и правильно, необходимы определенные условия [36]. Так, ребенок должен:

- быть психически и соматически здоровым,
- иметь нормальные умственные способности,
- иметь нормальный слух и зрение,
- обладать достаточной психической активностью,
- обладать потребностью в речевом общении,
- иметь полноценное речевое окружение.

Таким образом, генез устной речи представляет собой комплексный динамический процесс последовательных этапов развития речевой функции, строящийся на формировании слухового и зрительного анализаторов, центрального и периферического речевого аппарата, на который оказывают или могут оказывать влияние эндогенные и экзогенные факторы.

1.3 Сущность патогенеза и возможные факторы риска у детей

Под механизмом нарушения речи понимается характер отклонений в функционировании процессов и операций, обуславливающих возникновение и развитие нарушений речевой деятельности.

Патогенез нарушений речи – это патологический механизм, обуславливающий возникновение и развитие нарушений речевой деятельности [11].

Под структурой речевого дефекта понимается совокупность (состав) речевых и неречевых симптомов данного нарушения речи и характер их связей. В структуре речевого дефекта выделяется первичное, ведущее нарушение (ядро) и вторичные дефекты, которые находятся в причинно-следственных отношениях с первыми, а также системные последствия. Различная структура речевого дефекта находит свое отражение в определенном соотношении первичных и вторичных симптомов, что во многом определяет специфику целенаправленного логопедического воздействия.

Патогенез нарушения речи – совокупность патологических процессов, обуславливающих появление и развитие дефектов речи. Структура речевого дефекта – это группа речевых и неречевых симптомов одного из видов нарушения речи и свойства их связей.

Структура речевого дефекта имеет составляющие части:

- 1) первичное главное нарушение;
- 2) вторичные нарушения, которые тесно связаны с первичными причинно следственными отношениями;
- 3) последствия нарушений [5].

Разные структуры речевого дефекта связаны с различным соотношением между первичными и вторичными нарушениями.

В настоящее время в логопедии существуют две классификации речевых нарушений — клинико-педагогическая и психолого-

педагогическая (педагогическая, по Р.Е. Левиной). Эти классификации разработаны преимущественно по отношению к первичному нарушению речи у детей, т. е. по отношению к детям, у которых нет нарушений слуха и интеллекта.

Все виды речевых нарушений, рассматриваемых в клинико-педагогической классификации, можно разделить на две большие группы: нарушения устной речи и нарушения письменной речи.

Нарушения устной речи, в свою очередь, могут быть разделены на два типа:

- 1) нарушения фонационного (внешнего) оформления произносительной стороны речи;
- 2) структурно-семантического (внутреннего) системного или полиморфного нарушения речи.

Среди факторов, способствующих возникновению речевых нарушений у детей, различают неблагоприятные внешние (экзогенные) и внутренние (эндогенные) факторы, а также внешние условия окружающей среды.

При рассмотрении многообразных причин речевой патологии применяют эволюционно-динамический подход, который заключается в анализе самого процесса возникновения дефекта, учете общих закономерностей аномального развития и закономерностей речевого развития на каждой возрастной стадии (И. М. Сеченов, Л. С. Выготский, В. И. Лубовский).

Необходимо также подвергать специальному изучению условия, окружающие ребенка.

Принцип единства биологического и социального в процессе формирования психических (в том числе и речевых) процессов позволяет определить влияние речевого окружения, общения, эмоционального контакта и других факторов на созревание речевой системы. Примерами неблагоприятного воздействия речевого окружения может служить

недоразвитие речи у слышащих детей, воспитывающихся у глухих родителей, у длительно болеющих и часто госпитализируемых детей, возникновение у ребенка заикания при длительных психотравмирующих ситуациях в семье и др.

У детей дошкольного возраста речь является ранимой функциональной системой и легко подвергается неблагоприятным воздействиям. Можно выделить некоторые виды дефектов речи, которые возникают по подражанию, например дефекты произношения звуков л, р, ускоренный темп речи и др. Наиболее часто страдает речевая функция в критические периоды ее развития, которые создают предрасполагающие условия для «срыва» речи в 1 – 2 г., в 3 г. и в 6 – 7 лет.

Более релевантной в рамках данной работы представляется классификация причин речевой патологии в зависимости от времени воздействия патогенных факторов:

- перинатальную (внутриутробную) патологию;
- натальную (повреждение при родах) патологию;
- постнатальную (воздействие различных неблагоприятных факторов после рождения) патологию.

В перинатальный период развития на организм будущего ребенка могут воздействовать следующие факторы:

- 1) наследственные (генные и хромосомные заболевания);
- 2) гипоксические;
- 3) травматические (внутричерепные кровоизлияния);
- 4) биологические (влияние вирусов, бактерий, простейших);
- 5) заболевания матери во время беременности;
- 6) химические факторы;
- 7) радиоактивное облучение;
- 8) иммунологическая несовместимость;
- 9) социально-психологические затяжные стрессы могут привести в будущем к психосоматической ослабленности ребенка.

В момент родов на плод воздействуют следующие факторы:

- 1) асфиксия (кислородное голодание плода в момент родов);
- 2) травматические (родовая травма – повреждение новорожденного, возникающее в родах, возникает при слабой или чрезмерно сильной родовой деятельности, несоответствии размеров плода и таза роженицы, аномальных предлежаниях плода (лобное, лицевое) акушерско – гинекологическая патология).

В постнатальный период:

- 1) наследственные, проявляющиеся в период становления речи;
- 2) травматические (открытые и закрытые ЧМТ), произошедшие до трехлетнего возраста, при которой пострадали клетки головного мозга, могут быть причиной алалии. Следствием травматизации в дошкольном возрасте может стать детская афазия;
- 3) биологические; наиболее распространенными причинами недоразвития речевой функциональной системы является нейроинфекция в виде менингитов и энцефалитов, вызванная проникновением в организм ребенка разнообразных вирусов. Отсроченным проявлением последствий данных заболеваний является локальное недоразвитие моторной или сенсомоторной функции речи;
- 4) ослабленное соматическое состояние ребенка; комплексное взаимодействие этих факторов может привести к отставанию психоречевого развития;
- 5) социально-психологические; нередко в результате неправильного воспитания в семье, в условиях несемейного воспитания у детей наблюдается психическая депривация, следствием которой может быть речевой негативизм и нарушение коммуникативной функции речи.

Отдельно остановимся на социально-психологических факторах.

Социально-психологические факторы риска связаны главным образом с психической депривацией детей. Отрицательное воздействие на

речевое развитие могут оказывать необходимость усвоения ребенком младшего дошкольного возраста одновременно двух языковых систем, излишняя стимуляция речевого развития ребенка, неадекватный тип воспитания ребенка, педагогическая запущенность, т. е. отсутствие должного внимания к развитию речи ребенка, дефекты речи окружающих. В результате действия этих причин у ребенка могут наблюдаться нарушения развития различных сторон речи [4].

Важную роль М. Е. Хватцев отводил именно социально-психологическим причинам, понимая под ними различные неблагоприятные влияния окружающей среды. Таким образом, им впервые было обосновано понимание этиологии речевых расстройств на основе диалектического подхода к оценке причинно-следственных связей в патологии речи.

Наиболее полный перечень социально-психологических факторов приведен на рисунке 1.

Социально-психологические факторы:

необходимость усвоения двух языковых систем

неадекватный тип воспитания ребенка

излишняя языковая стимуляция/отсутствие языковой стимуляции

педагогическая запущенность

дефекты речи у окружающих/ограниченное речевое окружение

ограничение социальных контактов из-за различных тяжелых заболеваний/длительная госпитализация

отсутствие эмоционально-положительного окружения

сверхшумное окружение

[рисунок составлен автором на основе анализа разных источников]

Рисунок 1 – Социально – психологические факторы речевого развития

Вопрос о роли внешних и внутренних факторов в этиологии речевых расстройств является одним из разделов общей проблемы причинности. Установлена тесная взаимосвязь между этими факторами в возникновении речевой патологии и в формировании ее клинической картины.

В возникновении речевых нарушений большую роль играют и социальные условия, и факторы, способствующие или препятствующие возникновению расстройств речи. Например, при возникновении заикания у ребенка психическая травма рассматривается как внешняя причина. Благоприятными условиями для возникновения заикания могут быть соматическая ослабленность ребенка, его невропатическая конституция (повышенная нервно-психическая возбудимость), остаточные явления

раннего органического поражения центральной нервной системы, возраст и др. В разных случаях один и тот же фактор может играть роль то условия, то причины. Так, в приведенном выше примере возраст ребенка как благоприятствующий возникновению заикания (этап наиболее интенсивного развития речи) в сочетании с конституциональной повышенной нервно – психической возбудимостью может стать причиной возникновения заикания.

Основу для изучения этиологии речевых расстройств составляют эволюционно – динамический подход и принцип диалектического единства биологического и социального в процессе формирования психики. В этом аспекте развитие речевой деятельности ребенка определяется степенью зрелости его центральной нервной системы и в значительной степени зависит от особенностей взаимодействия ребенка с внешним миром.

Таким образом, в настоящее время в отечественной логопедии в обращении находятся две классификации речевых нарушений, одна – клинико-педагогическая, вторая – психолого-педагогическая, или педагогическая (по Р. Е. Левиной).

Названные классификации при различии в типологии и группировке видов речевых нарушений, одни и те же явления рассматривают с разных точек зрения, но они не столько противоречат одна другой, сколько дополняют друг друга, так как ориентированы на решение разных задач единого, но многоаспектного процесса логопедического воздействия.

Клинико – педагогическая классификация опирается на традиционное для логопедии содружество с медициной, но, в отличие от чисто клинической, выделяемые в ней виды речевых нарушений не привязываются строго к формам заболеваний.

В психолого – педагогической классификации не выделяются в качестве самостоятельных нарушений речи нарушения письма и чтения. Они рассматриваются в составе фонетико – фонематического и общего

недоразвития речи как их системные, отсроченные последствия, обусловленные несформированностью фонематических и морфологических обобщений, составляющих один из ведущих признаков. В классификации отражается последовательная опора на принцип системного подхода, на основе которого учитывается два соотношения: соотношение нарушений в системе речевой деятельности и соотношение нарушений как одного из психических процессов с другими сторонами психики ребенка, развитие которых тесно связано с речью.

Рассмотрено многообразие факторов, способствующих возникновению речевых нарушений у детей, различают неблагоприятные внешние (экзогенные) и внутренние (эндогенные) факторы, а также внешние условия окружающей среды.

Особое внимание уделено группе социально-педагогических факторов, так как их преодоление/устранение во многих случаях является возможным к реализации для полноценного речевого развития детей. Такие факторы как, например, наследственные или родовая травма преодолеть значительно труднее, либо невозможно, поэтому исследование социально-психологических факторов – важный этап в комплексной всесторонней работе специалистов ДООУ и семьи.

1.4 Дети группы риска как социально-педагогическая проблема

Понятие «дети группы риска» может считаться сегодня общепринятым, однако существуют различные его трактовки, поэтому оно нуждается в уточнении и развитии.

Дети – социально – демографическая группа населения в возрасте до 18 лет, имеющая специфические потребности и интересы, социально-психологические особенности. Детей можно разделить на две группы: малолетние (до 14 лет) и несовершеннолетние (от 14 до 18 лет) [6].

Категория детей «группы риска» является предметом исследования различных отраслей научного знания, вследствие чего имеет междисциплинарный характер изучения, обуславливающийся сложностью и многогранностью этого явления.

Понятие «группа риска» появилось еще в советский период именно в контексте приоритета общественных интересов. Это понятие позволяло выделять категории людей, семей, поведение которых могло представлять определенную опасность для окружающих и общества в целом, поскольку противоречило общепринятым нормам и правилам.

С другой стороны, эта категория детей рассматривается специалистами, прежде всего, с точки зрения того риска, которому постоянно подвергаются они сами: риска потери жизни, здоровья, нормальных условий для полноценного развития и т.д. [5].

Дети особенно уязвимы и подвержены отрицательным воздействиям в период социального созревания и вхождения в мир взрослых, так как в это время им свойственны неустойчивость психики, несформировавшийся характер, слабая приспособляемость к растущей интенсификации жизни, нервно-психическим перегрузкам и стрессам вкупе с материальной необеспеченностью и зависимостью от старших на фоне стремления к самостоятельности и широких потребительских запросов.

В зависимости от области изучения выделяют множество классификаций детей «группы риска». В психологии, педагогике, социальной педагогике к данной категории детей относят тех, кто испытывает трудности в обучении, психическом развитии, социальной адаптации, взаимоотношениях со взрослыми и сверстниками, социализации в целом.

Осложнение социально-экономических условий жизни населения, воздействие средств массовой информации, распространяющих идеи и ценности, противоречащие установкам на формирование нравственно-экологического общества, обострили проблему «дети группы риска» [2].

Принадлежность детей к группе риска обусловлена различной неблагоприятной этиологией, т.е. имеет разные социальные корни. Это категория детей в силу определенных причин своей жизни более других категории подвержена негативным внешним воздействиям со стороны общества и его криминальных элементов ставшим причиной дезадаптации несовершеннолетних.

Дети «группы риска» – это те дети, которые находятся в критической ситуации под воздействием некоторых нежелательных факторов. Ризику обычно подвергаются дети из-за отсутствия нормальных условий их полноценного развития.

Нежелательными факторами, которые воздействуют на детей с особенностями развития и обуславливают большую вероятность их неблагоприятной социализации, являются физические недостатки, социальная и педагогическая запущенность, и т. п.

В рамках данной работы нам необходимо рассмотреть понятие дети «группы риска» с точки зрения речевого развития.

По мнению некоторых авторов [15], целесообразно на 1-м году выделение групп риска по нарушениям речевого развития. В группу высокого риска должны быть отнесены дети, у которых в первые 3 мес. жизни, в результате углубленного клинико-инструментального обследования были выявлены структурные изменения со стороны головного мозга.

В группу риска должны быть включены недоношенные (особенно с экстремально низкой массой тела), дети с нарушениями со стороны дистантных анализаторов (зрительного и слухового), недостаточностью функций черепных нервов (особенно V, VII, X, XII), дети с задержкой редукции безусловных автоматизмов, длительно сохраняющимися нарушениями мышечного тонуса.

Обязательными этапами динамического неврологического контроля за детьми на 1 – м году жизни являются: 1 мес. жизни (неонатальный

период), 1 – 3 мес. жизни, 3 – 6 мес., 6 – 9 мес., 9 – 12 мес. Оценка неврологического статуса и психомоторного развития на 1-м году должна проводиться по следующим критериям:

- общемозговые симптомы (характер активного бодрствования, наличие и характер судорог),
- состояние черепных нервов,
- общая двигательная активность (поза, объем активных и пассивных движений, мышечный тонус), сухожильные и периостальные рефлексy,
- безусловные (врожденные) рефлексy, степень выраженности и редукция,
- психо – эмоциональные и предречевые реакции.

У детей 1-го месяца жизни среди общемозговых симптомов особого внимания заслуживает длительность и выраженность синдрома угнетения ЦНС. При этом в различной степени нарушаются функции черепных нервов, что клинически проявляется в первую очередь отсутствием безусловных оральных автоматизмов (поискового, хоботкового, сосательного, глотательного) и значительными трудностями при проведении энтерального кормления. Кроме того ранним признаками, отражающими дисфункцию бульбарной группы черепных нервов, можно отнести: отсутствие крика (афония), слабый крик с носовым оттенком, монотонный немодулированный крик. Наличие на фоне угнетения неонатальных судорог, особенно повторных и резистентных к терапии, является клинически значимым признаком раннего органического поражения ЦНС и определяет необходимость проведения углубленного инструментального обследования.

Выявление структурных изменений в головном мозге новорожденных является дополнительным объективным критерием, позволяющим отнести их к группе высокого риска по формированию церебральных параличей и выраженных речевых расстройств.

Возраст 2–3 мес. характеризуется формированием активного гуления, появлением «комплекса оживления», зрительного и слухового сосредоточения, примитивных эмоциональных реакций. В этот период особо значимыми признаками будущих речевых расстройств являются: отсутствие гуления, сохраняющиеся бульбарные нарушения или формирование псевдобульбарных расстройств (оживление рефлексов орального автоматизма, появление спастичности в мышцах языка, затруднения при кормлении), отсутствие реакций фиксации взора и прослеживания за объектом, отсутствие адекватных двигательных и мимических реакций на обращенную речь и ее эмоциональную окраску.

Период 4–6 мес. в норме характеризуется появлением истинного гуления, отличающегося от предыдущего этапа большим разнообразием звуков, интонацией, появлением в конце этого периода сочетания губных звуков с гласными («ба», «па»).

Данный период является начальным этапом перехода от гуления к лепету.

При перинатальных поражениях ЦНС возможно запаздывание данного периода, сочетающееся с задержкой темпов психомоторного развития. У детей снижены коммуникативные функции (зрительное и слуховое сосредоточение, интерес к окружающему), задержано статикомоторное развитие. Гуление и лепет монотонные, тихие, без модуляции и интонаций. При отсутствии нарушений со стороны черепных нервов, зрительного и слухового анализаторов дети должны быть отнесены к группе риска по задержке развития речи.

Кроме выраженной задержки психомоторного иннервации мимических, речевых мышц. Нарастают трофические нарушения в мышцах языка, глотки, проявляющиеся при бульбарных нарушениях как афонией, так и носовымоттенком вокализации (ринофония). При формировании ДЦП наблюдается активация рефлексов оральной группы, которые к этому периоду должны практически угаснуть.

Обнаруживаются такие нарушения, как спастичность мышц рта, языка, неправильное положение языка в полости рта и его гиперкинезы, распространенные оральные синкинезии, которые препятствуют появлению гуления. Дети данной возрастной группы с такими нарушениями относятся к группе высокого риска по формированию тяжелых речевых расстройств (анартрии, алалии, дизартрий).

Следующие периоды речевого развития (6–9 и 9–12 месяцев) характеризуются формированием лепета и к концу 11–12 месяцев – слогов и односложных слов. Лепет является закономерным продолжением истинного гуления и в норме проявляется соединением отдельных артикуляционных движений в линейную последовательность.

Этот этап характеризуется совершенствованием движений губ, языка, мягкого неба, функции дыхания с удлинением произвольного выдоха, ребенок регулирует громкость и высоту голоса в зависимости от ситуации. При общей задержке психомоторного развития без грубых симптомов поражения нервной системы в эти периоды может сохраняться примитивное гуление или рудиментарный лепет в виде однообразия, монотонности голосовых реакций, невозможности произвольного контроля громкости и высоты голоса.

Кроме того, обычно имеет место слабость слуховых реакций (недостаточность слухового внимания, затруднение определения источника звука в пространстве, нарушение дифференцировки восприятия голоса и его тембра). Это является одним из главных факторов в задержке развития понимания обращенной речи. Такие дети входят в группу риска по задержке речевых функций.

У детей, перенесших тяжелое перинатальное поражение ЦНС, к 6–9 месяцам обычно формируются выраженные двигательные нарушения, характерные для разных форм ДЦП, при которых отчетливо проявляются нарушения тонуса в мышцах языка, губ, оральные гиперкинезы, оральные синкинезии. Дети испытывают трудности с жеванием, глотанием,

поперхиваются при еде и питье, не могут пить из чашки. Гуление может рудиментарным или отсутствовать, лепета нет, нарушена синхронизация дыхания и голосовых реакций (если они есть), дыхания и еды. Эти дети составляют группу высокого риска по формированию тяжелых речевых расстройств.

Заслуживает внимания точка зрения некоторых авторов на выделение детей группы риска, которые по своему физическому развитию не отнесены к таковой категории, но могут быть отнесены в одну из следующих категорий:

- 1) дети с проблемами в развитии, не имеющими резко выраженной клинико-патологической характеристики;
- 2) дети, оставшиеся без попечения родителей в силу разных обстоятельств;
- 3) дети из неблагополучных, асоциальных семей;
- 4) дети из семей, нуждающихся в социально – экономической и социально-психологической помощи и поддержке;
- 5) дети с проявлениями социальной и психолого – педагогической дезадаптацией.

Особенностью детей «группы риска» является то, что они находятся под воздействием объективных нежелательных факторов, которые могут сработать или нет.

Слово «риск» означает возможность, большую вероятность чего-либо, как правило, негативного, нежелательного, что может произойти или не произойти. Поэтому, когда говорят о детях группы риска, подразумевается, что эти дети находятся под воздействием нежелательных факторов.

Анализ условий жизни таких детей показывает, что невозможно выделить одну главную причину, послужившую фактором риска. Специалисты чаще всего фиксируют сочетание многих неблагоприятных

условий, которые делают невозможным дальнейшее проживание в семьях, где создается прямая угроза здоровью ребенка и его жизни.

У детей возникают значительные отклонения, как в поведении, так и в личностном развитии. Им присуща одна характерная черта – нарушение социализации в широком смысле слова.

Семейное неблагополучие порождает массу проблем в поведении детей, их развитии, образе жизни и приводит к нарушению ценностных ориентации.

Дети группы риска – это категория детей, которая в силу определенных обстоятельств своей жизни более других категорий подвержена негативным внешним воздействиям со стороны общества и его криминальных элементов, ставших причиной дезадаптации [5].

Разные ученые выделяют различные группы факторов, позволяющих отнести детей и подростков к данной категории. Так, по мнению Е.И. Казаковой, можно назвать три основные группы факторов риска, которые создают вероятностную опасность для ребенка: психофизические, социальные и педагогические (как особый вид социальных).

В.Е. Летунова выделяет следующие группы факторов риска:

– медико-биологические (группа здоровья, наследственные причины, врожденные свойства, нарушения в психическом и физическом развитии, условия рождения ребенка, заболевания матери и ее образ жизни, травмы внутриутробного развития и т.д.),

– социально-экономические (многодетные и неполные семьи, несовершеннолетние родители, безработные семьи, семьи, ведущие аморальный образ жизни; неприспособленность к жизни в обществе: бегство, бродяжничество, безделье, воровство, мошенничество, драки, убийства, попытки суицида, агрессивное поведение, употребление спиртных напитков, наркотиков и т.д.),

– психологические (отчуждение от социальной среды, неприятие себя, невротические реакции, нарушения общения с окружающими,

эмоциональная неустойчивость, неуспех в деятельности, неуспех в социальной адаптации, трудности общения, взаимодействия со сверстниками и взрослыми и т.д.),

– педагогические (несоответствие содержания программ образовательного учреждения и условий обучения детей их психофизиологическим особенностям, темпа психического развития детей и темпа обучения, преобладание отрицательных оценок, неуверенность в деятельности, отсутствие интереса к учению, закрытость для положительного опыта, несоответствие образу школьника и т.д.).

Важно выделить главную причину появления детей группы риска. Семьи, социальное функционирование которых по объективным или субъективным причинам затруднено или нарушено, а их существование находится под угрозой, характеризуются как семьи социального риска. К таким семьям относятся семьи беженцев и вынужденных переселенцев; малообеспеченные семьи; семьи с избыточной иждивенческой нагрузкой (многодетные или имеющие в своем составе инвалидов); воспитывающие детей-инвалидов; неполные; семьи военнослужащих срочной службы; семьи безработных и т.п. [7]. Для таких семей характерно оставление без попечения родителями своих детей, выталкивание детей на улицу или побуждение их к асоциальному образу жизни.

Таким образом, понятие дети «группы риска» – это очень широкое понятие, охватывающее генетические, нейробиологические, социальные и другие факторы, оказывающие (или оказавшие на определенном этапе) негативное влияние на развитие ребенка.

Дети «группы риска» по формированию нарушений речи – это дети подвергшиеся неблагоприятным факторам различной этиологии, либо даже их комплексному воздействию: перинатальной патологии, наследственной предрасположенности (либо сочетание этих факторов), а также социально-педагогическим факторам (семейная ситуация, ближний и дальний круг общения, социальная среда и т.п.).

1.5 Предупреждение как важный этап в системе коррекционной работы

Предупреждение – это комплекс различного рода мероприятий, направленных на предупреждение какого-либо явления и/или устранение факторов риска.

Система предупреждения не может быть рассмотрена отдельно от объекта, на который она направлена, поэтому рассмотрим процесс предупреждения как важный этап в системе коррекционной работы по формированию речи с детьми младшего дошкольного возраста группы риска.

Предупреждение отклонений в овладении речью в раннем возрасте – одно из актуальных направлений новой отрасли детской логопедии – превентивной логопедагогики. Детальное изучение особенностей коммуникативно-вербального развития детей раннего возраста группы риска по речевому недоразвитию, наполнение конкретным содержанием основных направлений коррекционно-предупредительной работы с детьми, имеющими отклонения речевого онтогенеза, – принципиально важное направление развития современной логопедии [34].

Проблема ранней диагностики и коррекции развития детей с нарушениями речи в современной логопедии представлена недостаточно. Большое распространение получили традиционные представления о том, что логопедическое воздействие целесообразно применять в случаях выраженного отставания речевого развития от возрастных нормативов.

Исключение составляют лишь категории детей с врожденными дефектами артикуляционного аппарата, с детским церебральным параличом и другими рано диагностируемыми отклонениями психомоторного развития. Для этой группы нарушений имеются соответствующие методические рекомендации.

Недостаточно разработаны вопросы выявления и диагностики отклонений в развитии речевой деятельности у детей с сохранными

предпосылками интеллектуального развития и нормальным слухом, большая часть которых квалифицируется как группа риска по речевой патологии в возрасте 4 – 5 лет. Развитие и функционирование логопедических учреждений также ориентировано на этот возраст.

В настоящее время наметилась тенденция к более раннему и углубленному обследованию психомоторного и коммуникативного развития ребенка, позволяющему своевременно выявить и скорректировать ранние признаки речевого недоразвития.

Как указано в статье [31], в последние годы осуществляется экспериментальная работа по изучению особенностей раннего речевого развития детей и разработке методических рекомендаций по нормализации и коррекции речи в яслях/садах г. Москвы № 815 и 1901.

Установлены наиболее значимые показатели лингвистического развития детей, позволяющие рано определить отставание или нарушение анатомо – физиологических предпосылок речевой деятельности.

К ним относятся:

- понимание речи в сенсомоторном периоде развития и характер последовательных стадий овладения импрессивной речью,

- долингвистическая вокальная продукция (возраст и этапы вокализации, репертуар согласных звуков, организация лепетных звуков по типу итерации, структура слогов, просодия),

- первые комбинации жеста и слова; речевые акты утверждения и просьбы (отдельными словами; двусловные высказывания); появление коммуникативных намерений,

- начало активной речи (объем словаря и особенности детских номинаций; ранний синтаксис; аккомпанирующая речь; мотивированность речи действием или ситуацией),

- овладение фонемным строем речи (последовательное образование дифференциации фонем по акустическим и артикуляционным признакам; характер фонетических трансформаций).

Эти характеристики сопоставляются с данными клинико – психологического обследования и особенностями микросоциальных и педагогических условий формирования речи ребенка в каждом отдельном случае.

Решить однозначно вопрос, является ли отсутствие нормативных для данного возраста языковых единиц показателем речевой патологии в форме общего недоразвития речи или темповым отставанием, в младшем дошкольном возрасте достаточно трудно. Необходимо динамическое наблюдение за характером и темпом развития различных компонентов речевой деятельности не только в процессе неоднократного обследования, но и акцентуация логопеда на положительных изменениях под влиянием коррекционной работы, которое возможно осуществить в условиях ясли/сада.

Обоснование коррекционной работы с данной категорией детей предполагает тщательно собранный анамнез с углубленным анализом периода доречевого развития ("непосредственного зачатка речи"); многоаспектное логопедическое обследование; неврологическое и нейропсихологическое обследование: оценку возрастной нормативности выявленных симптомокомплексов (Е.Н. Винарская, Е.М. Мастюкова); наблюдения логопеда и воспитателя за процессом коммуникации детей со взрослыми и между собой; постоянную фиксацию положительных сдвигов в общении.

Методическая схема психолого-педагогического наблюдения за ребенком в процессе его обучения и воспитания разработана в ИКП РАО в соответствии с принципами нейропсихологического метода анализа нарушений психических функций с учетом входящих в состав психической деятельности ребенка основных психофизиологических факторов: регуляции психической активности; зрительно-пространственного; слуха – речевого; речедвигательного с артикуляционным и динамическим (кинетическим) компонентами.

Данные психолого-педагогического наблюдения сопоставлялись с результатами целенаправленного нейропсихологического обследования ВПФ – различных видов праксиса, слухомоторной координации, зрительного гнозиса, слухоречевой и зрительной памяти и др. по схеме, адаптированной в соответствии с возрастом детей.

Результаты исследования детей младшего дошкольного возраста с отклонениями в речевом развитии, проведенного в ходе экспериментальной работы в детских садах NN 1901, 815 г. Москвы свидетельствуют об адекватности применения предлагаемого подхода к постановке речевого диагноза.

На основе обобщения полученных данных разработаны основные направления раннего коррекционного воздействия и проект программы по коррекции речевого недоразвития младших дошкольников.

Определены содержание и методы развития импрессивной стороны речи, фонетического строя русской речи, словарного запаса, элементарных форм долингвистической и монологической речи. Особое внимание обращено на формирование коммуникативной функции с использованием накопленного словарного материала. По основным разделам программы подготовлены конспекты логопедических занятий (А.В. Сенчило).

Полученные данные могут быть использованы для рекомендации по структурной перестройке системы раннего выявления и коррекции детей с отставанием в развитии речевой и коммуникативной способности различной этиопатогенетической обусловленности.

Мы полагаем, что в настоящее время целесообразно выделить особую область превентивного логопедического воздействия и профессиональную активность логопеда направить на более ранний возраст. Необходимо также более широко распространить опыт коррекционной работы с детьми раннего возраста путем создания ясельных диагностических групп с соответствующим методическим обеспечением.

В основу превентивного воздействия в раннем возрасте положен ряд специфических коррекционных принципов, указанных во многих учебных пособиях по коррекционной педагогике, логопедии.

Логопедическая работа с детьми раннего/младшего дошкольного возраста – это специальная работа с 2-3 летними детьми, включающая раннюю диагностику и комплексную коррекцию с первых месяцев жизни, что позволяет не только скорректировать уже имеющиеся отклонения в развитии, но и предупредить появление дальнейших, достичь более высокого уровня общего развития детей.

В настоящее время особое значение в логопедии и в целом в специальной педагогике приобрела проблема раннего выявления отклонений психоречевого развития и раннего воздействия. Предупредительное воздействие на начальной стадии дизонтогенеза может ограничить проявление нарушения, исключить или уменьшить его нежелательные, вторично обусловленные последствия.

Отклонения в развитии речи затрудняют, прежде всего, общение с близкими взрослыми, а значит, препятствуют развитию познавательных процессов, отрицательно влияют на формирование самосознания, сокращают период практического самостоятельного накопления языковых закономерностей.

Выводы по первой главе

Таким образом, устная речь это крайне сложный процесс, формирование которого представляет собой цепочку взаимосвязанных операций. В литературе трактовок устной речи значительное количество.

В процессе развития речи последовательно вырабатываются базовые структуры языковой системы: фонематическое восприятие, артикуляционные моменты, лексические средства, морфемные и фонетические элементы, грамматические и текстовые операции.

Помимо этого у ребенка должно возникнуть намерение общаться, для развития речи необходимо формирование потребности в общении через деятельность с предметами окружающего мира, затем ребенок использует доступные ему невербальные средства, а далее общается и с помощью слов и фраз.

Развитие речи ребенка – становление единой сложной системы взаимосвязанных и взаимозависимых элементов.

Генез устной речи представляет собой комплексный динамический процесс последовательных этапов развития речевой функции, строящийся на формировании фонематического слуха, возможностей ребенка воспринимать речь, слухового и зрительного анализаторов, центрального и периферического речевого аппарата, на который оказывают/могут оказывать влияние эндогенные и экзогенные факторы.

Рассмотрено многообразие факторов, способствующих возникновению речевых нарушений у детей, различают неблагоприятные внешние (экзогенные) и внутренние (эндогенные) факторы, а также внешние условия окружающей среды.

Особое внимание уделено группе социально-педагогических факторов, так как их преодоление/устранение во многих случаях является возможным к реализации для полноценного речевого развития детей. Такие факторы как, например, наследственные или родовая травма

преодолеть значительно труднее, либо невозможно, поэтому исследование социально-психологических факторов – важный этап в комплексной всесторонней работе специалистов ДОУ и семьи.

Понятие дети «группы риска» – это очень широкое понятие, охватывающее генетические, нейробиологические, социальные и другие факторы, оказывающие (или оказавшие на определенном этапе) негативное влияние на развитие ребенка.

Применительно к теме нашего исследования целесообразно остановиться на понятии: дети «группы риска» по формированию нарушений речи – это дети подвергшиеся факторам перинатальной патологии, а также наследственной предрасположенности (либо сочетание этих факторов), а также социально-педагогическим факторам.

2 ИЗУЧЕНИЕ РЕЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ГРУППЫ РИСКА

2.1 Анализ существующих методик диагностики нарушений речи детей младшего дошкольного возраста группы риска

Исследование нарушений речи у детей – это значительный объем исследований, включающий различных направлений/методик обследования, предложенных в специальной литературе. При этом комплексность и объем исследований не позволяют сконцентрироваться на признаках потенциальных нарушений речи.

Экспериментальная работа по изучению нарушений речи детей младшего дошкольного возраста группы риска проводилась нами в четыре этапа. На первом этапе осуществлялся анализ диагностических методик исследования нарушений речи детей младшего дошкольного возраста группы риска, были выделены критерии и показатели уровней сформированности предпосылок речи детей младшего дошкольного возраста, определены методы исследования, разрабатывалась программа эксперимента.

На втором этапе проходило непосредственно исследование на предмет выявления нарушений речи детей младшего дошкольного возраста группы риска, был проведен анализ полученных данных и выделены предпосылки нарушений речи детей младшего дошкольного возраста заданной категории детей.

На третьем этапе были выделены психолого-педагогические условия формирования речевой системы, разрабатывалась модель коррекционно-предупредительного воздействия, при реализации которой возможна превентивность речевых нарушений.

На четвертом этапе был проведен контрольный эксперимент, осуществлена интерпретация полученных результатов.

Мы провели анализ нескольких методик.

Так, Ю.А. Разенкова предлагает развернутую схему логопедического обследования детей 2 – 3-го года жизни [36].

Предлагаемое обследование достаточно объемно и включает в себя обследование движений мимической мускулатуры, тонуса мимических мышц, произвольные и произвольные движения губ, челюстей, языка, мягкого неба; тип и ритм дыхания; голос, понимание речи; мелкая моторика рук. При этом отсутствуют блоки обследования как развитие фонематического слуха, фонематического восприятия на наш взгляд не достаточны по наполнению.

Н.В. Серебрякова [15] предлагает протокол обследования, который позволяет лишь укрупненными блоками получить информацию о развитии навыков самообслуживания ребенка, развитии крупной и мелкой моторики, а также частично о понимании речи и развитии активной речи ребенка. Отсутствуют приемы, позволяющие обследовать фонематический слух, артикуляцию/предпосылки артикуляции, произвольные произвольные движения, просодическую мимику и т.д.

Е.В. Шереметьева в своей монографии [37] делает акцент на изучение двигательных предпосылок артикуляции, фонематического восприятия, интонационно-ритмического развития ребенка.

В указанной работе основными параметрами изучения языковых и психофизиологических процессов: ритмическая организация речевой продукции, основной тон голоса, мелодика голоса, моторные предпосылки артикуляции, фонематическое восприятие.

Данная методика представляется более объективной и доступной, так как в раннем/младшем дошкольном возрасте возможно проанализировать такие компоненты интонационной системы, которые наиболее доступны восприятию близких взрослых, в частности, основной тон голоса (показатели силы: достаточной силы, слабый; тембра:

визгливый, глухой), мелодика (операциональная основа интонации), ритм (операциональная основа интонации и слоговой структуры слова).

Очевидно, что методики диагностики речевых нарушений у каждого автора представляют собой дифференцированные подходы и не могут охватить все аспекты развития устной речи в связи с объемностью направления исследования и многоаспектным ее характером.

Выбор методики обследования нами также был обусловлен тем теоретическим положением, что все движения органов артикуляции определяются работой двигательного анализатора. Его функцией является восприятие, анализ и синтез раздражений, идущих в кору от движения органов речи. В речедвигательной зоне происходит сложная и тонкая дифференциация речевых движений, организация их последовательности.

В онтогенезе процесс развития артикуляции формируется последовательно: крик, гуление, ранний лепет; поздний слоговой лепет; первые слова, фразы; дальнейшая тонкая дифференциация артикуляторных укладов.

Пищевое поведение является одним из показателей развития артикуляции. Если ребенок предпочитает мягкую пищу твердой, недостаточно подвижны органы артикуляции во время приема пищи, то это свидетельствует о недостаточности развития мышц рта и губ.

Изучение состояния артикуляции у детей раннего возраста с отклонениями речевого развития возможно при организации наблюдения за пищевым поведением ребенка.

Таким образом, нами определены основные направления обследования детей младшего дошкольного возраста, выбраны те компоненты и предпосылки речевого развития, которые доступно проанализировать у детей обследуемой категории.

На основе анализа теоретических источников, мы выделили следующие критерии и показатели, которые и легли в основу отбора диагностических методик. Критерии и параметры предпосылок речевого развития детей

младшего дошкольного возраста группы риска представлены в таблице 2.1.

Таблица 2.1 – Критерии и параметры предпосылок речевого развития детей младшего дошкольного возраста группы риска

Критерии	Показатели
1	2
Факторы неблагоприятные в пренатальном периоде	<p>На данном этапе выявляются факторы, которые оказывали влияние на пренатальном периоде. При отсутствии данных факторов, прогноз речевого развития ребенка более благоприятный, чем при наличии данных факторов.</p> <p>Факторы:</p> <ul style="list-style-type: none"> – несовместимость по резус-фактору – психотравмирующая ситуация, – физические перегрузки, – угроза выкидыша, – травмы, – падения матери в период беременности, – прием лекарств во время беременности, – плохая экология в районе; – внутриутробные инфекции, – хронические заболевания матери, – токсикоз в I, II, III триместре, – гипертония/гипотония во время беременности.
Факторы неблагоприятные в натальном периоде	<p>На данном этапе выявляются факторы, которые оказывали влияние в натальном периоде. При отсутствии данных факторов, прогноз речевого развития ребенка более благоприятный, чем при наличии данных факторов.</p> <p>Факторы:</p> <ul style="list-style-type: none"> – стимуляция родов, – стремительные или затяжные, обезвоженные роды, – кесарево сечение, – обвитие пуповиной, – преждевременные роды (36 и менее недель), – ягодичное предлежание.
Факторы неблагоприятные в постнатальном периоде	<p>На данном этапе выявляются факторы, которые оказывали влияние на постнатальном периоде. При отсутствии данных факторов, прогноз речевого развития ребенка более благоприятный, чем при наличии данных факторов.</p> <p>Факторы:</p> <ul style="list-style-type: none"> – перинатальная патология центральной нервной системы (ПП ЦНС), – перинатальная энцефалопатия (ПЭП), – гидроцефальный синдром, – гипертензионный синдром, – синдром пирамидной недостаточности, – синдром двигательных нарушений, – церебростенический синдром, – минимальная мозговая дисфункция.

Продолжение таблицы 2.1

1	2
Основной тон голоса	Показатели силы голоса: голос достаточной силы или слабый. Показатели тембра голоса: визгливый/глухой. Нормальный голос достаточной силы можно считать благоприятным фактором для прогноза речевого развития
Мелодика голоса	Умение подражания тону взрослого повышение/понижение голоса. Собственные повышение/понижение голоса. В данном случае необходимо зафиксировать наличие/отсутствие мелодичности голоса. При монотонности голоса у ребенка, прогноз речевого развития неблагоприятный.
Моторные предпосылки артикуляции	Необходимо оценить: 1) пищевое поведение: характер пищи, предпочитаемой ребенком; выполнение жевательных движений (тщательно пережевывает твердую пищу, быстро устает при жевании твердой пищи); движения нижнечелюстных мышц в акте жевания; объем движений: незначительное опускание нижней челюсти (только пьет, не откусывает твердую пищу), значительное опускание нижней челюсти (хорошо откусывает); тонус нормальный (рот закрыт), сниженный (постоянно или в течение продолжительного времени держит рот открытым); 2) движения мышц языка в акте жевания: рефлексорные движения в процессе приема пищи (поднимает кончик языка вверх, опускает вниз (облизывает верхнюю/нижнюю губы), круговые движения языка (круговые облизывающие движения), поднимает кончик языка до уровня угла губ (облизывает только уголки губ справа/слева), не поднимает кончик языка вверх (неудачные попытки облизать верхнюю губу спинкой языка с невыраженным кончиком); 3) движения губных мышц в акте жевания: захватывание жидкого пищевого комка (захватывает губами край ложки/чашки, при этом жидкая пища/питье не проливается; затруднения в захватывании края ложки/кружки, при этом жидкая пища/питье проливается); захватывание твердого пищевого комка (губы принимают участие в захватывании твердого пищевого комка; не принимают участие (отделяет твердый пищевой комок зубами без участия губных мышц); участие в удержании пищевого комка в полости рта (в процессе пережевывания губы сомкнуты; в процессе пережевывания губы разомкнуты (удерживает пищевой комок в полости рта пальцем); состояние носогубной складки (парная, односторонняя, отсутствует).

1. Обследование основного тона голоса.

Дети с речевым развитием, соответствующим возрасту, имеют нормальный голос достаточной силы; у детей с отклонениями в овладении речью голос достаточной силы вообще не наблюдается – ни у мальчиков, ни у девочек. В этой группе некоторые девочки обладают относительно нормальным тихим голосом, но чаще встречается слабый, совсем неслышный голос или визгливый. У мальчиков чаще встречается глухой голос или слабый.

2. Обследование мелодики голоса

Характерными для раннего возраста являются такие показатели нарушений голосовой мелодики (Е.Н. Винарская, Р.В. Тонкова – Ямпольская): отсутствие подъемов и спусков мелодической кривой (так называемая монотонность или отсутствие мелодичности).

3. Моторные предпосылки артикуляции

Предметным уровнем артикуляторного праксиса, его моторными предпосылками является праксис захвата пищевого комка и жевания (движения нижнечелюстных, губных мышц и мышц языка в процессе самостоятельного приема пищи).

2.2 Организация и содержание обследования нарушений речи детей младшего дошкольного возраста группы риска

Для выборки детей младшей группы ДООУ, состоящей из 20 детей, нами занесены данные в Программный модуль – Диагностика психоречевого развития ребенка, разработанная Е.В. Шереметьевой.

Были составлены речевые профили, дети были оценены по следующим блокам психо-речевого развития:

- речевая среда,
- психофизиологические компоненты,
- когнитивные компоненты,
- средства коммуникации.

В результате обследования, средний полученный балл составил – 20.

Для нашего исследования были отобраны 5 детей, результаты которых составили менее чем минус 20 баллов.

Таким образом, в констатирующем эксперименте приняло участие 5 детей младшего дошкольного возраста, которые могут быть отнесены к группе риска.

Обследование было осуществлено в два этапа.

На первом этапе проанализировано 20 детей с отклонениями в овладении речью, осуществлена выборка 5 детей, отнесенных к группе риска.

На втором этапе выбранные 5 детей группы риска проанализированы на предмет особенностей у них предпосылок устной речи и возможностей дальнейшего развития речи. Характеристика обследуемых детей представлена в таблице 2.2.

Таблица 2.2 – Характеристика обследуемых детей

№	Имя ребенка	Факторы риска (выявленные факторы)	Краткая характеристика
1	2	3	4
1	Данил М. 2,10 л.	Пренатальный период: ОРВИ у мамы, натальный период: асфиксия Постнатальный период: –	Речь: у ребенка нет речи, со взрослыми контакта нет, контактирует только с 2 детьми, к остальным интерес не проявляет, мелкая и общая моторика слабо развита.
2	Матвей К. 2,9л.	Пренатальный период: угроза прерывания (анемия у мамы), натальный период: кесарево сечение, обвитие пуповиной, Постнатальный период: перинатальная энцефалопатия	Речь: нет речи, гиперактивный, легко идет на контакт со взрослыми и детьми, мелкая и общая моторика нарушена.

Продолжение таблицы 2.2

1	2	3	4
3	Соня П. 2,11л.	Пренатальный период: Прием лекарственных препаратов (антибиотиков) мамой 1 триместр; натальный период: преждевременные роды (35-36 неделя) Постнатальный период: минимальная мозговая дисфункция.	Речь: нет речи, ребенок безынициативный, вялый, интерес к занятиям не проявляет, в контакт с детьми не вступает, часто просто сидит один, не реагируя на речь воспитателя.
4	Никита Р. 2,10л.	Пренатальный период: Психотравма у мамы (смерть близкого родственника) натальный период: преждевременные роды (34-35 нед.) Постнатальный период: мышечная дистония	Речь: нет речи, гиперактивен, неусидчив, но может быть щедрым и заботливым к 1 ребенку-другу, с остальными детьми и со взрослыми в контакт не вступает, мелкая и общая моторика слабо развита.
5	Максим Д. 2,9л.	Пренатальный период: Угроза прерывания, отрицательный резус натальный период: стимуляция родов Постнатальный период: перинатальное поражение центральной нервной системы	Речь: частично присутствует речь, но часто плачет, не хочет ни с кем вступать в контакт, чаще всего сидит один, мелкая и общая моторика слабо развита.

Целью констатирующего эксперимента стало выявление уровня речевого развития у детей младшего дошкольного возраста группы риска.

Далее мы приводим коммуникативно-речевые профили детей.

Коммуникативно – речевой профиль Данила М. приведен в рисунке 2.1

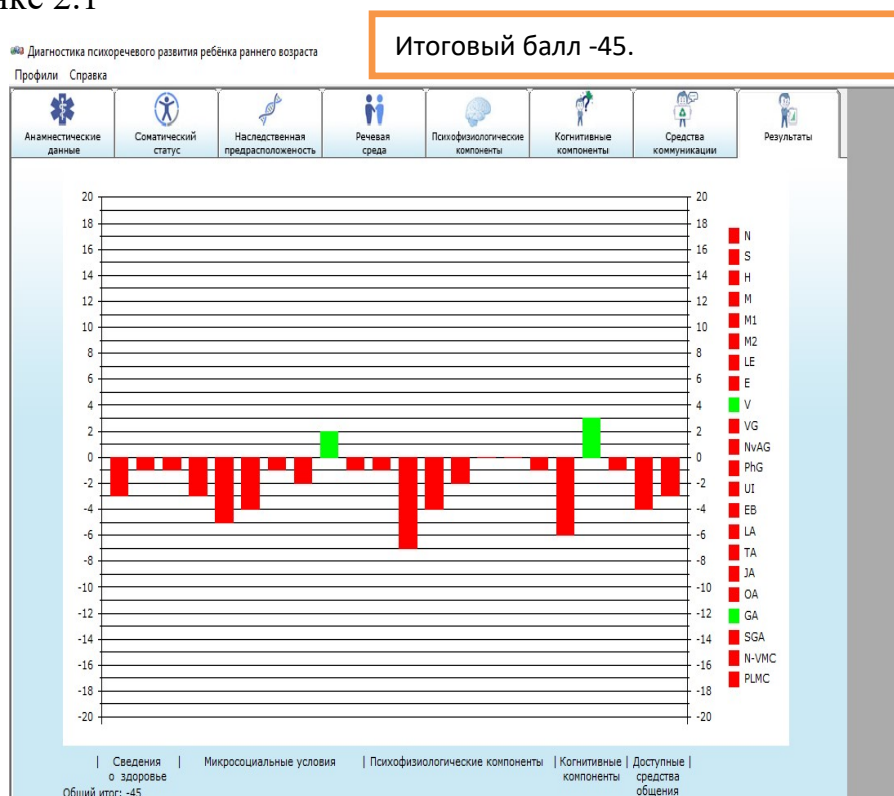


Рисунок 2.1– Коммуникативно – речевой профиль Данила М. 2,10л. Направления и результаты диагностики речевого развития Данила М. с помощью программного обеспечения приведены в таблице 2.3.

Таблица 2.3 - Направления и результаты диагностики речевого развития Данила М. с помощью программного обеспечения

Компонент/ что обследовано	Результат обследования
1	2
Компоненты интонационной системы	Основной тон голоса: основной тон голоса слабый. Наблюдается отсутствие подъемов и спусков мелодической кривой, монотонность звуков. Мелодика: Подражает повышению/понижению тона взрослого. В собственных высказываниях также повышает/понижает тон голоса. Самостоятельные голосовые модуляции также присутствуют. Ритм: Дельта между хорейчески организованными и ямбически организованными словами составляет от 8 до 30%

Продолжение таблицы 2.3

1	2
<p>Моторные предпосылки артикуляции</p>	<p>В целом приступает к еде быстро, с удовольствием, но ест не аккуратно.</p> <p>Губные мышцы:</p> <p>Захват жидкого пищевого комка:</p> <p>Захват жидкого пищевого комка недостаточный, недостаточный захват нижней губой, очень часто напиток/суп проливается. Нет скоординированности движений.</p> <p>Захват твердого пищевого комка:</p> <p>Мальчик отказывается от твердой пищи в виде кусочков мяса или твердых овощей. Предпочитает только однородную/хорошо измельченную пищу. Ребенка долго (до 2-лет) не переводили на твердую пищу. Кормление грудью до 1,5 лет.</p> <p>Недостаточное участие в захвате твердого пищевого комка (комочек отделяется непосредственно зубами без участия губных мышц).</p> <p>Удержание пищевого комка в полости рта: удержание и перемещение пищевого комка в ротовой полости с помощью пальца;</p> <p>Состояние носогубной складки: парная.</p> <p>Мышцы языка:</p> <p>Рефлекторное облизывание губ в процессе питания: облизывает только уголки губ слева. Остатки густого напитка (кефир, кисель) на окологубном пространстве не убирает языком, с помощью салфетки при напоминании воспитателя об этом.</p> <p>Положение языка в свободной деятельности: старается помогать себе языком при трудной работе.</p> <p>Нинечелюстные мышцы:</p> <p>Объем движений: объем жевательных движений не достаточен. Отмечается ограничение движений нижней челюсти.</p> <p>Время выполнения движений: длительного жевания нет, очень быстро устает от пережевывания твердой пищи.</p> <p>Постоянное или продолжительное удержание нижней челюсти в фазе незначительного или значительного опускания (приоткрытый/открытый рот).</p>

Общая сумма баллов у данного ребенка -45. Программное обеспечение также позволяет сформировать рекомендации общего характера. Более индивидуальные рекомендации будут разработаны в главе 3 данной работы.

Вывод: выраженные отклонения речевого развития.

Ребёнку рекомендуется:

- 1) консультация детского невролога;
- 2) консультация детского психолога по воспитанию ребёнка;
- 3) еженедельно одно общее музыкально-логопедическое занятие;

4) еженедельно два индивидуальных логопедических занятия;
5) еженедельная консультация логопеда по регуляции индивидуальной программы коррекционно – предупредительного воздействия, организации и содержанию общения с ребёнком;

6) еженедельное посещение общих занятий логопеда для родителей.

Рекомендации для специалистов:

1) направить ребёнка на консультацию к детскому неврологу;
2) направить на консультацию к психологу;
3) по необходимости направить ребёнка на консультацию к другому специалисту;

4) включить ребёнка в группу и еженедельно проводить групповые музыкально-логопедические занятия с видеозаписью;

5) еженедельно проводить два индивидуальных занятия;

6) еженедельно консультировать родителей по динамике психоречевого развития ребёнка и по выстраиванию общения с таким малышом;

7) еженедельно проводить общие занятия для родителей;

8) еженедельно проводить общие занятия для родителей;

9) еженедельно давать родителям видеозапись музыкально-логопедического занятия для домашнего просмотра.

Коммуникативно – речевой профиль Матвея К. приведен в рисунке 2.2.

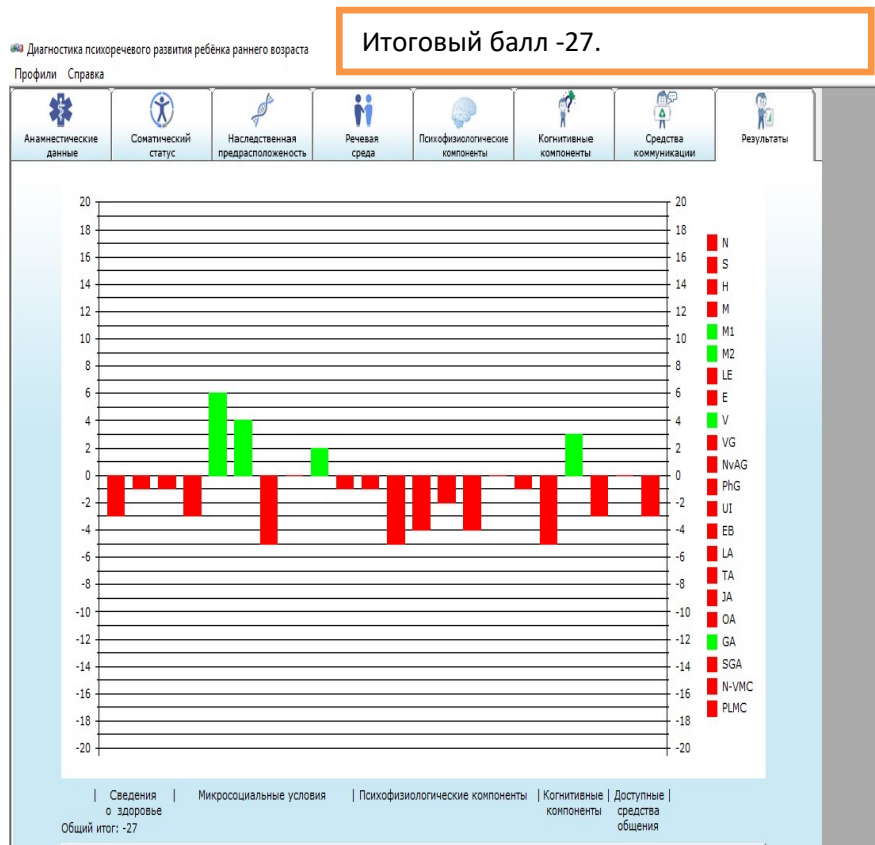


Рисунок 2.2 – Коммуникативно – речевой профиль Матвей К. 2.9л.

Направления и результаты диагностики речевого развития Матвея К. с помощью программного обеспечения приведены в таблице 2.4.

Таблица 2.4 - Направления и результаты диагностики речевого развития ребенка с помощью программного обеспечения

Компонент/ что обследовано	Результат обследования
1	2
Компоненты интонационной системы	<p>Основной тон голоса: основной тон голоса глухой. Наблюдается наличие подъемов и спусков мелодической кривой.</p> <p>Мелодика: Подражает повышению/понижению тона взрослого. В собственных высказываниях также повышает/понижает тон голоса. Самостоятельные голосовые модуляции присутствуют, сопровождаются мимикой в соответствии с эмоцией.</p> <p>Ритм: Количество ямбически организованных слов превышает количество хорейчески организованных.</p>

Продолжение таблицы 2.5

1	2
<p>Моторные предпосылки артикуляции</p>	<p>В целом наблюдается общая амимия в процессе приема пищи: ребенок очень долго сидит над тарелкой или с куском в руке. Медленно подносит ложку ко рту или откусывает, лениво пережевывает пищу, без удовольствия.</p> <p>Губные мышцы: Захват жидкого пищевого комка: Захват жидкого пищевого комка недостаточный, недостаточный захват нижней губой, очень часто напиток/суп проливается. Нет скоординированности, ловкости движений.</p> <p>Захват твердого пищевого комка: Мальчик не отказывается от твердой пищи, но пережевывает с трудом.</p> <p>Недостаточное участие в захвате твердого пищевого комка (комочек отделяется непосредственно зубами без участия губных мышц).</p> <p>Удержание пищевого комка в полости рта: удержание и перемещение пищевого комка в ротовой полости с помощью пальца; Состояние носогубной складки: односторонняя (левая), асимметрия лицевых нервов.</p> <p>Мышцы языка: Отсутствие круговых облизывающих движений языка при попадании густого напитка или жидкой каши на губы или окологубное пространство: ребенок в таких случаях вытирает верхнюю губу подручными средствами.</p> <p>Положение языка в свободной деятельности: старается помогать себе языком при трудной работе.</p> <p>Нинечелюстные мышцы: Объем движений: объем жевательных движений не достаточен. Недостаточное оскаливание зубов. Отмечается ограничение движений нижней челюсти.</p> <p>Время выполнения движений: длительного жевания нет, быстро устает от пережевывания твердой пищи.</p> <p>Постоянное или продолжительное удержание нижней челюсти в фазе незначительного или значительного опускания (приоткрытый/открытый рот).</p>

Вывод: отклонения в овладении речью, обусловленные недоразвитием психофизиологических компонентов.

Ребёнку рекомендуется:

- 1) консультация детского невролога;
- 2) еженедельно одно общее музыкально-логопедическое занятие;
- 3) еженедельно два индивидуальных логопедических занятия;

4) еженедельное посещение общих занятий логопеда для родителей.

Рекомендации для специалистов:

1) направить ребёнка на консультацию к детскому неврологу;

2) включить ребёнка в группу и еженедельно проводить групповые музыкально-логопедические занятия с видеозаписью;

3) еженедельно давать родителям видеозапись музыкально-логопедического занятия для домашнего просмотра;

4) еженедельно проводить два индивидуальных занятия;

5) еженедельно консультировать родителей по динамике психоречевого развития ребёнка и по выстраиванию общения с таким малышом;

6) еженедельно проводить общие занятия для родителей.

Коммуникативно – речевой профиль Сони П. приведен в рисунке 2.3.

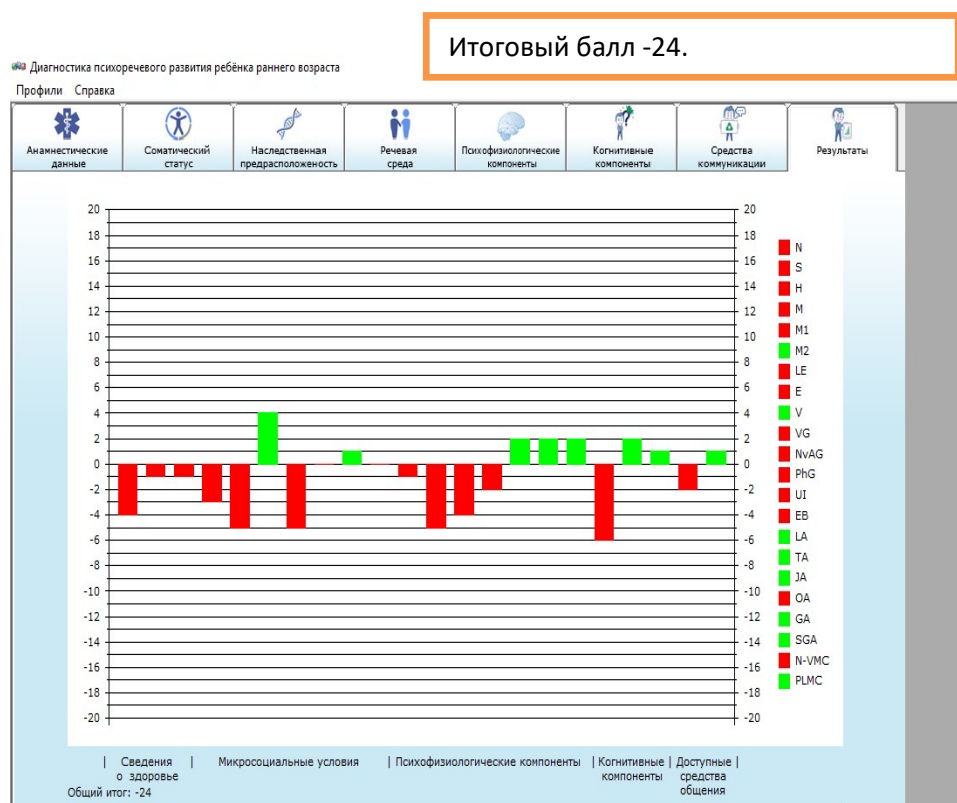


Рисунок 2.3 – Коммуникативно – речевой профиль

Сони П. 2,11л.

Направления и результаты диагностики речевого развития Сони П. с помощью программного обеспечения приведены в таблице 2.5.

Таблица 2.5 – Направления и результаты диагностики речевого развития ребенка с помощью программного обеспечения

Компонент/ что обследовано	Результат обследования
1	2
Компоненты интонационной системы	<p>Основной тон голоса: основной тон голоса - визгливый. Наблюдается наличие подъемов и спусков мелодической кривой.</p> <p>Мелодика: Подражает повышению/понижению тона взрослого. В собственных высказываниях повышает/понижает тон голоса. Присутствуют самостоятельные голосовые модуляции.</p> <p>Ритм: Количество ямбически организованных слов превышает количество хорейчески организованных.</p>
Моторные предпосылки артикуляции	<p>В целом пищевое поведение ребенка нормальное. Пищу принимает с удовольствием.</p> <p>Губные мышцы:</p> <p>Захват жидкого пищевого комка: Объем движений при захвате жидкого пищевого комка достаточный, (захватывает губами край ложки/чашки, при этом жидкая пища/питье не проливается.</p> <p>Захват твердого пищевого комка: Девочка не отказывается от твердой пищи в виде кусочков мяса или твердых овощей. Губы принимают участие в захватывании твердого пищевого комка.</p> <p>Достаточное участие в захвате твердого пищевого комка.</p> <p>Удержание пищевого комка в полости рта: В процессе пережевывания губы сомкнуты.</p> <p>Состояние носогубной складки: парная.</p> <p>Мышцы языка: Облизывает верхнюю губу выраженным кончиком языка.</p> <p>Положение языка в свободной деятельности: язык находится в полости рта и его не видно.</p> <p>Нинечелюстные мышцы: Объем движений: объем жевательных движений достаточен.</p> <p>Время выполнения движений: тщательно пережевывает твердую пищу.</p> <p>Рот закрыт во время свободной деятельности.</p>

Вывод: выраженные отклонения речевого развития.

Ребёнку рекомендуется:

- 1) консультация детского невролога;
- 2) консультация детского психолога по воспитанию ребёнка;

- 3) еженедельно одно общее музыкально-логопедическое занятие;
- 4) еженедельно два индивидуальных логопедических занятия;
- 5) еженедельная консультация логопеда по регуляции индивидуальной программы коррекционно-предупредительного воздействия, организации и содержанию общения с ребёнком;
- 6) еженедельное посещение общих занятий логопеда для родителей.

Рекомендации для специалистов:

- 1) направить ребёнка на консультацию к детскому неврологу;
- 2) направить на консультацию к психологу;
- 3) по необходимости направить ребёнка на консультацию к другому специалисту;
- 4) включить ребёнка в группу и еженедельно проводить групповые музыкально-логопедические занятия с видеозаписью;
- 5) еженедельно проводить два индивидуальных занятия;
- 6) еженедельно консультировать родителей по динамике психоречевого развития ребёнка и по выстраиванию общения с таким малышом;
- 7) еженедельно проводить общие занятия для родителей;
- 8) еженедельно проводить общие занятия для родителей;
- 9) еженедельно давать родителям видеозапись музыкально-логопедического занятия для домашнего просмотра.

Коммуникативно – речевой профиль Никиты Р. приведен в рисунке 2.4.

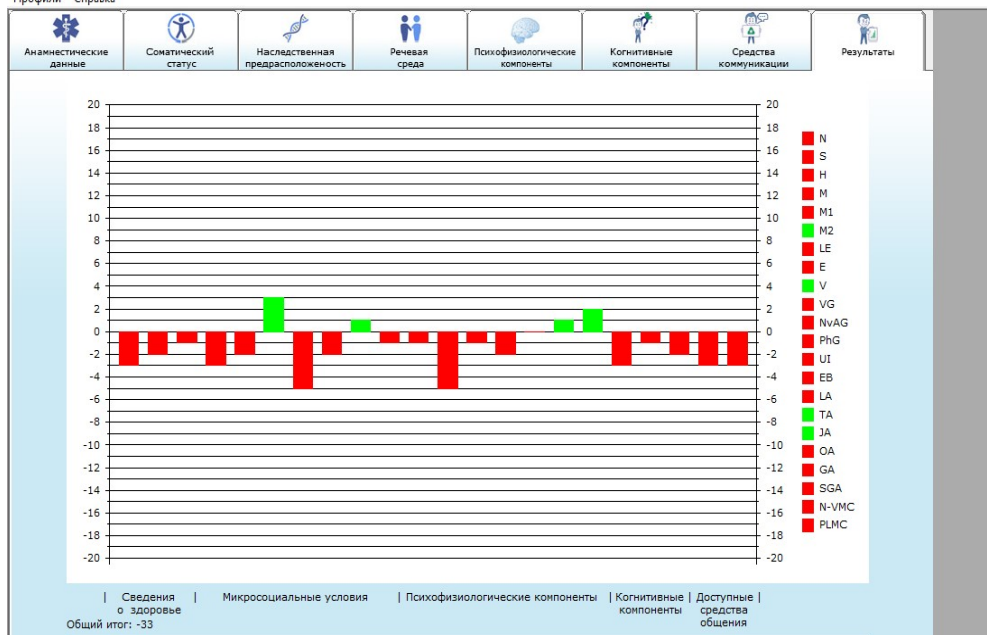


Рисунок 2.4 – Коммуникативно – речевой профиль Никиты Р. 2,10л
Направления и результаты диагностики речевого развития Никиты Р.
с помощью программного обеспечения приведены в таблице 2.6.

Таблица 2.6 – Направления и результаты диагностики речевого развития ребенка с помощью программного обеспечения

Компонент/ что обследовано	Результат обследования
1	2
Компоненты интонационной системы	Основной тон голоса: основной тон голоса - глухой. Мелодика: Подражает повышению/понижению тона взрослого. В собственных высказываниях повышает/понижает тон голоса. Присутствуют самостоятельные голосовые модуляции. Ритм: Дельта между хорейчески организованными и ямбически организованными словами составляет от 35 до 95%.
Моторные предпосылки артикуляции	В целом пищевое поведение ребенка нормальное. Пищу принимает с удовольствием. Губные мышцы: Захват жидкого пищевого комка: Объем движений при захвате жидкого пищевого комка достаточный, (захватывает губами край ложки/чашки, при этом жидкая пища/питье не проливается). Захват твердого пищевого комка: Губы не принимают участие в захватывании твердого пищевого комка. Отделяет твердый пищевой комок зубами без участия губных мышц. Удержание пищевого комка в полости рта:

Продолжение таблицы 2.6

1	2
	<p>В процессе пережевывания губы разомкнуты (удерживает пищевой комок в полости рта пальцем). Состояние носогубной складки: парная. Мышцы языка: Облизывает верхнюю губу выраженным кончиком языка. Положение языка в свободной деятельности: помогает себе при выполнении трудной работы. Нинечелюстные мышцы: Объем движений: объем жевательных движений достаточен. Достаточно опускает нижнюю челюсть при жевании. Время выполнения движений: тщательно пережевывает твердую пищу. Рот закрыт во время свободной деятельности.</p>

Ребёнку рекомендуется:

- 1) консультация детского невролога;
- 2) консультация детского психолога по воспитанию ребёнка;
- 3) еженедельно одно общее музыкально-логопедическое занятие;
- 4) еженедельно два индивидуальных логопедических занятия;
- 5) еженедельная консультация логопеда по регуляции индивидуальной программы коррекционно-предупредительного воздействия, организации и содержанию общения с ребёнком;
- б) еженедельное посещение общих занятий логопеда для родителей.

Рекомендации для специалистов:

- 1) направить ребёнка на консультацию к детскому неврологу;
- 2) направить на консультацию к психологу;
- 3) по необходимости направить ребёнка на консультацию к другому специалисту;
- 4) включить ребёнка в группу и еженедельно проводить групповые музыкально-логопедические занятия с видеозаписью;
- 5) еженедельно проводить два индивидуальных занятия;

- 6) еженедельно консультировать родителей по динамике психоречевого развития ребёнка и по выстраиванию общения с таким малышом;
- 7) еженедельно проводить общие занятия для родителей;
- 8) еженедельно проводить общие занятия для родителей;
- 9) еженедельно давать родителям видеозапись музыкально-логопедического занятия для домашнего просмотра.

Коммуникативно – речевой профиль Максима Д. приведен в рисунке 2.5.

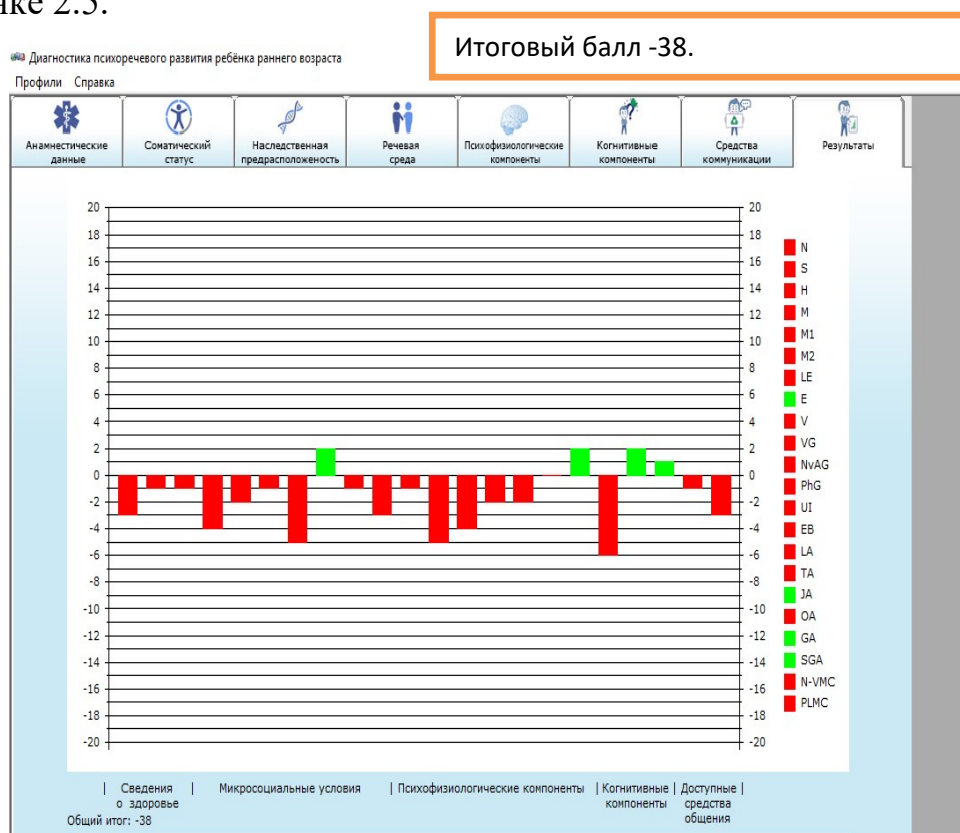


Рисунок 2.5 – Коммуникативно – речевой профиль Максима Д. 2,9л. Направления и результаты диагностики речевого развития Максима Д. с помощью программного обеспечения представлены в таблице 2.7.

Таблица 2.7 – Направления и результаты диагностики речевого развития ребенка с помощью программного обеспечения

Компонент/ что обследовано	Результат обследования
1	2
Компоненты интонационной системы	<p>Основной тон голоса: основной тон голоса – слабый голос по параметру интенсивности, глухой.</p> <p>Мелодика: Подражает повышению/понижению тона взрослого. В собственных высказываниях повышает/понижает тон голоса. Присутствуют самостоятельные голосовые модуляции.</p> <p>Ритм: Дельта между хореически организованными и ямбически организованными словами составляет от 35 до 95%.</p>
Моторные предпосылки артикуляции	<p>В целом пищевое поведение ребенка нормальное. Пищу принимает с удовольствием.</p> <p>Губные мышцы:</p> <p>Захват жидкого пищевого комка: Объем движений при захвате жидкого пищевого комка достаточный, (захватывает губами край ложки/чашки, при этом жидкая пища/питье не проливается).</p> <p>Захват твердого пищевого комка: Губы не принимают участие в захватывании твердого пищевого комка. Отделяет твердый пищевой комок зубами без участия губных мышц.</p> <p>Удержание пищевого комка в полости рта: В процессе пережевывания губы разомкнуты (удерживает пищевой комок в полости рта пальцем).</p> <p>Состояние носогубной складки: парная.</p> <p>Мышцы языка: Не поднимает кончик языка вверх (неудачные попытки облизать верхнюю губу спинкой языка с невыраженным кончиком); вытирает салфеткой губы.</p> <p>Положение языка в свободной деятельности: помогает себе при выполнении трудной работы.</p> <p>Нинечелюстные мышцы: Объем движений: объем жевательных движений достаточен.</p> <p>Достаточно опускает нижнюю челюсть при жевании.</p> <p>Время выполнения движений: тщательно пережевывает твердую пищу.</p> <p>Рот закрыт во время свободной деятельности.</p>

Вывод: выраженные отклонения речевого развития.

Ребёнку рекомендуется:

- 1) консультация детского невролога;
- 2) консультация детского психолога по воспитанию ребёнка;

- 3) еженедельно одно общее музыкально-логопедическое занятие;
- 4) еженедельно два индивидуальных логопедических занятия;
- 5) еженедельная консультация логопеда по регуляции индивидуальной программы коррекционно-предупредительного воздействия, организации и содержанию общения с ребёнком;
- 6) еженедельное посещение общих занятий логопеда для родителей.

Рекомендации для специалистов:

- 1) направить ребёнка на консультацию к детскому неврологу;
- 2) направить на консультацию к психологу;
- 3) по необходимости направить ребёнка на консультацию к другому специалисту;
- 4) включить ребёнка в группу и еженедельно проводить групповые музыкально-логопедические занятия с видеозаписью;
- 5) еженедельно проводить два индивидуальных занятия;
- 6) еженедельно консультировать родителей по динамике психоречевого развития ребёнка и по выстраиванию общения с таким малышом;
- 7) еженедельно проводить общие занятия для родителей;
- 8) еженедельно проводить общие занятия для родителей;
- 9) еженедельно давать родителям видеозапись музыкально – логопедического занятия для домашнего просмотра.

Выводы по главе 2

Таким образом, в данной главе мы осуществили двухэтапное обследование детей младшего дошкольного возраста.

На первом этапе проанализировано 20 детей с отклонениями в овладении речью, осуществлена выборка 5 детей, отнесенных к группе риска.

На втором этапе выбранные 5 детей группы риска проанализированы на предмет особенностей у них предпосылок устной речи и возможностей дальнейшего развития речи.

По итогам обследования, определены направления коррекционного воздействия, которые предложены программным модулем диагностики.

Данных рекомендаций недостаточно для работы с детьми, поэтому необходимо далее рассмотреть методики коррекционного воздействия, которые целесообразно применить к работе с детьми.

3 МЕТОДИКА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ НАРУШЕНИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ГРУППЫ РИСКА

3.1 Обзор существующих методик предупреждения нарушения речи у детей младшего дошкольного возраста группы риска

Предлагаемые в специальной литературе направления предупреждения нарушения речи у детей младшего дошкольного возраста мы объединили в три блока, которые приведены в рисунке 3.1.

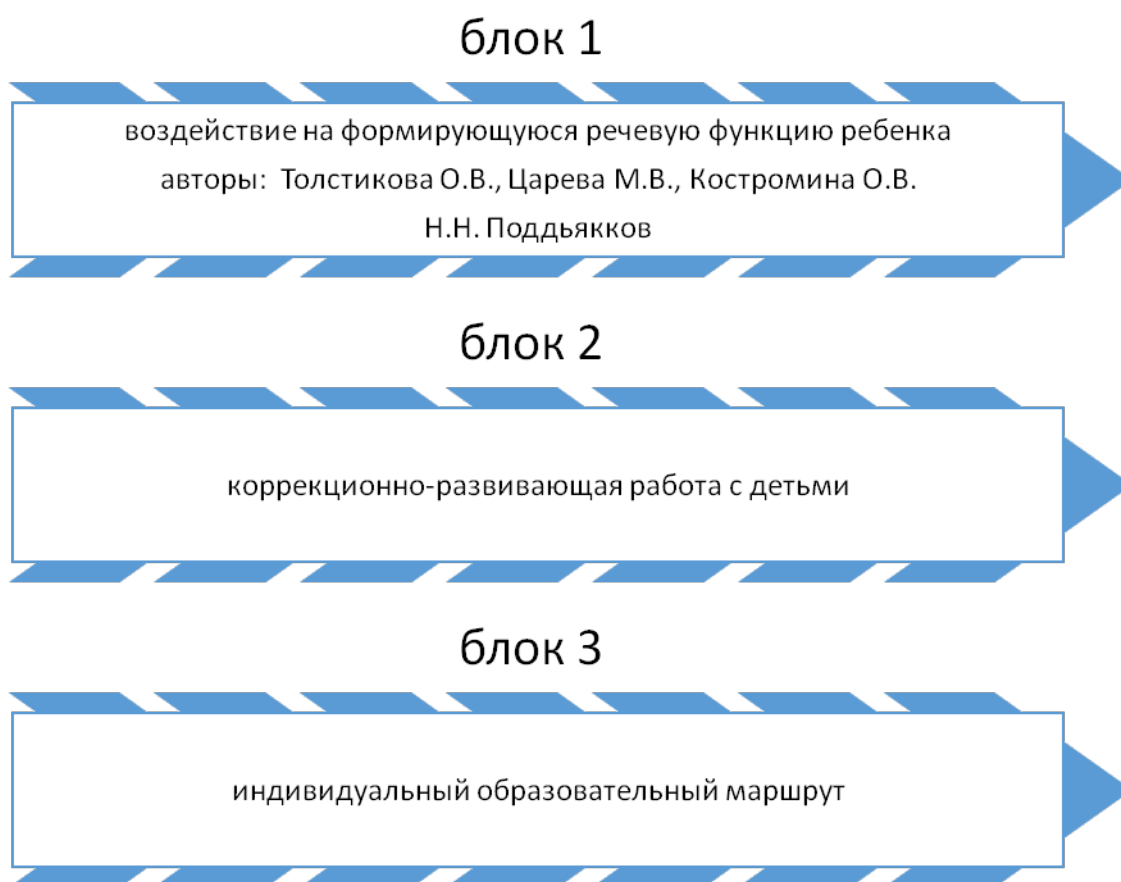


Рисунок 3.1 – Направления предупреждения нарушения речи у детей младшего дошкольного возраста

Блок 1

Организация предметно-пространственной среды речевого развития и предупреждения речевых нарушений детей дошкольного возраста

Доказано, что на развитие ребенка дошкольного возраста большое влияние оказывает окружающее его пространство, среда, в которой он находится большую часть времени. В условиях дошкольного учреждения такой средой является групповая комната.

Особую значимость проблема организации предметно-развивающей среды приобретает при работе по предупреждению речевых нарушений.

Образовательная деятельность детей в режимных моментах (под руководством педагога или самостоятельная) наиболее продолжительна. Она составляет до 5/6 всего времени пребывания детей в саду. В ходе этой деятельности воспитателями организуются индивидуальные и подгрупповые развивающие формы взаимодействия с детьми.

Предметно-развивающая среда позволяет обогатить опыт эмоционально-практического взаимодействия ребенка со сверстниками и педагогом, включить в активную познавательную-речевую деятельность всех детей группы.

Среда стимулирует развитие способов и путей общения, самостоятельности, инициативности. В ней дети реализуют свои способности. В состав предметно-развивающей среды входит центр речевого развития. Он может представлять собой специально оборудованное пространство для игр поодиночке или небольшими группами.

Начальным этапом в работе с проблемными детьми считается комплексная медико – психолого – педагогическая диагностика ребенка и изучение социальной ситуации его развития. Однако отсутствие официального заключения о состоянии здоровья ребенка, невозможность проведения его обследования профильными специалистами не может служить поводом для отказа от осуществления комплекса коррекционно-педагогических мероприятий.

Изучение ребенка должно начинаться с анализа социальной ситуации его развития, выяснения круга общения, характера и способов взаимодействия в его

ближайшем окружении. При этом очень важно выяснить, кто из этого ближайшего окружения наиболее заинтересован в развитии ребенка, кто оказывает ему максимальную поддержку и кто наиболее компетентен в вопросах стимулирующего воздействия на ребенка.

Выясняя ситуацию социального развития ребенка, необходимо обратить внимание на режим дня в семье, состояние предметно – развивающей среды и возможности ее динамического изменения в соответствии с запросами и потребностями ребенка.

Выделяется три области, которые нуждаются в системном подходе при организации коррекционно – педагогической поддержки, оказываемой проблемному ребенку и членам его семьи: характер взаимодействия взрослого и ребенка; предметно-развивающая среда; организация систематической и комплексной коррекционно-педагогической работы с ребенком в среде его сверстников.

Требования к характеру взаимодействия взрослого и ребенка и к способам общения отражены в ряде принципов, которые являются основополагающими при проведении воспитательно – образовательных мероприятий:

1) общение взрослого с ребенком должно быть целенаправленным, стимулирующим и личностно-ориентированным;

2) при организации общения необходимо учитывать актуальный уровень познавательного развития ребенка, но при этом обязательно включать задания «на пределе когнитивных возможностей ребенка», находящихся в зоне его ближайшего развития;

3) стимулы, используемые взрослым и побуждающие ребенка к действию, должны носить полимодальный характер;

4) любые контакты и действия с ребенком следует сопровождать речевыми комментариями взрослого, сопутствующими его собственным действиям, а также пассивным или активным действиям ребенка; при этом

необходимо стремиться вступить в визуальный и эмоциональный контакт с ребенком на уровне, соответствующим его восприятию и деятельности;

5) вступая в общение с проблемным ребенком, взрослый должен учитывать индивидуальные возможности, способности, знания и умения конкретного ребенка, а также собственные склонности и предпочтения. Другими словами, взрослый выступает в качестве «индивидуально настроенного инструмента», который звучит в собственном, свойственном только ему регистре и тембре, подобранном для определенного ребенка.

Взрослый строит свое взаимодействие с ребенком с учетом ведущих мотивов и потребностей детского возраста, принимая во внимание специфичность психического статуса, характерную для ребенка с тем или иным вариантом отклоняющегося развития, структуру нарушения, а также актуальные и потенциальные возможности ребенка. Возрастная периодизация, разработанная в отношении нормально развивающихся детей, является для взрослого ориентиром при организации его взаимодействия с детьми разного возраста, имеющими интеллектуальные отклонения. Однако, выстраивая свое взаимодействие с проблемными детьми, он должен обязательно учитывать те искажения в развитии ребенка, которые происходят в результате органических или функциональных нарушений. Когда партнером по взаимодействию является ребенок, развитие которого в силу определенных причин не может протекать нормально, позиция взрослого становится более ответственной. Ведь известно, что психическое развитие проблемного ребенка в гораздо большей степени, чем в норме, зависит от условий, в которых он находится. Поскольку психическая активность (один из необходимых факторов благополучного развития) может быть выражена чрезвычайно слабо (к примеру, у детей с ранним органическим поражением ЦНС), инициатором взаимодействия гораздо дольше остается взрослый. Так, в младенчестве взрослый направляет свои усилия на

удовлетворение потребности ребенка в движениях, эмоциональном насыщении, в предметной новизне, на обеспечение развития функций руки и сенсорно-двигательных координаций в процессе манипулирования, на развитие подражания и эмоционально-делового общения, на активизацию лепета.

Изменение типа взаимодействия с ребенком раннего возраста связано с изменением ведущей деятельности и ведущих мотивов. В этот период взрослый создает условия для формирования у ребенка познавательной активности, направленной на исследование свойств объектов и их функциональности: «Что с ним можно делать? В чем его значение?» Он организует совместную с ребенком деятельность, чтобы познакомить его со структурой предметного действия, обогатить его сенсорный опыт и подвести ребенка к появлению у него способности к знаковому опосредованию (замещению) в процессе использования предметных заместителей. Взрослый добивается возникновения у ребенка ассоциативных образов в доизобразительном «рисовании», предпосылок овладения речью, деловых мотивов взаимодействия с окружающими. Значимым компонентом содержания взаимодействия на этом этапе детства является удовлетворение потребности ребенка в признании его достижений, что способствует формированию у него образа «Я» и «Я-сознания».

По мнению Н. Н. Поддъякова, существует особая связь между внутренними и внешними действиями ребенка. Исследователь предположил, что существуют два типа внутренних действий. Один тип - внутренние действия, выступающие как результат интериоризации внешних действий.

Другой тип – действия, формируемые одновременно с развитием внешнего действия, как его управляющее звено. Н. Н. Поддъяков считал, что данные действия выполняют также функцию объединения и структурирования отдельных операций внешнего действия в иерархическую систему, благодаря чему внешнее действие и выступает

как единое целостное образование. Такие внутренние действия тесно связаны с формированием внешних действий, однако они не являются результатом интериоризации последних, а по своему содержанию и структуре принципиально отличаются от внешних действий. Для нас этот подход является определяющим, поскольку он указывает направление в коррекционно-развивающей работе с детьми, имеющими неярко выраженные отклонения в развитии. Так как у этих детей крайне сложно непосредственно формировать внутренние действия, то они могут быть сформированы в процессе четко продуманных внешних действий, являющихся по существу управляемым планом внутренней детской деятельности. А поскольку результатом деятельности является ее продукт, то процесс обучения детей созданию этого продукта может служить основой формирования базовых компонентов внутренней деятельности ребенка.

А. Л. Венгер ввел в теорию психологии развития новое понятие «функционирование», то есть «индивидуальный вклад участника в совместную деятельность». Совместность предполагает строго определенные формы активности каждого участника деятельности. Эти формы, как и функции участников, взаимодополнительны. Так, активности обучающего взрослого, направленной на передачу знаний, соответствует активность обучаемого ребенка, направленная на усвоение этих знаний. Функционирование взрослого определяется социально заданными (культурно выработанными) воспитательными нормами, которые, как подчеркивает ученый, могут быть субъективно отражены в разных формах – от личных представлений о природе ребенка и воспоминаний о собственном детстве до психолого-педагогических знаний, почерпнутых из научной литературы. Функционирование ребенка – это активный ответ на функционирование взрослого, модифицирующий само исходное воздействие.

В обучении ребенка младшего дошкольного возраста используются приемы, формирующие отдельные этапы его деятельности, скорее даже действий, поскольку в младшем дошкольном возрасте деятельность ребенка сводится к совокупности отдельных действий.

Если речь идет о ребенке, отстающем в интеллектуальном развитии, то отработка отдельных действий может быть значима для всего периода дошкольного детства. Ребенок с задержкой психического развития к концу дошкольного возраста может освоить содержание ведущей деятельности этого периода, а именно моделирование поведения взрослых, основанное на целостном восприятии социальной ситуации. Причем моделирование реализуется и в сюжетно-ролевой игре, и в рисовании, и в конструировании.

Наличие адекватной и стимулирующей развитие ребенка предметно – развивающей среды – одно из условий повышения эффективности коррекционно-педагогической работы с проблемным ребенком.

Блок 2

Предметно-развивающая среда и социокультурное окружение – мощный фактор, обогащающий (или тормозящий) детское развитие. Требования к предметно-развивающей среде и социокультурному окружению ребенка вытекают из системного подхода к коррекционно-развивающему обучению и воспитанию детей и опираются на современное представление о предметном характере деятельности, ее роли и значении для психического и личностного развития ребенка младенческого, раннего и младшего дошкольного возраста.

Позитивная предметно – развивающая среда учитывает интересы и потребности ребенка, его возрастные и индивидуальные особенности и задачи коррекционно-воспитательного воздействия.

Важнейшим механизмом полноценного развития личности с раннего детства являются разнообразные виды деятельности ребенка: общение, игра, движение, труд, конструирование, рисование. На разных

возрастных этапах те или иные виды деятельности выступают в качестве ведущих: в период младенчества – ориентировочно – исследовательская деятельность, осуществляемая в условиях общения со взрослыми, в период раннего детства – предметная деятельность, в дошкольном детстве – игровая. Предметная среда в целом или ее отдельные фрагменты – это всегда поле детской деятельности, ее объекты, условия и средства достижения цели.

Предметно-развивающая среда детства – это система условий, обеспечивающих полноценное развитие всех видов детской деятельности, коррекцию отклонений высших психических функций и становление личности ребенка. Она включает ряд базовых компонентов, необходимых для физического, социального, познавательного и эстетического развития детей.

Это природные среды и объекты, культурные ландшафты, физкультурно – игровые и оздоровительные сооружения, предметно-игровая среда, детская библиотека, игротека, музыкально – театральная среда, предметно – развивающая среда и др.

Определение базового содержания компонентов предметно-развивающей среды современного дошкольного учреждения опирается на деятельностно – возрастной подход. Содержание этих компонентов должно обеспечивать потребности актуального, ближайшего и перспективного развития ребенка, становление его индивидуальных способностей.

Единство педагогического процесса и преемственность этапов развития деятельности в раннем, младшем и старшем дошкольном возрасте обусловлено общей системой требований к предметно – развивающей среде, учитывающей специфику коррекционно – образовательного направления дошкольного учреждения.

В зависимости от своеобразия семейного окружения, культурных традиций семьи, от типа детского учреждения и коррекционной направленности содержания воспитания предметно-развивающая среда

может приобретать особый колорит. При этом она предполагает вариативность, которая выражается в содержательно-педагогическом наполнении и проективно – дизайнерском исполнении.

Для того чтобы предметно-развивающая среда выполняла свое основное назначение – создавала условия для полноценного развития ведущих видов деятельности и способствовала развитию типичных видов детской деятельности, она должна удовлетворять следующим требованиям:

- 1) соответствовать возможностям ребенка на границе перехода к следующему этапу его развития, то есть создать зону ближайшего психического развития;
- 2) содержать как известные ребенку компоненты, так и проблемные, подлежащие исследованию, то есть соответствовать уровню развития когнитивной сферы ребенка;
- 3) быть для ребенка неисчерпаемой, информативной, удовлетворяя его потребность в новизне, преобразовании и самоутверждении;
- 4) соответствовать корректирующей и компенсирующей направленности содержания воспитательного процесса;
- 5) быть системной, то есть отвечать определенному возрасту и содержанию деятельности детей, а также отражать основы национальной культуры.

Основными принципами использования предметно – развивающей среды в коррекционно – развивающем процессе являются:

- учет возрастных особенностей развития ребенка,
- учет уровня сформированности ведущей и типичных видов детской деятельности,
- учет индивидуальных особенностей, склонностей и предпочтений ребенка,

– создание условий, учитывающих особенности недоразвития познавательной деятельности и личности ребенка и способствующих сглаживанию их проявлений,

– создание динамичной среды, соответствующей запросам и потребностям ребенка,

– использование вариативных методов и приемов обучения в динамичной среде,

– исследовательская позиция взрослого в процессе взаимодействия с ребенком и организации его функционирования.

Требования к коррекционно – педагогическому воздействию определяют педагогические условия, содержание и методы воспитания и обучения детей дошкольного возраста с различными вариантами отклоняющегося развития.

Исходя из этих требований, разрабатываются типовые и альтернативные программы, осуществляется поиск новых форм обучения и различных развивающих и коррекционно-педагогических технологий. Эти требования включают в себя определение организационных форм и разработку содержания коррекционной помощи детям раннего и дошкольного возраста с учетом их жизненно важных потребностей, лежащих в зоне актуального и потенциального развития каждого ребенка определенной возрастной группы.

Именно потребности детей, в том числе и образовательные, определяют те предметные области, которые становятся значимыми при разработке программ коррекционно-развивающего воспитания и обучения детей разных категорий.

При этом следует помнить, что при разработке индивидуально-ориентированных программ усилия педагогов должны быть направлены на формирование тех психологических новообразований, которые соответствуют возрасту ребенка, но еще не возникли.

Назовем базовые ориентиры, которые нужно учитывать при разработке программ воспитания и обучения детей с неярко выраженными отклонениями в развитии, поскольку специфические особенности этих детей вносят свои коррективы в задачи их обучения и воспитания.

Основные направления развития детей младшего дошкольного возраста:

- смена ведущих мотивов,
- развитие общих движений,
- развитие восприятия как ориентировочной деятельности, направленной на исследование свойств и качеств предметов,
- формирование системы сенсорных эталонов,
- развитие наглядно-образного мышления,
- формирование представлений об окружающем,
- расширение понимания смысла обращенной к ребенку речи,
- овладение диалогической речью,
- овладение фонетической, лексической и грамматической сторонами речи,
- овладение коммуникативными навыками,
- становление сюжетно – ролевой игры,
- развитие навыков социального поведения и социальной компетентности,
- становление продуктивных видов деятельности,
- развитие самосознания.

Тенденции развития коррекционной педагогики, проявляющиеся в последние годы, направляют усилия педагогов на разработку индивидуальных программ коррекционно – развивающего обучения и воспитания. В этих программах обучение предстает в виде образовательного маршрута, в который включены педагоги разных специальностей и родители.

Блок 3

Индивидуальный коррекционный образовательный маршрут предполагает постепенное включение детей, которым необходима коррекционная помощь, в коллектив сверстников через сопровождающего их взрослого. В целом это ведет к необходимости пересмотра содержания и организации образовательного процесса в массовых дошкольных и школьных образовательных учреждениях. Но главное, это требует от педагога новых психологических установок и настроя на формирование у детей с разным уровнем эмоционального, умственного, двигательного и сенсорного развития умения взаимодействовать в едином детском коллективе. При этом гибкое сочетание индивидуального и дифференцированного подходов будет способствовать тому, что все дети смогут проявить свои сильные стороны и принять участие в жизни коллектива с позиции полноправного и значимого его члена.

Такая организация воспитания, усиление его коррекционной направленности, целенаправленное психолого-педагогическое сопровождение на всем протяжении раннего и дошкольного детства позволит ребенку с неярко выраженными отклонениями в развитии избежать неуспешности в детском коллективе, заложит основы для его гармоничного развития, поможет ему адаптироваться в коллективе.

3.2 Модель комплексного предупреждения нарушений речевого развития у детей младшего дошкольного возраста группы риска

В ходе нашего диссертационного исследования нами была разработана модель комплексного предупреждения нарушений речевого развития у детей младшего дошкольного возраста группы риска, которая приведена в рисунке 3.2.

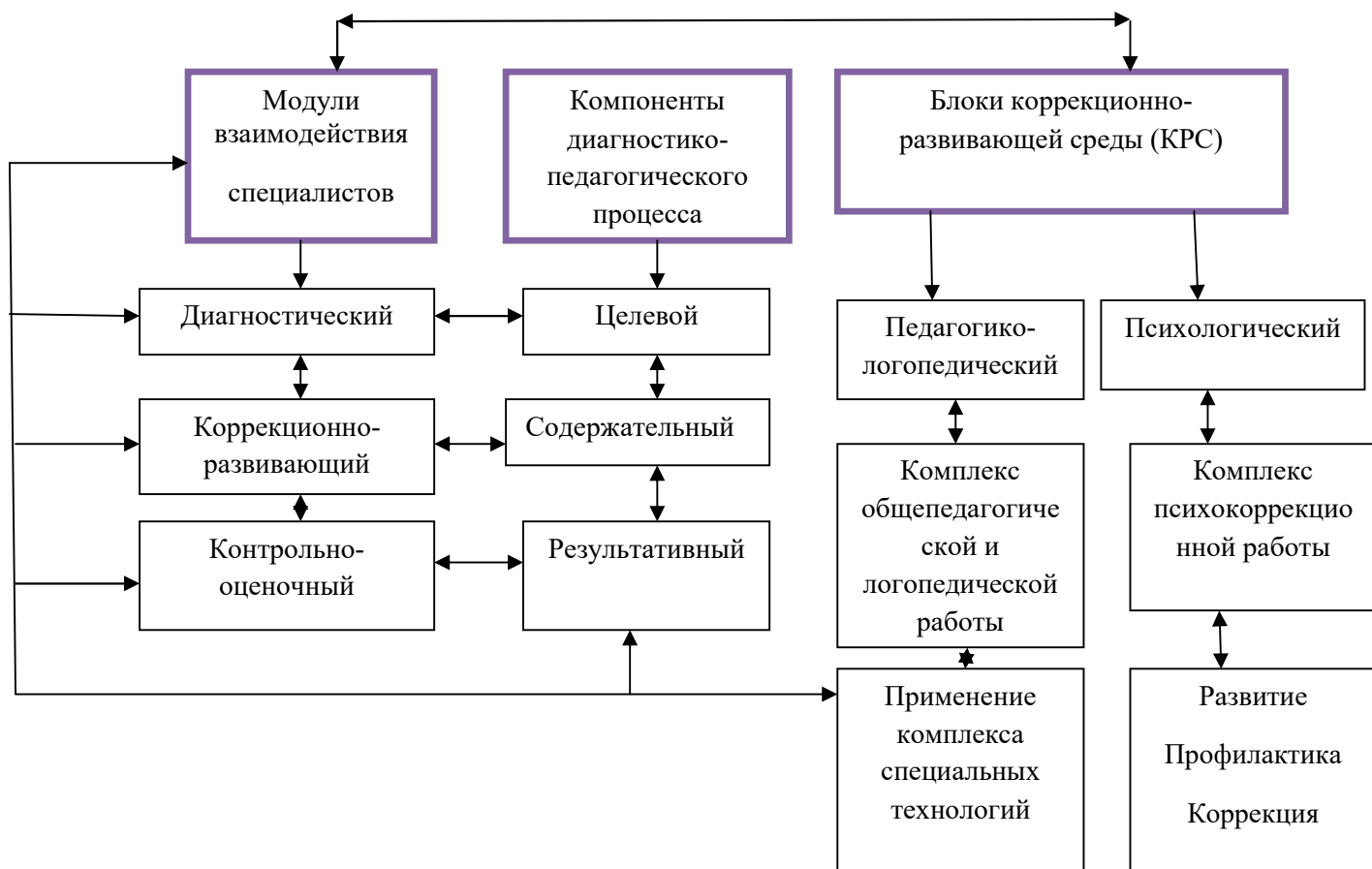


Рисунок 3.2 – Модель комплексной предупредительной работы с детьми, имеющими фактор риска возникновения речевого нарушения

Реализация целевых установок осуществляется через содержание коррекционно – педагогического процесса по трем неразрывно связанным в организационно – функциональное целое направлениям: коррекция, развитие, воспитание, оздоровление.

Работа специалистов по данным направлениям преследует цели максимальной коррекции, компенсации нарушений развития речи, сопутствующих нарушений (двигательных, эмоциональных и пр.) и предупреждения вторичных отклонений.

Структурно коррекционно – развивающую среду дошкольного учреждения можно представить в виде взаимосвязи блоков: педагогического, логопедического, психологического. Система взаимодействия специалистов всех блоков функционально осуществляется

на диагностическом; реабилитационно – и коррекционно-развивающем; контрольно – оценочном модулях.

Структурно – функциональная модель отражает механизм средообразования в процессе коррекционно-педагогической работы. Функционирование коррекционно-развивающей среды ДОУ непосредственно связано с компонентами коррекционно-воспитательного процесса: целевым, содержательным, аналитико – результативным, которые определяют логику и преемственность функционирования специалистов на выше обозначенных модулях.

Конструирование (функционирование) КРС каждым из субъектов группы сопровождения предполагает создание особых психолого-педагогических условий. К числу основных отнесем:

1) индивидуализация коррекционно-педагогического процесса посредством психолого – медико – педагогической диагностики;

2) реализация индивидуальных коррекционных маршрутов развития ребенка с учетом структуры и характера выявленных факторов, которые могут оказать влияние на становление речи (выявленные в ходе диагностики факторы могут и не оказать негативного влияния), наличия сопутствующих отклонений, а также его личностных особенностей всеми участниками коррекционно – педагогического процесса;

3) систематическое изучение индивидуальных возможностей каждого ребенка через создание разнообразной развивающей среды;

4) исследование психосоциального состояния и развитие социально-коммуникативных навыков ребенка, его способностей в динамике, то есть в процессе повседневной жизни, стихийно возникающих и специально организованных ситуациях общения, совместной деятельности со сверстниками и взрослыми, игре;

5) разработка и реализация педагогических технологий, обеспечивающих целенаправленное социально – эмоциональное развитие

детей, формирование у них механизмов сознательной регуляции собственного поведения и способов взаимодействия с окружающими людьми;

6) обеспечение условий для самостоятельного взаимодействия с окружающим миром, приобретения личного опыта не зависимо от характера и степени тяжести нарушения развития, но с учетом этих особенностей ребенка;

7) формирование психолого-педагогической компетенции и культуры родителей, организация системы взаимодействия семьи и образовательного учреждения;

8) готовность педагогов, специалистов к постоянному доброжелательному общению с разными детьми, ориентированному на бережное отношение к детской личности, уважение ее самобытности; к видению перспективы развития конкретного ребенка, обеспечению индивидуальной траектории его развития.

Несмотря на то, что одним из основных качеств всех систем является то, что их свойства не выводимы на суммы свойств отдельных компонентов, на стадии проектирования рассмотрим компоненты в отдельности.

Создание среды предполагает совокупность деятельностей каждого педагога. В этой связи в структуре коррекционно – развивающей среды выделяем компоненты с профессионально – деятельностной точки зрения, то есть позиции деятельности педагога, специалиста (их функций).

В целях создания коррекционно – развивающей среды в условиях ДОО нами было внедрено:

– педагогическое прогнозирование социально-личностного развития ребенка, наблюдение за эффективностью образовательных воздействий,

– планирование работы с детьми, проектирование ситуаций (стихий),

– лично-ориентированное взаимодействие с детьми, педагогическое регулирование взаимодействия детей со сверстниками,

– взаимодействие с другими педагогами, специалистами и родителями детей (стратегия взаимодействия субъектов группы сопровождения).

Процесс реализации этих функций (направлений деятельности) предполагает соблюдение комплекса психолого – педагогических условий: в обобщенном смысле – определяемых выбранной лично-ориентированной образовательной стратегией, в частности – реализуемых через осуществление конкретных педагогических шагов (задач), то есть процессуально в соответствии с данным направлением деятельности и с ориентацией на интересы, потребности ребенка, особенности его эмоционального реагирования, поведенческие, коммуникативные и прочие трудности, касающиеся отношений к окружающей действительности и самому себе.

Рассматривая КРС с позиции ребенка, содержания его деятельности, выделяем некую целостную совокупность компонентов среды развития ребенка.

Ребенок усваивает социальную пищу только в той мере, в какой он активен, вовлечен в существующие взаимодействия, а не пассивен или только восприимчив [19], поэтому в центре модели ребенок с его отношением к материальному миру, людям, взаимодействующими с ним, и его активностью по отношению к окружающему миру, что и определяет содержание его деятельности. Взаимосвязь компонентов среды жизнедеятельности ребенка представлена с позиции самого ребенка как субъекта, активного участника данной среды.

Так, на содержательном уровне компонентами выступает все то, что образует содержание деятельности ребенка. В обобщенном плане они представляют собой предметно-пространственный, коммуникативно – деятельностный, эмоционально – личностный компоненты.

В образовательной среде, в частности в педагогических ситуациях, для дошкольного возраста максимально приближенных к реальным жизненным ситуациям, предполагается взаимодействие ребенка с взрослыми и сверстниками. Овладение предметным миром осуществляется на основе социального контакта ребенка с взрослым, эмоциональной атмосферы взаимодействия в целом.

Для оптимизации организации КРС, ее обогащения с приспособлением к возможностям ребенка с возможными нарушениями речи с целью снижения у него симптоматики дезадаптации, развития навыков речевой коммуникации необходимо создание равновесия между образовательными воздействиями и возможностями самого ребенка, его индивидуально-потенциальными возможностями на основе систематического отслеживания эмоционально – поведенческого и коммуникативного развития.

Здесь диагностичность среды обеспечивается на уровне продвижения ребенка в среде, центрированной на нем и обеспечивающей индивидуальную траекторию его развития.

Проектирование КРС предполагает разработку диагностических процедур контроля и оценки достижения спроектированных образовательных целей для мониторинга качества функционирования КРС. Диагностичность КРС обеспечивается как на уровне выделенных компонентов и качественных характеристик среды (свойств).

В связи с этим важным в проектировании является ориентация на качественные характеристики (свойства) коррекционно-развивающей среды, выделяемые и интерпретируемые с позиции значимости в развитии ребенка и являющимися ориентирами в построении предметно-пространственного компонента КРС, то есть содержательные и конструктивные требования. В частности: информационная насыщенность (необходимый и достаточный фонд информации для самостоятельного решения проблемных ситуаций ребенком самостоятельно и в совместной

деятельности с взрослым); проблемность (ребенок имеет возможность самостоятельно изучить интересующие его проблемы); комфортность (ребенок должен чувствовать себя уверенным, защищенным во всех видах своей деятельности).

В соответствии с рассмотренными принципами в младшей группе ДОО была создана следующая предметно-развивающая среда:

- 1) центр театрализованной деятельности;
- 2) центр «Костюм» и ролевых игр;
- 3) центр физического развития;
- 4) центр книги;
- 5) игровой центр;
- 6) центр развивающих игр;
- 7) центр воды и песка;
- 8) центр «Творческая мастерская» (для выставки детского рисунка, детского творчества);
- 9) подвесные модули;
- 10) информационные блоки.

Оснащение уголков меняется в соответствии с тематическим планированием образовательного процесса.

Центр театрализованной деятельности.

Центр театрализованной деятельности – один из активных секторов в нашей группе.

Цель театрального уголка:

- 1) развитие творческих способностей у детей;
- 2) развитие воображения, умения импровизировать;
- 3) развитие памяти, внимания, выражение основных эмоций;
- 4) прививать устойчивый интерес к литературе, театру, музыке.

Все костюмы, атрибуты располагаются так, чтобы детям было удобно их брать и пользоваться ими, объединятся подгруппами по общим интересам.

В уголке находятся реквизиты для различных видов театра: пальчиковый, настольный, плоскостной, маски для разыгрывания сценок.

Центр «Костюма».

В нашей группе есть уголок, который любят все дети без исключения. Каждый сам выбирает свой образ, по своим симпатиям и чувствам, живущим у него в душе здесь и сейчас. Это даёт психоэмоциональную разрядку, поднимает настроение. Дети учатся сочетать вещи, ткани, размер. Изучают назначение вещей, их сезонность. Самостоятельно подбирают свой образ.

Центр физического развития.

Для успешного решения задач физического воспитания в дошкольных учреждениях, необходимо иметь физкультурное оборудование, которое должно быть и в групповой комнате, в специально отведенном месте «физкультурном уголке».

Подбор оборудования и содержание физкультурного уголка – определяется программными задачами, как физического, так и всестороннего воспитания детей. Задача воспитателя научить детей самостоятельной двигательной активности в условиях ограниченного пространства и правильному использованию физкультурного оборудования.

В нашей группе детского сада центр двигательной деятельности оформлен как часть большой игровой зоны. Для детей есть игрушки-каталки; мячи разных размеров; мячики – ёжики; мешочки, наполненные горохом для рук; массажные коврики; массажные варежки; кегли; гантели; кольцоброс; обручи; скакалки; верёвки; шнуры; сухой бассейн; дети постоянно находятся в активном движении и по своему усмотрению пользуются предложенными игрушками. В спортивном уголке находятся приспособления для организованной деятельности детей: для проведения спортивных игр и упражнений. Поэтому в нашем центре есть маски для игр. В основном, это те персонажи, которые чаще всего встречаются в их

играх: кот, заяц, лиса, медведь, волк. Предметов, для проведения упражнений – на всех детей группы: кубики, мягкие мячики, султанчики; дыхательные тренажёры – домики. Обязательно есть бубен для выполнения упражнений в предложенном ритме.

Центр книги.

Самым доступным и эффективным способом развития детей является чтение. Для многих родителей это также очень дешёвый способ заняться своим ребёнком. Развивающие способности детской книжки безграничны. Мышление, речь, память, внимание, воображение – всё это формируется благодаря общению с книгой. По этой причине мы и решили создать музей книги.

В нашем музее представлены современные книги, книги из детства наших бабушек и дедушек, книги, созданные своими руками. Мамы, папы, бабушки и даже дедушки откликнулись на наше предложение о создании книги в кругу семьи. Темы были выбраны разнообразные: «Мои любимые домашние животные», «Вежливые слова», «Времена года», «Наш любимый детский сад», «Мои любимые бабушка и дедушка» и многие другие. Мы активно используем все представленные книги, т. к. художественная литература служит действенным средством умственного, нравственного, эстетического развития детей.

Игровой центр.

В игровой зоне размещены разнообразные игры для детей с учётом возраста и гендерного воспитания.

Центр развивающих игр.

Центр развивающих игр направлен на развитие речи, сенсорного восприятия, мелкой моторики, воображения.

Центр воды и песка.

«Центр воды и песка» в нашей группе помогает организовать познавательно-исследовательскую деятельность детей. Речь идет об игре – экспериментировании с различными предметами и природными

материалами. Организуя игры с водой и песком, мы не только знакомит детей со свойствами различных предметов и материалов, но и помогаем им закрепить представления о форме, величине, цвете предметов, развивать мелкую моторику рук, закладываем основы для обучения конструированию (формование из песка).

Подвесные модули.

Маленькие дети не умеют скучать, им требуется постоянно чем-то заниматься: что-то рассматривать, трогать, наблюдать – это для них такое же действие, как бегать, прыгать, играть. Поэтому, наличие в помещении подвесных фигурок, бабочек, птиц, звёздочек, создают атмосферу, в которой постоянно что-то меняется и движется. Очень полезным с точки зрения эстетики и психологии является цветовой каскад. В нашей групповой комнате множество таких каскадов.

Центр творчества.

Творчество в широком смысле слова – это деятельность, направленная на получение чего-то нового, неповторимого. В оформлении приёмной всегда найдётся место для работ детей, их творчества. Очень красочно оформлена выставка, где мы размещаем рисунки и аппликации детей. В центре творчества постоянно что-то меняется в зависимости от лексических тем, осваиваемых техник.

В центре внимания педагогов находится отсутствие речи / низкая речевая активность и недостаточная мотивация речевого общения детей группы риска, трудности адекватного использования освоенных языковых средств в коммуникативных ситуациях, внеречевые механизмы общения (внимание к другому, чувство партнера, умение понимать и адекватно использовать в процессе общения взгляды, мимику и прочее), эмоциональная перцепция. Исходя из этого, наряду с организацией предметно-пространственных условий особое значение отводится конструированию особого субъект – субъектного пространства жизнедеятельности детей. Здесь средообразующим элементов в широком смысле

выступает коррекционно-развивающее сопровождение (педагогическое сопровождение) ребенка, а в конкретном – педагогическим средством выступают ситуации личностно-ориентированного взаимодействия взрослого и ребенка.

Учитывая, что контакты различного характера, возникающие между участниками образовательного процесса (в нашем случае между взрослым и ребенком) – психолого-педагогическая сфера взаимодействия, имеющая взаимообогащающий потенциал, взаимодействие рассматривается с трех позиций: как согласованность действий педагога и ребенка; как профессиональное качество педагога; как важный социальный навык, которым должен овладеть ребенок.

Специфика педагогического взаимодействия с ребенком группы риска обусловлена, во-первых, необходимостью включения его в различные виды социальных отношений в воспитании, общении, игре, практической деятельности и тем самым поддержания единства изменения трех сущностных сфер личности (деятельности, общения, самопознания) в процессе его социализации; во-вторых, необходимостью реализации выше названных задач в единстве с целенаправленной систематической работой по развитию индивидуальных речевых способностей (способностей воспринимать и продуцировать речь) и навыков речевого общения.

Педагог выступает организатором педагогических ситуаций, в том числе речевых ситуаций, когда ребенку отводится активная роль, взрослый занимает позицию "вместе" с ребенком, они партнеры по познанию. При этом особое внимание обращается на формирование у ребенка уверенности в своих возможностях, стремление к достижению цели и удовлетворения от достигнутого результата, умение адекватно оценить свои действия, касающиеся как непосредственно речевой, так и другой деятельности.

Коммуникативно – деятельностный компонент при коррекционной направленности среды развития ребенка приобретает особое содержание.

Формирование полноценной речевой деятельности невозможно вне двух взаимосвязанных параметров: вне предметно – практической деятельности ребенка по освоению реального мира и вне социальной жизни ребенка.

Взрослый организует поле детской деятельности, расширение собственного практического опыта ребенка через познание им окружающих предметов, объектов и явлений, и этому служит насыщенная, вариативная предметно-развивающая среда. При этом для успешной социализации ребенка группы риска важен процесс социального опосредования этого опыта, его интенсивная социальная категоризация средствами языковых обобщений. На это ориентировано взаимодействие взрослого и ребенка, и организация совместной деятельности детей на основе интенсивной речевой коммуникации. В данном случае педагогическим средством, обеспечивающим речевое развитие ребенка, является речевая ситуация, на методическом проектировании которой фокусируется процесс конструирования речевой среды.

Предметно – практическая деятельность максимально ориентирована на включение речи, речевой коммуникации в процесс деятельности значимой для дошкольника: игру, труд, продуктивные виды деятельности, изодетельность и др. в сотрудничестве со сверстниками или взрослым. Использование видов деятельности дошкольника в качестве основы для речевого развития, во-первых, создает предпосылки для повышения мотивации речевого общения, во-вторых, оказывает влияние на ее структурно-смысловое оформление.

Для организации речевой коммуникации необходимо преодоление низкой речевой активности, трудностей обобщения, освоение словесных значений, развитие произвольности деятельности. В этом процессе роль педагога как субъекта речевой коммуникации такова: он выступает в роли эталона правильной речи, источника информации и, осуществляет воздействие на мотив деятельности, ее программу (регулирует поведение

ребенка в общении). Детское же сообщество дает практику общения на языке, ролевое проигрывание коммуникативных ситуаций в совместных играх и пр.

В практической коррекционно-педагогической деятельности необходимо создание психолого-педагогических условий, среди которых:

- предоставление ребенку с целью развития социальных эмоций опыта особого социального действия – опыта постановки себя на место другого; опыта понимания эмоциональных состояний другого; опыта понимания и управления своими эмоциями; опыта вербализации чувств и эмоциональных состояний,

- активность педагога в описании чувств и переживаний ребенка, направленная на осознание ребенком того, что он принят и понят, а также с целью предоставления образцов словесного обозначения,

- предоставление опыта установления контактов в различных коммуникативных ситуациях с целью усвоения коммуникативных навыков и укрепления уверенности в своих возможностях в общении с другими людьми,

- предоставление широкого выбора видов деятельности и опыта достижения цели совместной деятельности для укрепления уверенности в своих возможностях, а также развития произвольности и способности к регулированию собственного поведения,

- побуждение к сотрудничеству в проблемных ситуациях, тем самым удовлетворение социальной потребности в признании и развитие способности к целенаправленным действиям для достижения результата,

- стимулирование высказываний с использованием освоенных языковых средств в различных видах деятельности через создание вариативных речевых ситуаций.

Предлагается реализовывать модель комплексной предупредительной работы с детьми, имеющими фактор риска возникновения речевого нарушения с применением и на основе индивидуального коррекционного

образовательного маршрута (ИКОМа), так как в процессе его реализации задействованы модули, компоненты и блоки.

Индивидуальный коррекционный образовательный маршрут – это документ, который отражает различные формы и методы работы с детьми «группы риска» и направлен на коррекцию проблем в их физическом, интеллектуальном, эмоционально-волевом, личностном развитии.

Цель создания подобных маршрутов – обеспечить формирование и реализацию образовательных потребностей на основании выбора и оптимизации учебной, психической и физической нагрузок с учетом индивидуальных особенностей их развития.

Создание индивидуальных образовательных маршрутов для детей «группы риска» предполагает последовательное соблюдение определенных этапов:

1-й этап – наблюдение за детьми в условиях дошкольного учреждения в процессе режимных моментов.

2-й этап – проведение педагогического и психологического мониторинга, который направлен на выявление проблем у детей в интеллектуальном, эмоциональном, личностном развитии.

3-й этап – принятие психолого-педагогического решения для разработки индивидуального образовательного маршрута (постановка цели, определение задач, форм и методов работы с детьми).

4-й этап – взаимодействие с родителями (законными представителями) детей «группы риска» (проведение совместных мероприятий, организация консультаций, размещение информации в родительском уголке).

3.3 Анализ результатов эксперимента

Организация формирующего обучения проходила следующим образом:

– количество детей – 5 детей группы риска младшей группы,
– период проведения формирующего этапа – с января 2019 года по январь 2020 года.

Далее была сформулирована цель формирующего эксперимента.

Цель формирующего эксперимента: разработать и апробировать систему работы, направленную на формирование системы предупреждения нарушений речи у детей младшего дошкольного возраста группы риска.

Задачи:

- 1) разработать систему работы по предупреждению нарушений речи у детей младшего дошкольного возраста группы риска;
- 2) апробировать систему работы по предупреждению нарушений речи у детей младшего дошкольного возраста группы риска.

Основной работой стала разработка индивидуальных образовательных маршрутов для каждого ребенка, в который добавлялись блоки на основании диагностического материала, в зависимости от основной выявленной проблемы.

У Данила М. слабый тон голоса и недостаточно развиты мышцы языка, губ. В итоге, в ИКОМ Данила М. добавлены упражнения на развитие силы голоса, тембра голоса, активизации небной занавески, дыхательная гимнастика, а также комплексы упражнений для развития мышц языка и губ.

Результаты обследования Данила М. и направления коррекционной работы приведены в таблице 3.1.

Таблица 3.1 – Результаты обследования Данила М. и направления коррекционной работы

Компонент/ что обследовано	Результат обследования	Какие блоки добавлены в ИКОМ
1	2	3

Продолжение таблицы 3.1

Компоненты интонационной системы	Основной тон голоса: нормальный голос достаточной силы. Мелодика: Подражает повышению/понижению тона взрослого. В собственных высказываниях также повышает/понижает тон голоса. Самостоятельные голосовые модуляции также присутствуют.	Упражнения на развитие силы голоса, тембра голоса, активизация небной занавески, дыхательная гимнастика.
Моторные предпосылки артикуляции	В целом приступает к еде быстро, с удовольствием, но ест не аккуратно. Губные мышцы: Захват жидкого пищевого комка: Захват жидкого пищевого комка достаточный, недостаточный захват нижней губой, редко напиток/суп проливается. Скоординированность движений в основном присутствует. Захват твердого пищевого комка: Мальчик не отказывается от твердой пищи. Губные мышцы участвуют в захвате твердого пищевого комка. Удержание пищевого комка в полости рта: удержание и перемещение пищевого комка в ротовой полости без помощи пальца; Состояние носогубной складки: парная. Мышцы языка: Облизывает верхнюю/нижнюю губы. Нинечелюстные мышцы: Объем движений: значительное опускание нижней челюсти (хорошо откусывает). Время выполнения движений: длительного жевания нет, очень быстро устает от пережевывания твердой пищи. Тонус нормальный: рот закрыт.	Упражнения для развития мышц языка. Комплекс для развития мышц губ.

У Матвея К. наблюдалось недостаточное развитие нижнечелюстных мышц, что приводило к проблеме при приеме пищи, а также в произнесении звуков, поэтому в ИКОМ добавлен комплекс упражнений для развития подвижности нижней челюсти, мышц глотки и мягкого неба.

Результаты обследования Матвея К. и направления коррекционной работы приведены в таблице 3.2.

Таблица 3.2 – Результаты обследования Матвея К. и направления коррекционной работы

Компонент/ что обследовано	Результат обследования	Какие блоки добавлены в ИКОМ
1	2	3
Компоненты интонационной системы	<p>Основной тон голоса: основной тон голоса глухой. Наблюдается наличие подъемов и спусков мелодической кривой.</p> <p>Мелодика: Подражает повышению/понижению тона взрослого. В собственных высказываниях также повышает/понижает тон голоса. Самостоятельные голосовые модуляции присутствуют, сопровождаются мимикой в соответствии с эмоцией.</p> <p>Ритм: Количество ямбически организованных слов превышает количество хорейчески организованных.</p>	
Моторные предпосылки артикуляции	<p>В целом наблюдается общая амимия в процессе приема пищи: ребенок очень долго сидит над тарелкой или с куском в руке. Медленно подносит ложку ко рту или откусывает, лениво пережевывает пищу, без удовольствия.</p> <p>Губные мышцы: Захват жидкого пищевого комка: Захват жидкого пищевого комка достаточный, достаточный захват нижней губой, напиток/суп проливается редко. Скоординированность движений присутствует.</p> <p>Захват твердого пищевого комка: Мальчик не отказывается от твердой пищи, тщательно выполняет жевательные движения.</p> <p>Губные мышцы принимают участие в захвате твердого пищевого комка.</p>	Упражнения для развития подвижности нижней челюсти, мышц глотки и мягкого неба

Продолжение таблицы 3.2

1	2	3
	<p>Мышцы языка: Присутствуют круговые облизывающие движения языка при попадании густого напитка или жидкой каши на губы или окологубное пространство. Положение языка в свободной деятельности: старается помогать себе языком при трудной работе. Нинечелюстные мышцы: Объем движений: объем жевательных движений достаточен. Время выполнения движений: долго пережевывает пищу.</p>	

У Сони П. при диагностике выявлено наличие визгливого тона голоса. Упражнения для развития высоты, силы и тембра голоса позволили нормализовать голос.

Результаты обследования Сони П. и направления коррекционной работы приведены в таблице 3.3.

Таблица 3.3 – Результаты обследования Сони П. и направления коррекционной работы

Компонент/ что обследовано	Результат обследования	Какие блоки добавлены в ИКОМ
1	2	3
Компоненты интонационной системы	<p>Основной тон голоса: основной тон голоса – визгливый голос нормальной силы. Наблюдается наличие подъемов и спусков мелодической кривой. Мелодика: Подражает повышению/понижению тона взрослого. В собственных высказываниях повышает/понижает тон голоса. Присутствуют самостоятельные голосовые модуляции. Ритм: Количество ямбически организованных слов превышает количество хореически организованных.</p>	<p>Включены упражнения в игровой форме для развития высоты, силы, тембра голоса. Т.к. игры необходимо проводить с группой детей, данные упражнения будут выполнять все дети из обследуемых.</p>

Продолжение таблицы 3.3

1	2	3
<p>Моторные предпосылки артикуляции</p>	<p>В целом пищевое поведение ребенка нормальное. Пищу принимает с удовольствием.</p> <p>Губные мышцы:</p> <p>Захват жидкого пищевого комка:</p> <p>Объем движений при захвате жидкого пищевого комка достаточный, (захватывает губами край ложки/чашки, при этом жидкая пища/питье не проливается.</p> <p>Захват твердого пищевого комка:</p> <p>Девочка не отказывается от твердой пищи в виде кусочков мяса или твердых овощей.</p> <p>Губы принимают участие в захватывании твердого пищевого комка.</p> <p>Достаточное участие в захвате твердого пищевого комка.</p> <p>Удержание пищевого комка в полости рта:</p> <p>В процессе пережевывания губы сомкнуты.</p> <p>Состояние носогубной складки: парная.</p> <p>Мышцы языка:</p> <p>Облизывает верхнюю губу выраженным кончиком языка.</p> <p>Положение языка в свободной деятельности: язык находится в полости рта и его не видно.</p> <p>Нинечелюстные мышцы:</p> <p>Объем движений: объем жевательных движений достаточен.</p> <p>Время выполнения движений: тщательно пережевывает твердую пищу.</p> <p>Рот закрыт во время свободной деятельности.</p>	

У Никиты Р. основная выявленная проблема – недостаточность силы голоса, что потребовало включение в ИКОМ системы артикуляционных упражнений и гигиенического массажа, т.к. именно при артикуляции оформляется тембр голоса, формируются гласные и согласные звуки. Кроме того, чем лучше и точнее артикуляция, тем целесообразнее и точнее функция голосовых складок.

Результаты обследования Никиты Р. и направления коррекционной работы приведены в таблице 3.4.

Таблица 3.4 – Результаты обследования ребенка (Никита Р.) и направления коррекционной работы

Компонент/ что обследовано	Результат обследования	Какие блоки добавлены в ИКОМ
1	2	3
Компоненты интонационной системы	<p>Основной тон голоса: основной тон голоса - глухой.</p> <p>Мелодика: Подражает повышению/понижению тона взрослого. В собственных высказываниях повышает/понижает тон голоса. Присутствуют самостоятельные голосовые модуляции.</p> <p>Ритм: Дельта между хорейчески организованными и ямбически организованными словами составляет от 35 до 95%.</p>	Гигиенический массаж, артикуляционная гимнастика.
Моторные предпосылки артикуляции	<p>В целом пищевое поведение ребенка нормальное. Пищу принимает с удовольствием.</p> <p>Губные мышцы:</p> <p>Захват жидкого пищевого комка: Объем движений при захвате жидкого пищевого комка достаточный, (захватывает губами край ложки/чашки, при этом жидкая пища/питье не проливается).</p> <p>Захват твердого пищевого комка: Губы не принимают участие в захватывании твердого пищевого комка. Отделяет твердый пищевой комок зубами без участия губных мышц.</p> <p>Удержание пищевого комка в полости рта:</p>	

Продолжение таблицы 3.4

1	2	3
	<p>В процессе пережевывания губы разомкнуты (удерживает пищевой комок в полости рта пальцем). Состояние носогубной складки: парная. Мышцы языка: Облизывает верхнюю губу выраженным кончиком языка. Положение языка в свободной деятельности: помогает себе при выполнении трудной работы. Нинечелюстные мышцы: Объем движений: объем жевательных движений достаточен. Достаточно опускает нижнюю челюсть при жевании. Время выполнения движений: тщательно пережевывает твердую пищу. Рот закрыт во время свободной деятельности.</p>	

У Максима Д. диагностирована недостаточная дыхательная струя, голос слабый, поэтому рекомендованы упражнения для развития речевого дыхания и силы голоса.

Результаты обследования Максима Д. и направления коррекционной работы приведены в таблице 3.5.

Таблица 3.5 – Результаты обследования Максима Д. и направления коррекционной работы

Компонент/ что обследовано	Результат обследования	Какие блоки добавлены в ИКОМ
1	2	3
Компоненты интонационной системы	<p>Основной тон голоса: основной тон голоса – нормальный голос нормальной силы. Мелодика: Подражает повышению/понижению тона взрослого. В собственных высказываниях повышает/понижает тон голоса. Присутствуют самостоятельные голосовые модуляции. Ритм: Дельта между хорически организованными и ямбически организованными словами составляет от 35 до 95%.</p>	<p>Упражнения для развития речевого дыхания и силы голоса.</p>

Продолжение таблицы 3.5

1	2	3
<p>Моторные предпосылки артикуляции</p>	<p>В целом пищевое поведение ребенка нормальное. Пищу принимает с удовольствием.</p> <p>Губные мышцы: Захват жидкого пищевого комка: Объем движений при захвате жидкого пищевого комка достаточный, (захватывает губами край ложки/чашки, при этом жидкая пища/питье не проливается).</p> <p>Захват твердого пищевого комка: Губы не принимают участие в захватывании твердого пищевого комка. Отделяет твердый пищевой комок зубами без участия губных мышц.</p> <p>Удержание пищевого комка в полости рта: В процессе пережевывания губы разомкнуты (удерживает пищевой комок в полости рта пальцем).</p> <p>Состояние носогубной складки: парная.</p> <p>Мышцы языка: Не поднимает кончик языка вверх (неудачные попытки облизать верхнюю губу спинкой языка с невыраженным кончиком); вытирает салфеткой губы.</p> <p>Положение языка в свободной деятельности: помогает себе при выполнении трудной работы.</p> <p>Нинечелюстные мышцы: Объем движений: объем жевательных движений достаточен.</p> <p>Достаточно опускает нижнюю челюсть при жевании.</p> <p>Время выполнения движений: тщательно пережевывает твердую пищу.</p> <p>Рот закрыт во время свободной деятельности.</p>	

На третьем этапе нами были разработаны ИКОМы для обследуемых детей, которые были реализованы в течение 2019 – 2020 гг.; также их реализация осуществлялась как часть модели предупредительной коррекционно – педагогической и психологической работы с детьми группы риска.

Результаты контрольного эксперимента в условиях дошкольного образовательного учреждения показали, что эффективность функционирования коррекционно – развивающей среды обеспечивается:

1) организационными условиями, среди которых: своевременное выявление, наряду с диагностикой характера потенциального нарушения, трудностей в социально-эмоциональной и коммуникативной сфере детей группы риска; проведение коррекционно – развивающей работы, средообразование; обогащение и структурирование среды развития ребенка группы риска в логике личностно-ориентированной образовательной модели и единства общеобразовательного и коррекционного компонентов; реализация коммуникативного подхода в коррекционно – воспитательном процессе всеми субъектами КРС; реализация принципа преемственности в функционировании КРС дошкольного образовательного учреждения через обеспечение преемственности коммуникативной среды как базовой составляющей среды образовательного учреждения в целом и интеграции сред развития ребенка в семье и в условиях ДООУ;

2) психолого – педагогическими условиями: обеспечение целостности развития ребенка группы риска через сохранность в совокупности разных сторон его психофизического развития, коррекции нарушений речевой деятельности и социально – личностного развития; ориентация среды КРС на субъектную позицию ребенка в ней и практическую реализацию этой ориентации; ведущая роль педагога, в создании и персонификации среды развития ребенка группы риска с опорой на личностно – ориентированную модель взаимодействия; соблюдение принципа коммуникативной активности в педагогическом взаимодействии.

Достигнутые результаты коррекционно – предупредительной работы приведены в таблице 3.6.

Таблица 3.6 – Достигнутые результаты коррекционно-предупредительной работы

№	Имя ребенка	Факторы риска (выявленные факторы)	Динамика
1	2	3	4
1	Данил М.	Пренатальный период: ОРВИ у мамы, натальный период: асфиксия Постнатальный период: -	У детей отмечается положительная динамика по оцениваемым параметрам, а именно по параметрам развития интонационной системы и моторные предпосылки артикуляции.
2	Матвей К.	Пренатальный период: угроза прерывания (анемия у мамы), натальный период: кесарево сечение, обвитие пуповиной, Постнатальный период: перинатальная энцефалопатия	У детей отмечается положительная динамика по оцениваемым параметрам, а именно по параметрам развития интонационной системы и моторные предпосылки артикуляции.
3	Соня П.	Пренатальный период: Прием лекарственных препаратов (антибиотиков) мамой 1 триместр; натальный период: преждевременные роды (35-36 неделя) Постнатальный период: минимальная мозговая дисфункция	У детей отмечается положительная динамика по оцениваемым параметрам, а именно по параметрам развития интонационной системы и моторные предпосылки артикуляции.
4	Никита Р.	Пренатальный период: Психотравма у мамы (смерть близкого родственника) натальный период: преждевременные роды (34-35 нед.) Постнатальный период: мышечная дистония	У детей отмечается положительная динамика по оцениваемым параметрам, а именно по параметрам развития интонационной системы и моторные предпосылки артикуляции.

Продолжение таблицы 3.6

5	Максим Д.	<p>Пренатальный период: Угроза прерывания, отрицательный резус натальный период: стимуляция родов Постнатальный период: перинатальное поражение центральной нервной системы</p>	<p>У детей отмечается положительная динамика по оцениваемым параметрам, а именно по параметрам развития интонационной системы и моторные предпосылки артикуляции.</p>
---	-----------	---	---

Кроме контрольного эксперимента в конце учебного года, нами было проведено промежуточное тестирование в середине года.

Входные, промежуточные и контрольные показатели детей были получены с помощью Программного модуля – Диагностика психоречевого развития ребенка, разработанная Е.В. Шереметьевой.

Результаты всех обследований, выраженные в количестве баллов, приведены на рисунке 3.1.

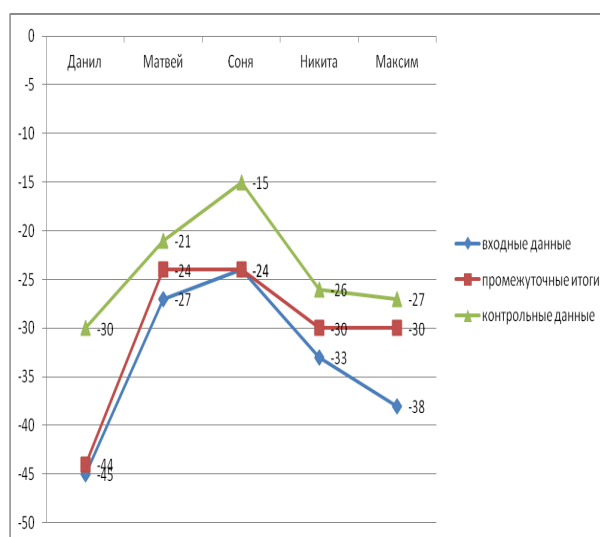


Рисунок 3.1 – Результаты обследования детей младшего дошкольного возраста группы риска

Обобщая результаты, необходимо отметить, что положительная динамика достигнута лишь по истечении времени формирующего эксперимента, на этапе контрольного эксперимента. При этом, динамика положительна во всех случаях, но по некоторым детям, она минимальна.

Речевые профили детей улучшились: у Данила М. (входной параметр -45), ИКОМ направлен на развитие силы голоса, тембра голоса,

активизация небной занавески, развитие мышц языка, развитие мышц губ. Итоговый результат ребенка после реализации комплекса упражнений – 30 баллов.

У Матвея К. (входной параметр - 27), ИКОМ направлен на развитие артикулярного аппарата, реализованы упражнения для развития подвижности нижней челюсти, мышц глотки и мягкого неба. Итоговый результат ребенка после реализации комплекса упражнений - 21 баллов.

У Сони П. (входной балл - 24), ИКОМ направлен на интонационную систему, нормализацию голоса. Включены упражнения в игровой форме для развития высоты, силы, тембра голоса. Итоговый результат ребенка после реализации комплекса упражнений - 15 баллов.

У Никиты Р. (входной параметр - 33) основная выявленная проблема – недостаточность силы голоса, что потребовало включение в ИКОМ системы артикуляционных упражнений и гигиенического массажа, т.к. именно при артикуляции оформляется тембр голоса, формируются гласные и согласные звуки. Итоговый результат ребенка после реализации комплекса упражнений - 26 баллов.

У Максима Д. (входной параметр -38) диагностирована недостаточная дыхательная струя, голос слабый, поэтому рекомендованы упражнения для развития речевого дыхания и силы голоса. Итоговый результат ребенка после реализации комплекса упражнений -27 баллов.

Вывод по третьей главе

Таким образом, в третьей главе данной работы нами предложена коррекционная работа по предупреждению речевых нарушений у детей младшего дошкольного возраста группы риска.

Из рассмотренных нами направлений: воздействие на формирующуюся речевую функцию ребенка, коррекционно-развивающая работа с детьми, индивидуальный образовательный маршрут, выбрано третье направление.

Предлагается реализовывать модель профилактической коррекционно-педагогической и психологической работы с применением и на основе ИКОМа, так как в процессе его реализации присутствуют модули, компоненты и блоки этой же модели и участники процесса также задействованы (воспитатель, учитель – дефектолог, учитель – логопед, психолог, музыкальный работник, инструктор по физическому воспитанию).

Организация формирующего обучения проходила следующим образом:

- количество детей – 5 детей группы риска младшей группы,
- период проведения формирующего этапа – с января 2019 года по январь 2020 года.

Далее была сформулирована цель формирующего эксперимента.

Цель формирующего эксперимента: разработать и апробировать комплекс работ, направленных на формирование системы предупреждения нарушений речи у детей младшего дошкольного возраста группы риска.

Задачи:

- 1) разработать систему работы по предупреждению нарушений речи у детей младшего дошкольного возраста группы риска;
- 2) апробировать систему работы по предупреждению нарушений речи у детей младшего дошкольного возраста группы риска.

Основной работой стала разработка индивидуальных образовательных маршрутов для каждого ребенка, в который добавлялись блоки на основании диагностического материала, в зависимости от основной выявленной проблемы.

В ИКОМ каждого ребенка добавлены необходимые коррекционные направления, которые позволили по итогам формирующего эксперимента увидеть положительную динамику.

Обобщая результаты, необходимо отметить, что положительная динамика достигнута лишь по истечении учебного года, на этапе контрольного эксперимента. При этом, динамика положительна во всех случаях, но по некоторым детям, она минимальна.

Речевые профили детей улучшились: у Данила (входной параметр -45), ИКОМ направлен на развитие силы голоса, тембра голоса, активизация небной занавески, развитие мышц языка, развитие мышц губ. Итоговый результат ребенка после реализации комплекса упражнений - 30 баллов.

У Матвея (входной параметр -27), ИКОМ направлен на развитие артикулярного аппарата, реализованы упражнения для развития подвижности нижней челюсти, мышц глотки и мягкого неба. Итоговый результат ребенка после реализации комплекса упражнений - 21 баллов.

У Сони (входной балл -24), ИКОМ направлен на интонационную систему, нормализацию голоса. Включены упражнения в игровой форме для развития высоты, силы, тембра голоса. Итоговый результат ребенка после реализации комплекса упражнений - 15 баллов.

У Никиты Р. (входной параметр - 33) основная выявленная проблема – недостаточность силы голоса, что потребовало включение в ИКОМ системы артикуляционных упражнений и гигиенического массажа, т.к. именно при артикуляции оформляется тембр голоса, формируются гласные и согласные звуки. Итоговый результат ребенка после реализации комплекса упражнений - 26 баллов.

У Максима (входной параметр - 38) диагностирована недостаточная дыхательная струя, голос слабый, поэтому рекомендованы упражнения для развития речевого дыхания и силы голоса. Итоговый результат ребенка после реализации комплекса упражнений - 27 баллов.

В целом, считаем исследование завершенным.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Итогом теоретической части диссертационного исследования являются следующие положения.

Процесс речевого развития определяется поэтапным взаимодействием психофизиологических, языковых и когнитивных компонентов. Устная речь – это крайне сложный процесс, формирование которого представляет собой цепочку взаимосвязанных операций. В литературе трактовок устной речи значительное количество.

В процессе развития речи последовательно вырабатываются базовые структуры языковой системы: фонематическое восприятие, артикуляционные моменты, лексические средства, морфемные и фонетические элементы, грамматические и текстовые операции.

Помимо этого у ребенка должно возникнуть намерение общаться, для развития речи необходимо формирование потребности в общении через деятельность с предметами окружающего мира, затем ребенок использует доступные ему невербальные средства, а далее общается и с помощью слов и фраз.

Развитие речи ребенка – становление единой сложной системы взаимосвязанных и взаимозависимых элементов.

Генез устной речи представляет собой комплексный динамический процесс последовательных этапов развития речевой функции, строящийся на формировании фонематического слуха, возможностей ребенка воспринимать речь, слухового и зрительного анализаторов, центрального и периферического речевого аппарата, на который оказывают/могут оказывать влияние эндогенные и экзогенные факторы.

Рассмотрено многообразие факторов, способствующих возникновению речевых нарушений у детей, различают неблагоприятные внешние (экзогенные) и внутренние (эндогенные) факторы, а также внешние условия окружающей среды.

Особое внимание уделено группе социально – педагогических факторов, так как их преодоление/устранение во многих случаях является возможным к реализации для полноценного речевого развития детей. Такие факторы как, например, наследственные или родовая травма преодолеть значительно труднее, либо невозможно, поэтому исследование социально-психологических факторов – важный этап в комплексной всесторонней работе специалистов ДООУ и семьи.

Понятие дети «группы риска» – это очень широкое понятие, охватывающее генетические, нейробиологические, социальные и другие факторы, оказывающие (или оказавшие на определенном этапе) негативное влияние на развитие ребенка.

Применительно к теме нашего исследования целесообразно остановиться на понятии: дети «группы риска» по формированию нарушений речи – это дети подвергшиеся факторам перинатальной патологии, а также наследственной предрасположенности (либо сочетание этих факторов), а также социально-педагогическим факторам.

Итогом практической части исследования является следующее.

Во второй главе мы осуществили двухэтапное обследование детей младшего дошкольного возраста.

На первом этапе проанализировано 20 детей с отклонениями в овладении речью, осуществлена выборка 5 детей, отнесенных к группе риска.

На втором этапе выбранные 5 детей группы риска проанализированы на предмет особенностей у них предпосылок устной речи и возможностей дальнейшего развития речи.

По итогам обследования, определены направления коррекционного воздействия, которые предложены программным модулем диагностики.

Данных рекомендаций недостаточно для работы с детьми, поэтому необходимо далее рассмотреть методики коррекционного воздействия, которые целесообразно применить к работе с детьми.

В третьей главе данной работы нами предложена коррекционная работа по предупреждению речевых нарушений у детей младшего дошкольного возраста группы риска.

Из рассмотренных нами направлений: воздействие на формирующуюся речевую функцию ребенка, коррекционно-развивающая работа с детьми, индивидуальный образовательный маршрут, выбрано третье направление.

На основе полученных в результате формирующего и контрольного этапов эксперимента данных можно сделать вывод.

Предлагается реализовывать модель предупредительной коррекционно-педагогической и психологической работы с применением и на основе ИКОМа, так как в процессе его реализации присутствуют модули, компоненты и блоки этой же модели и участники процесса также задействованы (воспитатель, учитель – дефектолог, учитель – логопед, психолог, музыкальный работник, инструктор по физическому воспитанию).

Организация формирующего обучения проходила следующим образом:

- количество детей – 5 детей группы риска младшей группы,
- период проведения формирующего этапа – с января 2019 года по январь 2020 года.

Далее была сформулирована цель формирующего эксперимента.

Цель формирующего эксперимента: разработать и апробировать комплекс работ, направленных на формирование системы предупреждения нарушений речи у детей младшего дошкольного возраста группы риска.

Задачи:

- 1) разработать систему работы по предупреждению нарушений речи у детей младшего дошкольного возраста группы риска;
- 2) апробировать систему работы по предупреждению нарушений речи у детей младшего дошкольного возраста группы риска.

Основной работой стала разработка индивидуальных образовательных маршрутов для каждого ребенка, в который добавлялись блоки на основании диагностического материала, в зависимости от основной выявленной проблемы.

В ИКОМ каждого ребенка добавлены необходимые коррекционные направления, которые позволили по итогам формирующего эксперимента увидеть положительную динамику.

Обобщая результаты, необходимо отметить, что положительная динамика достигнута лишь по истечении формирующего эксперимента, на этапе контрольного эксперимента. При этом, динамика положительна во всех случаях, но по некоторым детям, она минимальна.

Речевые профили детей улучшились.

У Данила М. (входной параметр -45), ИКОМ направлен на развитие силы голоса, тембра голоса, активизация небной занавески, развитие мышц языка, развитие мышц губ. Итоговый результат ребенка после реализации комплекса упражнений - 30 баллов.

У Матвея К. (входной параметр -27), ИКОМ направлен на развитие артикулярного аппарата, реализованы упражнения для развития подвижности нижней челюсти, мышц глотки и мягкого неба. Итоговый результат ребенка после реализации комплекса упражнений - 21 баллов.

У Сони П. (входной балл -24), ИКОМ направлен на интонационную систему, нормализацию голоса. Включены упражнения в игровой форме для развития высоты, силы, тембра голоса. Итоговый результат ребенка после реализации комплекса упражнений - 15 баллов.

У Никиты Р. (входной параметр - 33) основная выявленная проблема – недостаточность силы голоса, что потребовало включение в ИКОМ системы артикуляционных упражнений и гигиенического массажа, т.к. именно при артикуляции оформляется тембр голоса, формируются гласные и согласные звуки. Итоговый результат ребенка после реализации комплекса упражнений - 26 баллов.

У Максима Д. (входной параметр -38) диагностирована недостаточная дыхательная струя, голос слабый, поэтому рекомендованы упражнения для развития речевого дыхания и силы голоса. Итоговый результат ребенка после реализации комплекса упражнений -27 баллов.

Таким образом, задачи исследования решены, поставленная цель достигнута. Гипотеза о том, что неблагоприятные факторы на любом периоде развития ребенка могут оказать или не оказать влияние на речевое развитие, но при применении комплексного подхода к работе с детьми группы риска, то динамика речевого развития ребенка положительна будет обеспечена путем реализации модели комплексной предупредительной работы с детьми, имеющими фактор риска возникновения речевого нарушения доказана.

Список использованных источников

1. Альперович, В. Д. Трудные дети семей «риска» [Текст] / Валерий Альперович // Журнал практического психолога . – 2000. № 8 – 9. – С.105.
2. Арушанова, А. Г. Речь и речевое общение детей 3–7 лет [Текст] : методическое пособие / Алла Арушанова. – Москва : Мозаика-Синтез, 2002. – 270 с.
3. Антонова, Л. Н. Психология и педагогика поддержки [Текст] /Лидия Антонова // Прикладная психология и психоанализ. – 2005. № 1. – с.17–35.
4. Белкин, А. С. Основы возрастной педагогики [Текст] : учеб. пособие / Август Белкин. – Москва : Академия, 2005. – 158 с.
5. Блонский, П. П. Психология младшего школьника: избранные психологические труды [Текст] / Павел Блонский. – Воронеж : НПО «МОДЭК», 2006. – 631 с.
6. Богуславская, З. М. Развивающие игры для детей дошкольного возраста [Текст] : пособие для воспитателя детского сада / З. М. Богуславская, Е.О. Смирнова ; Москва: Просвещение, 2004. – 207 с.
7. Бодалев, А. А. Психология общения: избранные психологические труды [Текст] / Алексей Бодалев.– Воронеж : НПО «МОДЭК», 2004. – 256 с.
8. Бондаренко, А. К. Дидактические игры в детском саду возраста [Текст] : Пособие для воспитателя детского сада / Антонина Бондаренко. – Москва : Просвещение, 2005. – 176 с.
9. Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков [Текст]: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Г. В. Бурменская, Е. И. Захарова, О.А. Карабанова и др. – Москва : Издательский центр «Академия», 2002. – 416 с.
10. Выготский, Л. С. Умственное развитие детей в процессе обучения [Текст] : сборник статей / Лев Выготский. – Москва : Издательство Академии педагогических наук РСФСР, 1956. – 455 с.

11. Выготский, Л. С. Мышление и речь [Текст] : сборник / Лев Выготский. – Москва : Лабиринт, 2008. – 462 с.
12. Выготский, Л. С. Психология развития человека [Текст] : библиотека всемирной психологии / Лев Выготский. – Москва : ЭСКМО, 2005. – 1136 с.
13. Гвоздев, А. Н. Вопросы изучения детской речи [Текст] : метод. пособие для воспитателей, учителей, студентов, преподавателей ВУЗов / Александр Гвоздев. – Москва : Лабиринт, 1961. – 472 с.
14. Гвоздев, А. Н. Формирование у ребёнка грамматического строя русского языка [Текст] метод. пособие для воспитателей, учителей, студентов, преподавателей ВУЗов / Александр Гвоздев – Москва : Издательство Академии педагогических наук РСФСР, 1949. – 193 с.
15. Грибова, О. Е. Прием научного моделирования как средство изучения речевых нарушений [Текст] / Ольга Грибова // Дефектология. – 2001. – № 1. – С. 3 – 10.
16. Громова, О. Е. Изучение детского лексикона на ранних этапах развития речи [Текст] / Ольга Громова // Дефектология. – 2003. №6. – С. 55 – 61.
17. Громова, О. Е. Логопедическое обследование детей 2 - 4 лет [Текст]: Методическое пособие / О.Е. Громова, Г.Н. Соломатина; Москва : Сфера, 2004. –128 с.
18. Громова, О. Е. Формирование начального детского лексикона в условиях направленного коррекционно-развивающего обучения [Текст]: дис. канд. пед. наук: 13.00.03 : защищена 16.10.2003: утв.17.02.2004 / Громова Ольга Евгеньевна. – Москва, 2003. – 182 с.
19. Диагностическое обследование детей раннего и младшего дошкольного возраста [Текст] : серия «Коррекционная педагогика» / Н. В. Серебрякова. – СПб.: КАРО, 2005. – 64 с.
20. Каверина, Е. К. О развитии речи детей двух первых лет жизни [Текст] / Е. К. Каверина ; под ред. Н. М. Щелованова, Н. М. Аксариной. – Москва: Медгиз, 1950. – 120 с.

21. Каменская, В. Г. Детская психология с элементами психофизиологии [Текст] : Учебное пособие / Валентина Каменская. – Москва: ФОРУМ: ИНФА – М, 2005. С. 125 – 135.
22. Каше, Г. А. Подготовка к школе детей с недостатками речи [Текст] : пособие для логопеда / Галина Каше. – Москва: Просвещение, 1985. – 207 с.
23. Корнев, А. Н. Основы логопатологии детского психологические аспекты [Текст] : / Александр Корнев. – СПб.: Речь, 2006. – 380 с.
24. Лалаева, Р. И. Логопатофизиология [Текст] : пособие для студентов/ Р. И. Лалаева, С. Н. Шаховская; – Москва : ВЛАДОС, 2013. – 462 с.
25. Лаврова, Е. В. Нарушения голоса [Текст] : учеб. пособие для студентов / Е. В. Лаврова, О. Д. Коптева, Д. В. Уклонская; Москва: Издательский центр «Академия», 2006. – 128 с.
26. Лалаева, Р. И. Взаимосвязь в развитии интеллекта и языковой способности у детей при нормальном и нарушенном онтогенезе [Текст] / Раиса Лалаева // Логопедия. – 2005. – №1 (7). – С.5 -11.
27. Левина, Р. Е. Вопросы патологии речи [Текст] / Роза Левина ; под ред. Э. А. Бабаяна, М. С. Лебединского и др. – Харьков : МЗ УССР, 1959. – С. 23 – 27.
28. Левина, Р. Е. К психологии детской речи в патологических случаях. (Автономная детская речь) [Текст] : научная и учебная литература / Роза Левина. – Москва : 1936. – 78 с.
29. Леонтьев, А. А. Основы психолингвистики [Текст] : 3 – е издание / Алексей Леонтьев. – Москва: Смысл; СПб.: Лань, 2003. – 287 с.
30. Леонтьев, А. А. Слово в речевой деятельности: Некоторые проблемы общей теории речевой деятельности [Текст] : Издание 2 – е, стереотипное / Алексей Леонтьев. – М.: Едиториал УРСС, 2003. – 248 с.
31. Леонтьев, А. А. Функции и формы речи [Текст] : Основы теории речевой деятельности / Алексей Леонтьев. – Москва: Наука, 1974. – С. 241 – 254.

32. Логопедия [Текст] : Учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – Москва: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998. – 680 с.

33. Лурия, А. Р. Роль речи в психическом развитии ребенка [Текст] / Александр Лурия. – Москва : ВЛАДОС, 1958. – 267 с.

34. Максаков, А. И. Воспитание звуковой культуры речи у дошкольников [Текст] : Пособие для педагогов дошкольных учреждений / Александр Максаков. – 2-е изд. – Москва: Мозаика-Синтез, 2005. – 64 с.

35. Малофеев, Н. Н. Ранняя помощь приоритет современной коррекционной педагогики [Текст] / Николай Малофеев// Дефектология. – 2003. – №4. – С. 7 – 11.

36. Малофеев, Н. Н. Стратегия и тактика переходного периода в развитии отечественной системы специального образования и государственной системы помощи детям с особыми образовательными потребностями [Текст] : / Николай Малофеев // Дефектология. – 1997. – №6. – С. 3-10.

37. Олиференко, Л. Я. Социально-педагогическая поддержка детей группы риска [Текст] : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Л.Я. Олиференко, Т.И. Шульга, И.Ф. Дементьева. – Москва: Издательский центр «Академия», 2002. – 256 с.

38. Общение и речь [Текст] : Развитие речи у детей в общении со взрослыми / Под ред. М. И. Лисиной. – Москва: Педагогика, 1985. – 208 с.

39. Печора, К. Л. Дети раннего возраста в дошкольных учреждениях [Текст] : учебное пособие для педагогов дошкол. учреждений / К.Л. Печора, Г.В. Пантюхина, Л.Г. Голубева. – Москва : Гуманит. изд. центр «ВЛАДОС», 2003. – 172 с.

40. Пиаже, Ж. Речь и мышление ребенка [Текст] / Жан Пиаже ; пер. с франц. Ж. Пиаже. – Москва: Педагогика-пресс, 1994. – 526 с.

41. Пиаже, Ж. Генетический аспект языка и мышления [Текст] / Жан Пиаже // Психолингвистика. – Москва: Прогресс, 1984. – С. 325-335.

42. Пискунов, М. А. Анатомо-физиологические основы и терапия косноязычия [Текст] : / Моисей Пискунов ; под ред. Н. М. Щелованова – Москва : Недра, 1962. – 164 с.

43. Предупреждение речевых нарушений детей дошкольного возраста [Текст] : методические рекомендации / О. В. Толстикова , М. В. Царева , О. В. Костромина и др. – Екатеринбург: ИРРО. –2010. –57с

44. Развитие речи детей дошкольного возраста [Текст] : Пособие для воспитателя детского сада / Под ред. Ф.А. Сохина – 2-е изд., испр. — Москва: Просвещение, 1979. – 223 с. : ил.

45. Сеченов, И. М. Элементы мысли [Текст] / Иван Сеченов. – Москва : Книговек, 2011. – 416 с.

46. Слободчиков , В. И. Что развивается в образовании, что образуется в развитии? [Текст] : Развитие и образование особенных детей: проблемы, поиски. Выпуск 2 / Виктор Слободчиков. – Москва : Институт педагогических инноваций РАО. – 1999. – С. 16-22.

47. Смирнова, Е. О. Диагностика психического развития детей от рождения до 3 лет [Текст] : Методическое пособие для практических психологов /Е. О. Смирнова, Л. Н. Галигузова, Т. В. Ермолова ; 2-е изд. испр. и доп. – СПб. : «ДЕТСТВО-ПРЕСС», 2005. – 144 с.

48. Стребелева, Е. А. Методические рекомендации к психолого-педагогическому изучению детей (2-3 лет)[Текст] : Ранняя диагностика умственного развития / Елена Стребелева. – Москва : 1994. – 30 с.

49. Стребелева, Е. А. Коррекционно-воспитательная работа с детьми раннего возраста, имеющими нарушения в развитии [Текст] / Елена Стребелева // Дефектология. 1996. – №4. – С. 75 – 83.

50. Филичева, Т. Б. Нарушения речи у детей [Текст] : Пособие для воспитателей дошкольных учреждений / Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина . – Москва : Профессиональное образование, 1993. – 232 с.

51. Филичева, Т. Б. Развитие речи дошкольника [Текст] / Т. Б. Филичева , А. Р. Соболева. – Екатеринбург : Изд-во «АРГО», 1996. – с. 14 – 16.

52. Филичева, Т. Б. Основы логопедической работы с детьми [Текст] / Т.Б. Филичева, Г. В. Чиркина, А. В. Ястребова. – Москва : Арти, 2005. – с. 240.
53. Цейтлин, С. Н. Язык и ребёнок [Текст] : пособие для студентов высших учебных заведений / Стелла Цейтлин. – Москва : ВЛАДОС, 2000, – 240 с.
54. Чиркина, Г. В. Нарушения речи у детей [Текст]: пособие для воспитателей детского сада / Г. В. Чиркина, Н. А. Чевелёва, Т. Б. Филичева. – Москва : Профессиональное образование, 1993. – 232 с.
55. Чиркина, Г. В. К проблеме раннего распознавания и коррекции отклонений речевого развития у детей [Текст] / Галина Чиркина // Альманах Института коррекционной педагогики. – 2000. – № 2. – С.3.
56. Чистович, Л. А. Физиология речи [Текст] / Людмила Чистович. – Москва : Книга по требованию, 2012. – 386 с.
57. Шереметьева, Е. В. Диагностика психоречевого развития ребёнка раннего возраста [Текст]: методика диагностики процесса речестановления в раннем возрасте / Елена Шереметьева – Москва : НКЦ, 2013. – 112 с.
58. Шереметьева Е. В. Предупреждение отклонений речевого развития у детей раннего возраста [Текст] / Елена Шереметьева. – Москва : НКЦ, 2012. – 168 с.
59. Эльконин, Д. Б. Психологические вопросы дошкольной игры [Текст] / Даниил Эльконин // Психологическая наука и образование. – 1996. – №3. – С.5 – 19.
60. Эльконин, Б. Д. Введение в психологию развития [Текст]: учебное пособие для студентов / Борис Эльконин. – Москва : Издательский центр «Академия», 2007. – 144 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Индивидуальный коррекционный образовательный маршрут Данил М.

Содержание индивидуального образовательного маршрута

Образовательный компонент

Индивидуальный учебный план представлен в таблице 1.1.

Таблица 1.1 – Индивидуальный учебный план

Базовая образовательная область	Образовательная нагрузка в неделю
Образовательная область «Физическое развитие»	
Физическая культура	2/15 мин.
помещение	
на улице	1/15 мин.
Образовательная область «Познавательное развитие»	
Формирование элементарных математических представлений	1/15 мин. п.гр.
Ознакомление с окружающим миром и развитие речи (интегрированный курс)	1/15 мин.
Образовательная область «Речевое развитие»	
Развитие речи	2/15 мин. (учитель - логопед)
Ознакомление с художественной литературой	1/15 мин.
Образовательная область «Художественно-эстетическое развитие»	
Рисование	2/15 мин.
Аппликация, лепка (чередуются ч/з неделю)	1/15 мин.
Конструирование, худ. труд (чередуются ч/з неделю)	1/15 мин.
Музыка	2/15 мин.
Социально – коммуникативное развитие детей осуществляется в образовательной деятельности в ходе режимных моментов, в совместной и самостоятельной игровой деятельности, в семье.	
Итого:	14/15 мин.
Индивидуальные занятия	
Педагог - психолог	2/15 мин.
Учитель - логопед	3/15 мин.
Воспитатель	2/15 мин.

Коррекционный компонент представлен в таблице 1.2.

Таблица 1.2 – Коррекционный компонент

Специалист	Основные направления	Режим и формы работы	Формы оценки результатов работы	Формы работы с родителями
Учитель-логопед	<p>Развитие понимание речи. Развивать подвижность органов артикуляционного аппарата. Проговаривание слов, доступных по слоговому классу с опорой на зрительные ориентиры. Систематизировать знания, расширить представления по всем лексическим темам. Упражнения на развитие силы голоса, тембра голоса, активизация небной занавески, дыхательная гимнастика. Упражнения для развития мышц языка. Комплекс для развития мышц губ.</p>	<p>Индивидуальные занятия: Понедельник Среда пятница Подгрупповые занятия: четверг пятница</p>	<p>Обследование уровня речевого развития</p>	<p>Консультации, беседы, мастер-классы, семинары-практикумы, просмотры НОД анкетирование, проведение родительских собраний, изготовление памяток, выпуск брошюр, оформление страницы на сайте ДОУ. Тетради с домашними заданиями.</p>

Воспитательный компонент:

1. Консультации для родителей;
2. Социально – личностное развитие через сюжетно – ролевые игры («Дочки – матери», «Магазин», «Больница», «Автобус», «Строители»), театрализованные игры (драматизация сказок, потешек), дидактические игры («Сложи узор», «Собери картинку», «Хорошо – плохо», и др);
3. Воспитывать дружеские взаимоотношения со сверстниками через совместные игры: «Выбери партнера», «Комплименты», «Доброе животное», «Волны». и др;
4. Развивать толерантность у детей группы через взаимопомощь, беседы с детьми;
5. Развивать стремление выражать своё отношение к окружающему через различные речевые средства.

Коррекционно – образовательные технологии, программы:

- Примерная основная образовательная программа дошкольного образования от 20 мая 2015 г. № 2/15, Примерная ООП ДО «От рождения до школы» под ред. Н. Е. Вераксы, Т. С. Комаровой, М. А. Васильевой. 2010 г, Образовательная программа МДОУ № 8,
- Рабочая программа учителя – логопеда,
- Нетрадиционные приемы работы по развитию артикуляционной моторики В. В. Коноваленко, С. В. Коноваленко.

Инновационные технологии, методы и средства:

ИКТ, социо – игровые методы и приемы, сказкотерапия, пескотерапия, музыкально – логопедические занятия, приемы мнемотехники.

Здоровьесберегающие технологии:

- динамические паузы,
- разминки для рук,

- упражнения для глаз,
- дыхательная гимнастика,
- релаксационные паузы,
- музыкотерапию.

Формы контроля и учета достижений ребенка:

Комплексное обследование в начале, промежуточная диагностика, комплексное обследование в конце формирующего эксперимента.

Заключительный раздел.

Заключение и рекомендации:

- сформировать рекомендации специалистов ДООУ для родителей и педагогов с целью,
- обеспечения преемственности в процессе индивидуального сопровождения ребёнка,
- продолжить консультации и лечение у невролога.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Индивидуальный коррекционный образовательный маршрут Матвей К.

Содержание индивидуального образовательного маршрута

Образовательный компонент

Индивидуальный учебный план представлен в таблице 2.1.

Таблица 2.1 – Индивидуальный учебный план

Базовая образовательная область	Образовательная нагрузка в неделю
Образовательная область «Физическое развитие»	
Физическая культура	2/15 мин.
помещение на улице	1/15 мин.
Образовательная область «Познавательное развитие»	
Формирование элементарных математических представлений	1/15 мин. п.гр.
Ознакомление с окружающим миром и развитие речи (интегрированный курс)	1/15 мин.
Образовательная область «Речевое развитие»	
Развитие речи	2/15 мин. (учитель - логопед)
Ознакомление с художественной литературой	1/15 мин.
Образовательная область «Художественно-эстетическое развитие»	
Рисование	2/15 мин.
Аппликация, лепка (чередуются ч/з неделю)	1/15 мин.
Конструирование, худ. труд (чередуются ч/з неделю)	1/15 мин.
Музыка	2/15 мин.
Социально – коммуникативное развитие детей осуществляется в образовательной деятельности в ходе режимных моментов, в совместной и самостоятельной игровой деятельности, в семье.	
Итого:	14/15 мин.
Индивидуальные занятия	
Педагог - психолог	2/15 мин.
Учитель - логопед	3/15 мин.
Воспитатель	2/15 мин.

Коррекционный компонент представлен в таблице 1.2.

Таблица 2.2 – Коррекционный компонент

Специалист	Основные направления	Режим и формы работы	Формы оценки результатов работы	Формы работы с родителями
Учитель-логопед	<p>Развитие понимание речи. Развивать подвижность органов артикуляционного аппарата. Проговаривание слов, доступных по слоговому классу с опорой на зрительные ориентиры. Систематизировать знания, расширить представления по всем лексическим темам. Упражнения для развития подвижности нижней челюсти, мышц глотки и мягкого неба</p>	<p>Индивидуальные занятия: Понедельник четверг пятница Подгрупповые занятия: среда пятница</p>	<p>Обследование уровня речевого развития</p>	<p>Консультации, беседы, мастер-классы, семинары-практикумы, просмотры НОД анкетирование, проведение родительских собраний, изготовление памяток, выпуск брошюр, оформление страницы на сайте ДОУ. Тетради с домашними заданиями.</p>

Воспитательный компонент:

1. Консультации для родителей;
2. Социально – личностное развитие через сюжетно – ролевые игры («Дочки – матери», «Магазин», «Больница», «Автобус», «Строители»), театрализованные игры (драматизация сказок, потешек), дидактические игры («Сложи узор», «Собери картинку», «Хорошо – плохо», и др.);
3. Воспитывать дружеские взаимоотношения со сверстниками через совместные игры: «Выбери партнера», «Комплименты», «Доброе животное», «Волны» и др.;
4. Развивать толерантность у детей группы через взаимопомощь, беседы с детьми;
5. Развивать стремление выражать своё отношение к окружающему через различные речевые средства.

Коррекционно – образовательные технологии, программы:

- Примерная основная образовательная программа дошкольного образования от 20 мая 2015 г. № 2/15, Примерная ООП ДО «От рождения до школы» под ред. Н. Е. Вераксы, Т. С. Комаровой, М. А. Васильевой. 2010 г, Образовательная программа МДОУ № 8,
- Рабочая программа учителя – логопеда,
- Нетрадиционные приемы работы по развитию артикуляционной моторики В .В. Коноваленко, С. В. Коноваленко.

Инновационные технологии, методы и средства:

ИКТ, социо – игровые методы и приемы, сказкотерапия, пескотерапия, музыкально – логопедические занятия, приемы мнемотехники.

Здоровьесберегающие технологии:

- динамические паузы,
- разминки для рук,
- упражнения для глаз,
- дыхательная гимнастика,

- релаксационные паузы,
- музыкотерапию.

Формы контроля и учета достижений ребенка:

Комплексное обследование в начале, промежуточная диагностика, комплексное обследование в конце формирующего эксперимента.

Заключительный раздел

Заключение и рекомендации:

- сформировать рекомендации специалистов ДООУ для родителей и педагогов с целью,
- обеспечения преемственности в процессе индивидуального сопровождения ребёнка,
- продолжить консультации и лечение у невролога.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Индивидуальный коррекционный образовательный маршрут

Соня П.

Содержание индивидуального образовательного маршрута

Образовательный компонент

Индивидуальный учебный план представлен в таблице 3.1.

Таблица 3.1 – Индивидуальный учебный план

Базовая образовательная область	Образовательная нагрузка в неделю
Образовательная область «Физическое развитие»	
Физическая культура	2/15 мин.
помещение на улице	1/15 мин.
Образовательная область «Познавательное развитие»	
Формирование элементарных математических представлений	1/15 мин. п.гр.
Ознакомление с окружающим миром и развитие речи (интегрированный курс)	1/15 мин.
Образовательная область «Речевое развитие»	
Развитие речи	2/15 мин. (учитель - логопед)
Ознакомление с художественной литературой	1/15 мин.
Образовательная область «Художественно-эстетическое развитие»	
Рисование	2/15 мин.
Аппликация, лепка (чередуются ч/з неделю)	1/15 мин.
Конструирование, худ. труд (чередуются ч/з неделю)	1/15 мин.
Музыка	2/15 мин.
Социально – коммуникативное развитие детей осуществляется в образовательной деятельности в ходе режимных моментов, в совместной и самостоятельной игровой деятельности, в семье.	
Итого:	14/15 мин.
Индивидуальные занятия	
Педагог - психолог	2/15 мин.
Учитель - логопед	3/15 мин.
Воспитатель	2/15 мин.

Коррекционный компонент представлен в таблице 3.2.

Таблица 3.2 – Коррекционный компонент

Специалист	Основные направления	Режим и формы работы	Формы оценки результатов работы	Формы работы с родителями
Учитель-логопед	<p>Развитие понимание речи.</p> <p>Развивать подвижность органов артикуляционного аппарата.</p> <p>Проговаривание слов, доступных по слоговому классу с опорой на зрительные ориентиры.</p> <p>Систематизировать знания, расширить представления по всем лексическим темам.</p> <p>Упражнения для развития высоты, силы, тембра голоса.</p>	<p>Индивидуальные занятия:</p> <p>Вторник</p> <p>Среда</p> <p>пятница</p> <p>Подгрупповые занятия:</p> <p>Понедельник</p> <p>пятница</p>	<p>Обследование уровня речевого развития</p>	<p>Консультации, беседы, мастер-классы, семинары-практикумы, просмотры НОД</p> <p>анкетирование, проведение родительских собраний, изготовление памяток, выпуск брошюр, оформление страницы на сайте ДОУ.</p> <p>Тетради с домашними заданиями.</p>

Воспитательный компонент:

1. Консультации для родителей;
2. Социально – личностное развитие через сюжетно – ролевые игры («Дочки – матери», «Магазин», «Больница», «Автобус», «Строители»), театрализованные игры (драматизация сказок, потешек), дидактические игры («Сложи узор», «Собери картинку», «Хорошо – плохо», и др);
3. Воспитывать дружеские взаимоотношения со сверстниками через совместные игры: «Выбери партнера», «Комплименты», «Доброе животное», «Волны». и др;
4. Развивать толерантность у детей группы через взаимопомощь, беседы с детьми;
5. Развивать стремление выражать своё отношение к окружающему через различные речевые средства.

Коррекционно – образовательные технологии, программы:

- Примерная основная образовательная программа дошкольного образования от 20 мая 2015 г. № 2/15, Примерная ООП ДО «От рождения до школы» под ред. Н. Е. Вераксы, Т. С. Комаровой, М. А. Васильевой. 2010 г, Образовательная программа МДОУ № 8,
- Рабочая программа учителя – логопеда,
- Нетрадиционные приемы работы по развитию артикуляционной моторики В. В. Коноваленко, С. В. Коноваленко.

Инновационные технологии, методы и средства:

ИКТ, социо – игровые методы и приемы, сказкотерапия, пескотерапия, музыкально – логопедические занятия, приемы мнемотехники.

Здоровьесберегающие технологии:

- динамические паузы,
- разминки для рук,
- упражнения для глаз,
- дыхательная гимнастика,

- релаксационные паузы,
- музыкотерапию.

Формы контроля и учета достижений ребенка:

Комплексное обследование в начале, промежуточная диагностика, комплексное обследование в конце формирующего эксперимента.

Заключительный раздел

Заключение и рекомендации:

- сформировать рекомендации специалистов ДОО для родителей и педагогов с целью,
- обеспечения преемственности в процессе индивидуального сопровождения ребёнка,
- продолжить консультации и лечение у невролога.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Индивидуальный коррекционный образовательный маршрут

Никита Р.

Содержание индивидуального образовательного маршрута

Образовательный компонент

Индивидуальный учебный план представлен в таблице 4.1.

Таблица 4.1 – Индивидуальный учебный план

Базовая образовательная область	Образовательная нагрузка в неделю
Образовательная область «Физическое развитие»	
Физическая культура	2/15 мин.
помещение на улице	1/15 мин.
Образовательная область «Познавательное развитие»	
Формирование элементарных математических представлений	1/15 мин. п.гр.
Ознакомление с окружающим миром и развитие речи (интегрированный курс)	1/15 мин.
Образовательная область «Речевое развитие»	
Развитие речи	2/15 мин. (учитель - логопед)
Ознакомление с художественной литературой	1/15 мин.
Образовательная область «Художественно-эстетическое развитие»	
Рисование	2/15 мин.
Аппликация, лепка (чередуются ч/з неделю)	1/15 мин.
Конструирование, худ. труд (чередуются ч/з неделю)	1/15 мин.
Музыка	2/15 мин.
Социально – коммуникативное развитие детей осуществляется в образовательной деятельности в ходе режимных моментов, в совместной и самостоятельной игровой деятельности, в семье.	
Итого:	14/15 мин.
Индивидуальные занятия	
Педагог - психолог	2/15 мин.
Учитель - логопед	3/15 мин.
Воспитатель	2/15 мин.

Коррекционный компонент представлен в таблице 4.2.

Таблица 4.2 – Коррекционный компонент

Специалист	Основные направления	Режим и формы работы	Формы оценки результатов работы	Формы работы с родителями
Учитель-логопед	<p>Развитие понимание речи.</p> <p>Развивать подвижность органов артикуляционного аппарата.</p> <p>Проговаривание слов, доступных по слоговому классу с опорой на зрительные ориентиры.</p> <p>Систематизировать знания, расширить представления по всем лексическим темам.</p> <p>Артикуляционная гимнастика, гигиенический массаж</p>	<p>Индивидуальные занятия:</p> <p>Понедельник</p> <p>Среда</p> <p>пятница</p> <p>Подгрупповые занятия:</p> <p>четверг</p> <p>пятница</p>	<p>Обследование уровня речевого развития</p>	<p>Консультации, беседы, мастер-классы, семинары-практикумы, просмотры НОД</p> <p>анкетирование, проведение родительских собраний, изготовление памяток, выпуск брошюр, оформление страницы на сайте ДОУ.</p> <p>Тетради с домашними заданиями.</p>

Воспитательный компонент:

1. Консультации для родителей;
2. Социально – личностное развитие через сюжетно – ролевые игры («Дочки – матери», «Магазин», «Больница», «Автобус», «Строители»), театрализованные игры (драматизация сказок, потешек), дидактические игры («Сложи узор», «Собери картинку», «Хорошо – плохо», и др);
3. Воспитывать дружеские взаимоотношения со сверстниками через совместные игры: «Выбери партнера», «Комплименты», «Доброе животное», «Волны». и др.;
4. Развивать толерантность у детей группы через взаимопомощь, беседы с детьми;
5. Развивать стремление выражать своё отношение к окружающему через различные речевые средства.

Коррекционно – образовательные технологии, программы:

- Примерная основная образовательная программа дошкольного образования от 20 мая 2015 г. № 2/15, Примерная ООП ДО «От рождения до школы» под ред. Н. Е. Вераксы, Т. С. Комаровой, М. А. Васильевой. 2010 г, Образовательная программа МДОУ № 8,
- Рабочая программа учителя – логопеда,
- Нетрадиционные приемы работы по развитию артикуляционной моторики В. В. Коноваленко, С. В. Коноваленко.

Инновационные технологии, методы и средства:

ИКТ, социо – игровые методы и приемы, сказкотерапия, пескотерапия, музыкально – логопедические занятия, приемы мнемотехники.

Здоровьесберегающие технологии:

- динамические паузы,
- разминки для рук,
- упражнения для глаз,
- дыхательная гимнастика,

–релаксационные паузы,

– музыкотерапию

Формы контроля и учета достижений ребенка:

Комплексное обследование в начале, промежуточная диагностика,

комплексное обследование в конце формирующего эксперимента.

Заключительный раздел

Заключение и рекомендации:

– сформировать рекомендации специалистов ДООУ для родителей и педагогов с целью,

– обеспечения преемственности в процессе индивидуального сопровождения ребёнка,

– продолжить консультации и лечение у невролога.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Индивидуальный коррекционный образовательный маршрут

Максим Д.

Содержание индивидуального образовательного маршрута

Образовательный компонент

Индивидуальный учебный план представлен в таблице 5.1.

Таблица 5.1 – Индивидуальный учебный план

Базовая образовательная область	Образовательная нагрузка в неделю
Образовательная область «Физическое развитие»	
Физическая культура	2/15 мин.
помещение на улице	1/15 мин.
Образовательная область «Познавательное развитие»	
Формирование элементарных математических представлений	1/15 мин. п.гр.
Ознакомление с окружающим миром и развитие речи (интегрированный курс)	1/15 мин.
Образовательная область «Речевое развитие»	
Развитие речи	2/15 мин. (учитель - логопед)
Ознакомление с художественной литературой	1/15 мин.
Образовательная область «Художественно-эстетическое развитие»	
Рисование	2/15 мин.
Аппликация, лепка (чередуются ч/з неделю)	1/15мин.
Конструирование, худ. труд (чередуются ч/з неделю)	1/15 мин.
Музыка	2/15 мин.
Социально – коммуникативное развитие детей осуществляется в образовательной деятельности в ходе режимных моментов, в совместной и самостоятельной игровой деятельности, в семье.	
Итого:	14/15мин.
Индивидуальные занятия	
Педагог - психолог	2/15 мин.
Учитель - логопед	3/15 мин.
Воспитатель	2/15 мин.

Коррекционный компонент представлен в таблице 5.2.

Таблица 5.2 – Коррекционный компонент

Специалист	Основные направления	Режим и формы работы	Формы оценки результатов работы	Формы работы с родителями
Учитель-логопед	<p>Развитие понимание речи.</p> <p>Развивать подвижность органов артикуляционного аппарата.</p> <p>Проговаривание слов, доступных по слоговому классу с опорой на зрительные ориентиры.</p> <p>Систематизировать знания, расширить представления по всем лексическим темам.</p> <p>Упражнения для развития речевого дыхания и силы голоса.</p>	<p>Индивидуальные занятия:</p> <p>Вторник</p> <p>Среда</p> <p>пятница</p> <p>Подгрупповые занятия:</p> <p>четверг</p> <p>пятница</p>	<p>Обследование уровня речевого развития</p>	<p>Консультации, беседы, мастер-классы, семинары-практикумы, просмотры НОД</p> <p>анкетирование, проведение родительских собраний, изготовление памяток, выпуск брошюр, оформление страницы на сайте ДОУ.</p> <p>Тетради с домашними заданиями.</p>

Воспитательный компонент:

1. Консультации для родителей;
2. Социально – личностное развитие через сюжетно – ролевые игры («Дочки – матери», «Магазин», «Больница», «Автобус», «Строители»), театрализованные игры (драматизация сказок, потешек), дидактические игры («Сложи узор», «Собери картинку», «Хорошо – плохо», и др);
3. Воспитывать дружеские взаимоотношения со сверстниками через совместные игры: «Выбери партнера», «Комплименты», «Доброе животное», «Волны». и др.;
4. Развивать толерантность у детей группы через взаимопомощь, беседы с детьми;
5. Развивать стремление выражать своё отношение к окружающему через различные речевые средства.

Коррекционно – образовательные технологии, программы:

- Примерная основная образовательная программа дошкольного образования от 20 мая 2015 г. № 2/15, Примерная ООП ДО «От рождения до школы» под ред. Н. Е. Вераксы, Т. С. Комаровой, М. А. Васильевой. 2010 г, Образовательная программа МДОУ № 8,
- Рабочая программа учителя – логопеда,
- Нетрадиционные приемы работы по развитию артикуляционной моторики В. В. Коноваленко, С. В. Коноваленко.

Инновационные технологии, методы и средства:

ИКТ, социо – игровые методы и приемы, сказкотерапия, пескотерапия, музыкально – логопедические занятия, приемы мнемотехники.

Здоровьесберегающие технологии:

- динамические паузы,
- разминки для рук,
- упражнения для глаз,
- дыхательная гимнастика,
- релаксационные паузы,

– музыкотерапию.

Формы контроля и учета достижений ребенка:

Комплексное обследование в начале , промежуточная диагностика,
комплексное обследование в конце формирующего эксперимента.

Заключительный раздел

Заключение и рекомендации:

– сформировать рекомендации специалистов ДООУ для родителей и педагогов с целью,

– обеспечения преемственности в процессе индивидуального сопровождения ребёнка,

– продолжить консультации и лечение у невролога.