**Оглавление**

# Введение

Глава 1. Теоретическое обоснование необходимости изучения вопроса о влияние условий макро- и микросреды на речевое развитие ребенка

1.1 Этиология речевых нарушений

1.2 Речевое развитие ребенка как результат влияния макро- и микросреды

1.3 Задержка психического развития

1.4 Педагогическая запущенность

# Выводы по главе 1

Глава 2. Экспериментальное изучение влияния условий макро- и микросреды на речевое развитие детей 5-7 лет.

2.1 Организация экспериментального изучения влияния микро-

факторов окружающей среды на речевое развитие детей 5-7 лет

Выводы по главе 2

Глава 3. Пути коррекционного логопедического воздействия на микрофакторы окружающей среды

Заключение

Глоссарий

Литература

Приложение

**Введение**

В последние десятилетия все более актуальной становится проблема здоровья подрастающего поколения. Согласно статистике Российской академии наук и Всемирной организацией здравоохранения, с каждым годом возрастает количество больных и ослабленных детей, помимо этого, качественно изменился характер заболеваний и они стали более тяжелыми и их прогноз менее утешительным. Так, по данным, приведенным академиком РАО А. Г. Хрипковой, лишь 14% детей практически здоровы, 50% имеют функциональные отклонения, 35—40% — хронические заболевания, а специальные исследования показывают, что 15-20% детей дошкольного возраста страдают заболеваниями затяжного характера, 35-40% имеют речевую патологию, более чем у 50% школьников - ослабленный организм, до 40% детей к окончанию школы ограничены в выборе профессий по своему физическому состоянию.

Как известно, наиболее наглядным показателем здоровья человека выступает именно его физическое развитие. Оно - чуткий индикатор социально-экономических изменений, как в ту, так и в другую сторону.

Болезненные социальные явления, переживаемые в настоящее время Россией, невольно побуждают обратиться к историческому прошлому, - еще в первые десятилетия ХХ века В,П.Кащенко ратовал за создание «общественного течения в пользу многочисленного класса несчастных детей в интересах государственной безопасности, школьной гигиены и педагогики». Но…больное общество – больные дети. Массовая детская патология – производная общественных бед.

Если рассматривать макросреду (социум в масштабе государства Россия, в целом, в пределах конкретного региона или в рамках отдельного города), в которой воспитываются и которая воспитывает детей, то здесь налицо значительные сложности, даже, несмотря на то, что в стране уделяется много внимания коррекционно-воспитательной и педагогической работе с детьми, страдающими различными отклонениями в развитии; имеются определенные достижения и значительные успехи в решении вопросов ранней диагностики, в частности, речевой патологии, методики и организации коррекционного воспитания и обучения детей.

Дети России ныне повседневно испытывают на себе тяжесть социально-экономического кризиса переходного периода. Повсеместное ухудшение их физического и психического здоровья - показатель общего неблагополучия. Так, в России сегодня проживает около 39 миллионов детей, что составляет более 26% общей численности населения: среди количественно-качественных показателей, характеризующих их состояние, прежде всего, обращает на себя внимание большая младенческая и детская смертность, не снижается материнская смертность, ухудшается качество здоровья беременных женщин и новорожденных детей, большую остроту приобрела проблема детской инвалидности, беспризорности и многие другие.

Исходя из всего вышесказанного, видно, что определяющее значение в развитии здорового полноценного ребенка принадлежит условиям макросреды как в масштабе всей страны, в масштабе отдельно взятого региона, так и в пределах конкретного города.

Исследование для настоящей дипломной работы проводилось в г. Нижневартовске Тюменской области, который расположен в центральной части Западно-Сибирской равнины, на реке Обь; климат - типично континентальный с резкой сменой погоды, что обусловливается его географическим положением – близость Северного Ледовитого океана, господство воздушных масс, приходящих с Атлантического океана, и равнинностью рельефа; природная зона – лесоболотная средняя тайга.

Национальный состав: в городе проживает более 400 тысяч человек, в количественном отношении преобладают русские, татары, башкиры, украинцы.

Миграционные процессы, происходящие в городе, обусловлены материальной заинтересованностью людей. Среди слабой закрепляемости населения в городе преобладают причины нестабильности политической и социально-экономической ситуации в странах СНГ; в городе отмечается «молодёжная» структура населения, занятого и постоянно вновь прибывающего для работы в нефтегазовой промышленности.

Социальный портрет семей, которые приняли участие в настоящем исследовании, носит разноплановый характер, но можно выделить некоторые тенденции в их социальном статусе: преобладают полные семьи, средний возраст родителей колеблется от 31 до 40 лет, имеются отдельные благоустроенные квартиры (без проживания с ними других родственников), материальные доходы на среднем уровне, в семьях от 1 до 2-х детей.

Хотелось бы заметить, что макросреду следует рассматривать не только с масштабной позиции всей России, региона, города, но и с более мелкой, но не менее значимой и проблематичной - «детский сад», который является разновидностью макросистемы.

Воспитание и развитие ребенка, в первую очередь, начинается в семье. Статья Закона РФ «Об образовании» гласит «…родители являются первыми воспитателями ребенка… и несут ответственность за его образование, развитие и оздоровление…». Именно с этой позиции семья - это микросреда, а условия, в которых она развивается и осуществляет воспитание детей, в значительной степени определяет характер и степень сформированности необходимых образований растущей личности ребенка, но и здесь имеются определенные проблемы и сложности.

Следует помнить, что основу для изучения этиологии нарушений в развитии ребенка, в частности речевых расстройств, составляют эволюционно-динамический подход (Давыдовский И.В.) и принцип диалектического единства (Хватцев М.Е.) биологического и социального в развитии речи, где окружающая ребенка социальная среда является не только условием, но и источником как развития речи, так и является причиной возникновения невротических речевых расстройств. Поэтому при организации и проведении педагогической коррекционно-оздоровительной работы с детьми, в первую очередь, необходимо выявить этиологию речевого расстройства и обозначить, что есть первично, а что является вторичным в конкретной речевой патологии.

Исходя из вышеизложенной аргументации актуальности выделенной проблемы, определена тема настоящей дипломной работы «Влияние условий макро- и микросреды на речевое развитие детей 5-7 лет».

*Цель исследования* – изучение вопроса влияния условий макро- и микросреды на речевое развитие детей 5-7 лет.

*Задачами работы* являются:

1. Изучить и проанализировать психолого-педагогическую литературу по проблеме влияния условий макро- и микросреды на речевое развитие детей 5-7 лет.

2. Изучить особенности условий макро- и микросреды с целью выявления основных факторов, оказывающих влияние на речевое развитие детей.

3. Изучить социальные условия семей воспитанников дошкольного образовательного учреждения с целью анализа влияния условий макро- и микросреды на речевое развитие и разработки индивидуально-дифференцированных коррекционно-педагогических программ по предупреждению, профилактике и собственно коррекции речевых дефектов у детей, выделенной группы, в дальнейшем.

4. Определить пути коррекционного логопедического воздействия на микрофакторы социальной среды.

*Объект исследования* – макро- и микрофакторы социальной среды, оказывающие влияние на речевое развитие детей.

*Предмет исследования* – макро- и микросреда детей 5-7 лет, оказывающая на возникновение и развитие речевой патологии.

*База экспериментального исследования:* Муниципальный детский сад комбинированного вида № 68 (МДСКВ №68)

*Гипотеза исследования* - предполагаю, что микрофакторы окружающей среды оказывают значительное (в некоторых случаях, определяющее) влияние на возникновение и развитие речевой патологии у детей 5-7 лет; и только благодаря ранней и своевременной, систематической, целенаправленной работе всех участников лечебно-педагогических, коррекционных и развивающих мероприятий *возможна* эффективная коррекция возникших речевых нарушений при обязательном построении индивидуально-дифференцированных программ с учетом структуры патологии, клинического диагноза, индивидуально-типологических особенностей личности ребенка, учета особенностей вторичных отклонений в развитии, обязательного изучения микрофакторов окружающей среды и проведения коррекционно-профилактического воздействия на условия этой среды.

*Методы исследования:*

* изучение научно-методической литературы;
* теоретический анализ литературы;
* анкетирование;
* математико-статистический и качественный анализ полученных данных

*Структура дипломной работы -* дипломная работа (объем – 60 страниц) состоит из: введения, главы 1 – теоретические подходы к проблеме, главы 2 - практическая направленность в изучении данной проблемы, заключения, списка использованной литературы (50 источников), приложения.

*Теоретико-методологической базой* являются труды следующих представителей науки: Выготского Л.С., Лурия А.Р., Давыдовского И.В., Дрогаева С.М., Хватцева М.Е., Кащенко В.П., Ефименковой Л.Н., Шеляг Т.В., Мастюковой Е.М. и др.

**Глава 1. Теоретическое обоснование необходимости изучения вопроса о влияние условий микро- и макросреды на речевое развитие ребенка**

**1.1 Этиология речевых нарушений**

Термин *«этиология»* — греческий и обозначает учение о причинах *{этио* — причина, *логос* — наука, учение). Проблема причинности издавна привлекала внимание человечества. Развитие этиологии как учения о причинах тесно связано с общим научным прогрессом ряда медицинских и естественных дисциплин. Понятие «этиология» является философской категорией, поэтому очевидна его связь и с развитием философии.

Большой вклад в решение данной проблемы внесли исследования крупнейшего отечественного патофизиолога И. В. Давыдовского, который писал: «Всякое истинное значение восходит к причинам, т. е. к понятиям каузальности и детерминизма - это два смежных, но разных понятия, трактующие, с одной стороны, о причинности, т. е. о причинно-следственных отношениях (таков именно должен быть смысл понятия "этиология"), с другой — о познании сущности, явления, т. е. закономерностей, которые лежат в его основе (детерминизм в собственном смысле слова)».

Проблема этиологии речевых нарушений прошла тот же путь исторического развития, что и общее учение о причинах возникновения болезненных состояний. Еще в глубокой древности греческий философ и врач Гиппократ (460—377 гг. до н. э.) видел причину ряда речевых расстройств, в частности заикания, в поражении мозга.

Другой греческий философ Аристотель (384—322 гг. до н. э.), связывая процессы речеобразования с анатомическим строением периферического речевого аппарата, усматривал причины речевых расстройств в нарушениях последнего.

Таким образом, уже в исследованиях античных ученых наметилось два направления в понимании причин речевых нарушений: первое - исходившее от Гиппократа, ведущую роль в возникновении речевых расстройств отдавало поражениям головного мозга; второе, берущее начало от Аристотеля, — нарушениям периферического речевого аппарата. На последующих этапах изучения причин речевых расстройств сохранились эти две точки зрения.

Наиболее интенсивно вопросы этиологии речевых нарушений начали разрабатываться с 20-х годов прошлого столетия. В эти годы отечественные исследователи делали первые попытки классификации речевых нарушений в зависимости от причин их возникновения. Так, С. М. Доброгаев (1922) среди причин речевых нарушений выделял «заболевания высшей нервной деятельности», патологические изменения в анатомическом речевом аппарате, недостаточность воспитания в детстве, а также «общие невропатические состояния организма».

М. Е. Хватцев впервые все причины речевых нарушений разделил на внешние и внутренние, особо подчеркнув их тесное взаимодействие. Он также выделил органические (анатомо-физиологические, морфологические), функциональные (психогенные), социально-психологические и психоневрологические причины.

К *органическим причинам* были отнесены недоразвитие и поражение мозга во внутриутробном периоде, в момент родов или после рождения, а также различные органические нарушения периферических органов речи. Им были выделены органические центральные (поражения мозга) и органические периферические причины (поражения органа слуха, расщепление нёба и другие морфологические изменения артикуляционного аппарата).

К *психоневрологическим причинам* он относил умственную отсталость, нарушения памяти, внимания и другие расстройства психических функций.

Важную роль М. Е. Хватцев отводил *социально-психологическим причинам,*понимая под ними различные неблагоприятные влияния окружающей среды (как микро-условия, так и макро-обстановка) *(более подробно будет рассмотрено в пункте 1.2)*

Таким образом, им впервые было обосновано понимание этиологии речевых расстройств на основе диалектического подхода к оценке причинно-следственных связей в патологии речи.

Значительные достижения в области биологии, эмбриологии, теоретической медицины в течение последних десятилетий, успехи медицинской генетики, иммунологии и других дисциплин позволили углубить представления об этиологии речевых расстройств и показать значение *экзогенных*(внешних) и *эндогенных*(внутренних) вредностей в их возникновении. Важно не только выделять органические (центральные и периферические), а также функциональные причины речевых расстройств, но и представлять себе механизм речевых нарушений под влиянием тех или иных неблагоприятных воздействий на организм ребенка извне. Это необходимо как для разработки адекватных путей и методов коррекции речевых расстройств, так и для их прогноза и предупреждения.

Здесь, под причиной нарушений речи понимают воздействие на организм внешнего или внутреннего (в том числе, условия микро- и макросреды) вредоносного фактора или их взаимодействия, которые определяют специфику речевого расстройства и без которых последнее не может возникнуть.

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 значимую роль играют социальные условия, и факторы, способствующие или препятствующие возникновению расстройств речи (другими словами, микро- и макросреда). Так, например, при возникновении заикания у ребенка психическая травма рассматривается как внешняя причина, если исходить из того, что благоприятными условиями для возникновения заикания может 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.

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.

Концепция развития психики, разработанная Л. С. Выготским, составляет методологическую основу изучения причин нарушений речевого развития в детском возрасте. Подчеркивая связь психического развития с воздействием окружающей среды, он ввел понятие социальной ситуации развития. Она представляет собой сочетание внутренних процессов развития и внешних условий, являющихся специфичными для каждого возрастного этапа.

В основе созревания речевой функциональной системы лежит афферентация, т.е. поступление из внешнего мира через различные анализаторы, в первую очередь слуховой анализатор, разнообразных сигналов и прежде всего — речевых. Источником слуховой афферентации является взрослый, который общается с ребенком. В связи с этим роль речевого окружения и речевого общения очень велика, и их недостаточность может быть одной из основных причин, нарушающих формирование речи.

Дети раннего возраста, воспитывающиеся в среде с ограниченным или дефектным речевым окружением (глухонемые родители или родители с дефектами речи, длительная госпитализация, ограничение социальных контактов из-за различных тяжелых заболеваний, например, дети с церебральным параличом), отстают в развитии речи.

Для нормального речевого развития ребенка общение должно быть значимым, проходить на эмоционально положительном фоне и побуждать его к ответу. Ему недостаточно просто слышать звуки (радио, магнитофон, телевизор), необходимо прежде всего прямое общение со взрослыми на основе характерной для данного возрастного этапа ведущей формы деятельности. Важным стимулом развития речи является изменение форм общения ребенка со взрослым. Так, замена эмоционального общения, характерного для первого года жизни, на предметно-действенное в возрасте 2—3 лет является мощным стимулом развития его речи. Если же этого изменения в характере общения взрослого с ребенком не происходит, то может произойти отставание в развитии речи.

Развитие речи ребенка задерживается при неблагоприятных внешних условиях: отсутствие эмоционально положительного окружения, сверхшумное окружение и т.п.. Речь развивается по подражанию, поэтому некоторые речевые нарушения (нечеткость произношения, заикание, нарушение темпа речи и др.) могут иметь в своей основе подражание. Речевые нарушения часто возникают при различных психических травмах (испуг, переживания в связи с разлукой с близкими, длительная психотравмирующая ситуация в семье и т. д.). Это задерживает развитие речи, а в ряде случаев, особенно при острых психических травмах, вызывает у ребенка психогенные речевые расстройства: мутизм, невротическое заикание. Эти речевые нарушения, по классификации М. Е. Хватцева, условно могут быть отнесены к функциональным. К *функциональным нарушениям речи* относятся также нарушения, связанные с неблагоприятными воздействиями на организм ребенка: общая физическая ослабленность, незрелость, обусловленная недоношенностью или внутриутробной патологией, заболевания внутренних органов, рахит, нарушения обмена веществ*.*

Функциональные (психогенные) причиныМ. Е. Хватцев объяснил учением И. П. Павлова о нарушениях соотношения процессов возбуждения и торможения в центральной нервной системе. Он подчеркивал взаимодействие органических и функциональных, центральных и периферических причин.

Таким образом, любое общее или нервно-психическое заболевание ребенка первых лет жизни обычно сопровождается нарушением речевого развития.

Отсюда правомерно разграничивать дефекты формирования и дефекты сформированной речи, считая трехлетний возраст их условным подразделением. При оценке нарушений речи у детей важно учитывать так называемые критические периоды, когда происходит наиболее интенсивное развитие тех или иных звеньев речевой системы, в связи с чем появляется повышенная ранимость нервных механизмов речевой деятельности и риск возникновения нарушений ее функции даже при воздействии незначительных экзогенных вредностей. В этих случаях критический период в развитии речи является предрасполагающим условием к возникновению речевых расстройств.

Выделяют *три критических**периода* в развитии речевой функции.

*Первый (1—2 года жизни),* когда формируются предпосылки речи и начинается речевое развитие, складываются основы коммуникативного поведения и движущей ее силой становится потребность в общении. В этом возрасте происходит наиболее интенсивное развитие корковых речевых зон, в частности зоны Брока, критическим периодом которого считается возраст ребенка 14—18 месяцев. Любые, даже как будто незначительные неблагоприятные факторы, действующие в этом периоде, могут отразиться на развитии речи ребенка.

*Второй критический период (3 года),* когда интенсивно развивается связная речь, происходит переход от ситуационной речи к контекстной, что требует большой согласованности в работе центральной нервной системы (речедвигательного механизма, внимания, памяти, произвольности и т. д.). Возникающая некоторая рассогласованность в работе центральной нервной системы, в нейроэндокринной и сосудистой регуляции приводит к изменению поведения, наблюдается упрямство, негативизм и т. д. Все это определяет большую ранимость речевой системы. Могут возникать заикание, мутизм, отставание речевого развития. Ребенок отказывается от речевого общения, появляется реакция протеста на завышенные к нему требования взрослых.

*Третий критический период (6—7 лет)* — начало развития письменной речи. Возрастает нагрузка на центральную нервную систему ребенка. При предъявлении повышенных требований могут происходить «срывы» нервной деятельности с возникновением заикания. Любые нарушения речевой функции, имеющиеся у ребенка, в эти критические периоды проявляются наиболее сильно, кроме того, могут возникнуть и новые речевые расстройства.

Критические периоды развития речи играют роль предрасполагающих условий, они могут иметь как самостоятельное значение, так и сочетаться с другими неблагоприятными факторами — генетическими, общей ослабленностью ребенка, дисфункцией со стороны нервной системы и т. д.

Динамика возрастного развития речи в первые годы жизни значительно варьируется в зависимости от генотипа организма и от влияния на него окружающей среды.

В возникновении речевых расстройств большая роль принадлежит *экзогенно-органическим факторам,* которые понимаются как различные неблагоприятные воздействия (инфекции, травмы, интоксикации и др.) на центральную нервную систему ребенка и на его организм в целом. В зависимости от времени воздействия этих факторов выделяют внутриутробную патологию, или пренатальную (воздействие в период внутриутробного развития); повреждение при родах (нательная патология) и воздействие различных вредных факторов после рождения (постнатальная патология).

В этиологии речевых нарушений у детей определенную роль может играть иммунологическая несовместимость крови матери и плода (по резус-фактору, системе АВО и другим антигенам эритроцитов). Резус или групповые антитела, проникая через плаценту, вызывают распад эритроцитов плода. В результате из эритроцитов выделяется токсическое для центральной нервной системы вещество — непрямой билирубин, под влиянием которого поражаются подкорковые отделы мозга, слуховые ядра, что приводит к специфическим нарушениям звукопроизносительной стороны речи в сочетании с нарушениями слуха.

В возникновении речевых нарушений у детей большую роль играют ранние органические поражения мозга, сочетающиеся с неблагоприятными условиями воспитания и окружения ребенка в первые годы его жизни. В философских, исторических, педагогических и медицинских сочинениях (Демокрита, Платона, Герадота, Гиппократа, Аристотеля, Цельса, Галена, Квинтилиана и др.) отражены взгляды выдающихся умов той эпохи на вопросы воспитания подрастающего поколения, вопросы сохранения здоровья, различные болезни и необходимые меры по их лечению. Встречаются в этих сочинениях и упоминания о воспитании правильной речи, о возможных ее расстройствах, о средствах их предупреждения и преодоления. В общих вопросах воспитания передовыми для того времени были высказывания о природосообразности (Демокрит, «Природа и воспитание подобны»), о необходимости начинать воспитание ребенка с самого раннего возраста (Платон, Квинтилиан), о задачах единого процесса умственного, физического и нравственного воспитания детей (Аристотель), о необходимости трудового воспитания, о роли систематических упражнений в воспитании (Демокрит, Квинтилиан).

Уже в сочинениях Демокрита, Платона, Аристотеля высказываются мысли о роли социальной среды в воспитании детей. «Постоянное общение с дурными развивает дурные задатки», — писал Демокрит и потому предостерегал от дурных примеров. Платон и Аристотель, в свою очередь, подчеркивали важную роль семьи в заботе о нравственном воспитании детей. Квинтилиан впервые высказал мысль о необходимости благоприятной речевой среды для формирования у детей правильной речи

Особое внимание исследователи данной проблемы придают нарушениям взаимосвязи матери с ребенком в первые годы жизни. Известно, что нормальное довербальное развитие на первом году жизни, имеет главенствующее значение для формирования полноценной речевой функции, которая возможно только при адекватном взаимодействии ребенка с матерью или другим близким для него лицом, в случае отсутствия такого общения появляется синдром депривации, который является результатом недостаточного эмоционально положительного контакта со взрослыми.

Определенное значение в этиологии речевых нарушений у детей имеют и *наследственные факторы,* которые зачастую являются предрасполагающими условиями, реализующимися в речевую патологию под влиянием даже незначительных неблагоприятных воздействий. В некоторых случаях наследственные факторы выступают как ведущие причины. Так, например, в литературе приводятся данные о том, что ринолалия, обусловленная расщелиной нёба в 10—30% случаев может быть связана с наследственными факторами (П. Г. Светлов, 1962; А. Я. Пискунов, 1960, и др.). Наследственные факторы в возникновении речевых расстройств обычно выступают в сочетании с экзогенно-органическими и социальными. Они могут играть также ведущую роль в возникновении некоторых видов речевых расстройств, сочетающихся с общими изменениями со стороны нервной системы.

Итак, этиологические факторы, вызывающие нарушения речи, сложны и полиморфны. Наиболее часто встречается сочетание наследственной предрасположенности, неблагоприятного окружения и повреждения или нарушения созревания мозга под влиянием различных неблагоприятных факторов.

Следует помнить, что эффективность лечебно-педагогических коррекционных и развивающих мероприятий в значительной степени зависит от структуры нарушенного развития, клинического диагноза, характера ведущего нарушения и особенностей вторичных отклонений в развитии.

**1.2 Речевое развитие ребенка как результат влияния макро- и микросреды**

Охрана здоровья населения относится к важнейшей функции государства. Профилактическая направленность в деле сохранения здоровья и воспитания гармонически развитой личности составляет главное содержание гуманизма. Синтез гигиенических, воспитательных и коррекционных мероприятий призван обеспечить развитие физических и духовных сил подрастающего поколения.

Конец XX в. в стране характеризуется ухудшением здоровья детей. По данным, приведенным академиком РАО А. Г. Хрипковой, лишь 14% детей практически здоровы, 50% имеют функциональные отклонения, 35—40% — хронические заболевания. По данным мировой статистики, число речевых расстройств растет, в связи с чем актуальность проблемы профилактики речевых нарушений детей и подростков принимает глобальный характер.

Одним из фундаментальных методологических принципов, которым следует наука о человеке, является принцип анализа психофизиологических функций в их развитии и становлении. Известно, что психофизиологическое развитие человека в онтогенезе имеет определенные закономерности, базирующиеся на природных данных (врожденные биологические, в том числе генетические) и социальных влияний (особенности семьи, обучения и пр.).

Психофизиологические функции организма ребенка развиваются неравномерно, претерпевают в процессе становления ряд критических этапов, отличительными чертами которых являются повышенная сензитивность и ранимость под влиянием вредоносных факторов. Понятие «кризис развития» введен Л. С. Выготским еще в 30 годы XX в. и включает представление о том, что накапливающиеся на каждом возрастном этапе онтогенеза психологические изменения подготавливают переход на новый уровень психического развития, новообразования каждого предыдущего периода развития становятся основой для формирования психики на новом этапе.

Другим важным положением Л. С. Выготского, тесно связанным с представлением о кризисах развития, является тезис о «социальной ситуации развития». Это совокупность внутренних процессов развития и объективных внешних условий, специфических для каждого возрастного периода. Это следует понимать таким образом, что новые качества психики (речи, в том числе) возникают тогда, когда есть «внутренняя готовность» к новообразованиям и «условия социума», необходимые конкретно для развития именно этих новообразований.

Болезненные социальные явления, переживаемые в настоящее время Россией, невольно побуждают обратиться к историческому прошлому, - еще в первые десятилетия ХХ века В,П.Кащенко ратовал за создание «общественного течения в пользу многочисленного класса несчастных детей в интересах государственной безопасности, школьной гигиены и педагогики». Но…больное общество – больные дети. Массовая детская патология – производное общественных бед.

Если рассматривать макросреду (другими словами, социум в масштабе государства Россия, в целом, в пределах конкретного региона или в рамках отдельного города), в которой воспитываются и которая воспитывает детей, то здесь налицо значительные сложности, даже, несмотря на то, что в нашей стране уделяется много внимания коррекционно-воспитательной и педагогической работе с детьми, страдающими различными отклонениями в развитии; имеются определенные достижения и значительные успехи в решении вопросов ранней диагностики, в частности, речевой патологии, методики и организации коррекционного воспитания и обучения детей.

Дети России ныне повседневно испытывают на себе тяжесть социально-экономического кризиса переходного периода. Коммерциализация всех сфер общественного воспроизводства снижает доступность населению услуг систем здравоохранения, образования и культуры. Больше же всех страдают дети. Повсеместное ухудшение их физического и психического здоровья - показатель общего неблагополучия. Руководитель лаборатории Научного центра психического здоровья Российской Федерации Г.В.Козловская называет цифру: у 14-15% детей и подростков фиксируются психические отклонения, - эти аномалии, по ее мнению, обусловлены не генетическими, а социальными причинами, порождающими разного рода ненормальности в быту, неудовлетворительное питание, недостатки в медицинском и профилактическом обеспечении, низкий уровень гигиенической культуры населения и недопустимое пренебрежение людей к своему здоровью, разнообразные экологические беды. «Мы имеем дело с комплексной проблемой, и решать ее следует совместными усилиями ученых и политиков, - подчеркивает руководитель Центра медико-экологических проблем охраны здоровья семьи НИИ медицины труда РАМН доктор медицинских наук О.В.Сивочалова. - Необходим системный подход, в осуществление которого призваны вложить свою созидательную энергию властные структуры». Печально, что лозунг «Все лучшее - детям!» остается для политиков лишь общей фразой, как справедливо заметила заместитель декана факультета журналистики МГСУ Е.Г.Смирнова. В свою очередь заместитель директора Института социальной работы доцент Т.В.Шеляг отметила, что за соответствующим обеспечением детства следует видеть собственно материальный «субстрат» общества, - ведь это не некая абстракция структурно-системных связей и отношений, а живые, конкретные люди с их достоинствами и недостатками, в том числе физическими, психическими и прочими.

Нельзя сказать, что государство не заботиться о «воспитании подрастающего поколения», о здоровье будущей нации государства: разработана и вступила в действие специальным Указом Президента РФ программа «Дети России». В документе говорится о том, что улучшение положения детей в Российской Федерации, создание благоприятных условий для их жизнедеятельности, обучения и развития - ключевая цель национального развития... В условиях социально-экономического кризиса проблемы детей в России достигли предельной остроты, и их безотлагательное решение стало жизненно необходимым.

В состав президентской программы вошли федеральные целевые программы: «Государственная программа развития индустрии детского питания», «Дети Чернобыля», «Планирование семьи», «Дети-инвалиды», «Дети-сироты», «Дети Севера». Позднее к ним прибавились программы «Одаренные дети», «Дети семей беженцев и вынужденных переселенцев», «Организация летнего отдыха детей». Содержание этих документов не может вызвать каких-либо сомнений - верные оценки, справедливые выводы. Однако осуществление сформулированных в них целей и задач натолкнулось на рифы и мели экономической политики. Коренное препятствие - недостаточное финансирование. Многие благие пожелания повисли в воздухе.

Через год были приняты «Основные направления государственной социальной политики по улучшению положения детей в Российской Федерации до 2000 года (Национальный план действий в интересах детей)» (Указ Президента РФ № 942, 14 сентября 1995 г.). Федеральным органам исполнительной власти и органам власти субъектов Российской Федерации предписано руководствоваться этим документом в данной области.

Чтобы представить себе остроту ситуации и масштабность заявленного плана действий, приведем некоторые цифры и факты.

В России сегодня проживает около 39 миллионов детей, что составляет более 26% общей численности населения. Среди количественно-качественных показателей, характеризующих их состояние, прежде всего, обращает на себя внимание большая младенческая и детская смертность - уровень ее достаточно высок и почти в два раза превышает соответствующие показатели в США, Франции, Великобритании (в 1994 году на 1000 родившихся было зарегистрировано 19,9 детей, не доживших до одного года; коэффициент детской смертности в возрасте до 5 лет в том же году составил 22,2 в расчете на тысячу детей соответствующего года рождения).

Не снижается материнская смертность. Ухудшается качество здоровья беременных женщин и новорожденных детей. Только за 1990-1994 годы общая заболеваемость новорожденных возросла в 2,3 раза.

Реализация профилактического направления здравоохранения и специальной педагогики начинается еще до рождения ребенка путем создания для будущей матери в период беременности максимально благоприятных условий, регламентируемых соответствующими законами и обеспечиваемых всей службой охраны здоровья матери и ребенка, но несмотря на эти меры увеличивается число хронически больных детей, особенно с болезнями нервной системы, органов пищеварения, онкологическими заболеваниями, заболеваниями крови, эндокринной системы, опорно-двигательного аппарата, не говоря уже о «почти массовой речевой патологии.»...

Специальные исследования показывают, что 15-20% детей дошкольного возраста страдают заболеваниями затяжного характера, 35-40% имеют речевую патологию, более чем у 50% школьников - ослабленный организм, до 40% детей к окончанию школы ограничены в выборе профессий по своему физическому состоянию. Растет заболеваемость дифтерией, коклюшем, туберкулезом, до сих пор фиксируются случаи полиомиелита. Среди инфицированных вирусом иммунодефицита человека около одной трети - дети.

Как известно, наиболее наглядным показателем здоровья человека выступает его физическое развитие. Оно - чуткий индикатор социально-экономических изменений как в ту, так и в другую сторону. Установлено, что в общей массе школьников резко возросла доля детей с дефицитом веса тела и роста (до 20%). Это стало особенно проявляться в последние годы, причем главным образом у детей, только начинающих школьную жизнь (в 6-8 лет). Факт тревожный. Он обусловлен как неблагополучием в организации питания детей, так и увеличением объема суммарной учебной нагрузки.

Тревожит неуклонный рост хронических заболеваний органов пищеварения как у школьников, так и в последнее время у детей дошкольного возраста – этому способствуют систематическое психоэмоциональное перенапряжение, неправильная организация питания в детских дошкольных учреждениях, школе и дома.

Отмечается отставание темпов роста доходов населения от темпов роста потребительских цен, что вызвало снижение уровня жизни - существенно изменилась структура семейных бюджетов в сторону увеличения доли расходов, а в связи с этим значительно ухудшилось и качество питания детей. Его состав постоянно смещается в сторону прогрессирующей углеводной модели потребления, в рационе резко сократилось наличие ценных в биологическом отношении продуктов - овощей, фруктов, мясных, рыбных, молочных изделий.

Общеизвестен острый недостаток специальных пищевых продуктов в лечебных и профилактических целях. Так, значительно сократился выпуск молочных смесей и мясных консервов для детей раннего возраста. Доступность продуктов детского питания для многих семей все больше ограничивается ростом потребительских цен.

В свою очередь действующие отечественные предприятия пищевой промышленности оказались в тяжелом финансовом положении, сдерживающем их производственные возможности.

Принятые правительственные решения о дополнительных мерах по обеспечению продуктами питания беременных женщин, кормящих матерей, детей до семи лет, о введении бесплатного отпуска специальных молочных продуктов всем детям до двух лет реализуются в субъектах Российской Федерации не в полном объеме.

Правительство РФ принимало меры по усилению прямой поддержки семей с несовершеннолетними детьми, но во многих регионах выплата пособий производится с большими задержками, что болезненно сказывается на текущем семейном бюджете.

Большую остроту приобрела проблема детской инвалидности (к концу 1994 года число детей-инвалидов в возрасте до 16 лет достигло 398, 9 тысячи), причем в структуре ее преобладают психоневрологические заболевания, болезни внутренних органов, опорно-двигательного аппарата, нарушения слуха и зрения. Основные причины – неблагоприятные условия труда женщин, наследственные заболевания, рост травматизма.

В конце XX столетия здоровье подрастающего поколения зависит от ряда условий, связанных главным образом с экологией, ее влиянием на иммунную, нервную и эндокринную системы. Загрязнение воздуха, воды, почвы влечет за собой рост острых и хронических (особенно аллергических) заболеваний, снижение сопротивляемости организма вредоносным влияниям. Наряду с этим возрастает роль и стрессовых психологических воздействий, что в свою очередь ухудшает нервно-психологическое здоровье и иммунитет у детей. Понятно, что и качество всех сторон здоровья родителей также продолжает снижаться, а при отягощенной наследственности дети в 2—3 раза чаще страдают тем же недугом, что и их родители. Все еще большую роль играют экологические факторы, причем для ребенка с его еще не вполне зрелыми защитно-приспособительными механизмами крайне опасны не только любые, отдельно взятые из них, различные по своему происхождению и биологическому действию, но и сочетания их, вызывающие последствия подчас непредсказуемые. Об этом говорилось на международном симпозиуме «Экопатология детского возраста», состоявшемся в Москве в конце 1997 года. По материалам Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), здоровье населения определяется в основном:

* образом жизни (на 50%),
* неблагоприятным воздействием среды обитания (до 20% по совокупности факторов),
* наследственностью (20%),
* качеством медико-санитарной помощи (10%).

Любая из перечисленных составляющих означает, в свою очередь, комплекс относительно самостоятельных проблем, требующих для своего решения кадров должной квалификации и необходимого финансового и материально-технического обеспечения. Так, только последняя из них требует соответствующего персонала, специального оборудования, медикаментов, финансово-материальной поддержки, социального, психологического и правового сопровождения.

Когда же речь заходит о детях-инвалидах, то на авансцену выступает первая составляющая, предполагающая обеспечение нормальных социальных условий жизнедеятельности и полноценной адаптации этих детей в общественной среде. Еще большее значение сказанное обретает в случае детей в семьях беженцев или переживших миграцию вследствие межнациональных и прочих социальных конфликтов. Заметим, что в общей численности беженцев почти одна треть приходится именно на детей. А они, помимо элементарных условий жизнеобеспечения и охраны здоровья, нуждаются, как правило, в специальных мерах социально-психологической реабилитации, в медико-педагогической коррекции.

Исходя из всего вышесказанного, видно, что определяющее значение в развитии здорового полноценно развитого ребенка принадлежит условиям макросреды как в масштабе всей страны, в масштабе отдельно взятого региона, так и в пределах города.

Хотелось бы заметить, что понятие «макросреда» следует рассматривать не только с вышеизложенной масштабной позиции, но и с более мелкой, но не менее значимой и проблематичной - «детский сад» которая является разновидностью большой макросистемы.

К сожалению, в настоящее время финансирование образования (впрочем, как и медицины) осуществляется все еще по остаточному принципу, что напрямую влияет на характер и степень финансирования, необходимого для содержания как самого здания детского сада, так и на обновление материально-технической базы дошкольного образовательного учреждения, на приобретение для детей развивающих пособий, научно-методической литературы для педагогов и т.п, так и оплату труда работников. В последнее время все больше зданий бывшего детского сада переходят в руки предпринимателей и происходит их переоборудование под офисные помещения коммерческих компаний, детских садов не хватает (увеличилась рождаемость детей), возрастную группу как единицу посещают до 30 детей. Возникает естественный вопрос: о каком качественном образовании с таким количеством детей может идти речь, учитывая, что время идет вперед и общество предъявляет все более высокие требования к качеству знаний и умений подрастающего поколения? Если при этом учитывать, что здоровье детей год от года ухудшается, а требования растут, сады закрываются, уходят хорошие высококвалифицированные специалисты из-за мизерной заработной платы.

Стоит особо обратить внимание на необходимость открытия специализированных дошкольных учреждений компенсирующего вида, так как год от года увеличивается количество детей, имеющих различного рода патологии: опорно-двигательного аппарата, бронхолегочные патологии и аллергические заболевания, дети с нарушенным слухом и нарушенным зрением, дети с тяжелыми нарушениями речи и др., но несмотря на такую необходимость коррекционных учреждений их более не открывают, наметилась обратная тенденция по их количественному уменьшению – это во-первых. Во-вторых, каждый год закрываются ставки профильных специалистов (учителей-логопедов, учителей-дефектологов, психологов) не только в детских садах, но и школах. В школах год от года уменьшается количество классов компенсирующего обучения, в которых обучались дети с ослабленным здоровьем и частоболеющие; в детских садах резко сокращается количество логопедических групп и групп для детей с задержкой психического развития. Все это – результат отсутствия финансовых средств, необходимых для поддержания и, не говоря уже про развитие, сети коррекционно-оздоровительных услуг учреждений. Главным заложником такого положения дел становятся дети, имеющие разного рода патологии.

Воспитание и развитие ребенка, в первую очередь, начинается в семье. Статья Закона РФ «Об образовании» гласит «…родители являются первыми воспитателями ребенка… и несут ответственность за его образование, развитие и оздоровление…». Именно с этой позиции семью следует рассматривать как микросреду, а условия, в которых она развивается и осуществляет воспитание детей, в значительной степени определяет характер и степень сформированности необходимых образований растущей личности ребенка.

В начале прошлого столетия лозунгом были выдвинуты слова «Семья – первая ячейка общества».

Какая она должна быть, чтобы в ней полноценно развивался ребенок ? Ответ не так и сложен, можно выделить ряд условий, которые необходимы каждой семье, именно эти условия являются основополагающими для всестороннего гармоничного развития и воспитания малыша:

* состав семьи (полная или неполная семья);
* количество детей (половая принадлежность);
* количество поколений в семье;
* наличие наследственных заболеваний;
* возраст и образование родителей;
* наличие и характер вредных привычек у членов семьи;
* речевая среда (одноязычное, билингвизм и т.п.);
* материальная обеспеченность (доход, наличие благоустроенного жилья, отдельной комнаты у ребенка и т.п);
* тип воспитания в семье (также важно - присутствие единства в требованиях к ребенку со стороны родителей;
* характер взаимоотношений в семье между родителями; стиль общения с детьми

Рассмотрим некоторые условия микросреды, которые в значительной степени становятся определяющими, основополагающими или предрасполагающими к различного рода патологиям (в частности, речевой патологии, как следствие нервно-психического неблагополучия и т.п.). С рождением ребенка особая ответственность за его нервно-психическое здоровье ложится на семью.

*Состав семьи.* Проведены исследования, которые подтверждают тот факт, что при наличии у ребенка обоих родителей (при условии их морального благополучия и отсутствия вредных привычек) снижается риск нервно-психических расстройств, которые могут послужить возникновению речевой патологии в частности. При отсутствии одного из родителей или обоих родителей возникает значительный риск для психического здоровья ребенка.

Возрастная характеристика родителей во многом определяет содержание и характер воспитания ребенка в семье.

Нервно-психическое здоровье, обеспечивающее нормальное речевое развитие ребенка, зависит во многом от межличностных отношений в семье. Особое значение при этом имеют следующие данные:

1. характерологические особенности матери (тревожность, мнительность, инфантильность, импульсивность, эмоциональная холодность);
2. неприятие со стороны матери (отца);
3. конфликтные взаимоотношения в семье, изменение в структуре семьи (смерть, болезнь близких людей, развод и т. д.);
4. воспитание в двух домах и др.
5. резкая смена жизненного стереотипа и типа воспитания;
6. неадекватный тип воспитания («кумир», гиперопека, гипоопека, несогласованность в воспитательных позициях родителей).

Социально-психологические факторы риска в последние годы привлекают большое внимание исследователей, в особенности вопросы психической депривации детей. Под депривацией понимают недостаточное удовлетворение основных потребностей (эмоциональной и сенсорной). Выделяют познавательную и социальную депривации (И. Лангмейер, 3. Ма-тейчик, 1984). Установлено, что все виды депривации существенно влияют на речевое развитие ребенка.

Отделение от матери в раннем возрасте иногда влечет за собой тяжелые нарушения деятельности мозга и является в дальнейшем одной из главных причин развития эмоциональной неустойчивости, импульсивности, нарушения поведения, которые, в свою очередь, могут осложниться речевыми расстройствами.

После 2,5 лет и старше приобретают значение такого рода воздействия, как наказание дома и особенно в детском учреждении, нежелание посещать ясли или группу, испуг при встрече с малознакомыми лицами, животными, страх отрицательных сказочных персонажей и пр.

По мере роста и развития ребенка круг психотравмирующих ситуаций значительно расширяется за счет возрастающего значения влияний внешней среды. Это конфликтные отношения со сверстниками и взрослыми, чрезмерные наказания, запугивания, переживание ситуация испуга (внезапное появление устрашающего животного, просмотр «страшного» фильма, «страшная» сказка), рождение другого ребенка при отсутствии готовности занять позицию старшего и пр.

*Наличие наследственных заболеваний* Важное значение имеет своевременное генетическое консультирование будущих родителей с целью предупреждения развития тех или иных отклонений в нервно-психическом и, в частности, речевом развитии ребенка. Генетическое консультирование предполагает выяснение последствий, к которым приведет возникновение генетических заболеваний в семье, прогноз тяжести заболевания и риска его повторного возникновения, уточнение способов профилактики заболевания и его оптимальной коррекции. Показаниями к генетической консультации считаются врожденные аномалии у членов семьи или родственников, аномальное психическое или физическое развитие ребенка, беременность у женщин старше 35 лет, принадлежность к этнической группе, в которой особо высока частота какого-либо наследственного заболевания, длительное употребление лекарств или воздействие химических веществ, три или более самопроизвольного выкидыша или случаи ранней детской смертности, бесплодие. В тех случаях, когда обнаруживается семейная отягощенность какой-либо патологией, родители должны быть хорошо информированы о возможном проявлении заболевания у ребенка, а также о том, какие профилактические меры позволят предупредить или ослабить симптоматику наследственного заболевания.

В 60-е годы в научной литературе возникает понятие «фактор риска», под которым подразумеваются различные условия внешней сферы (биологические и социальные) и индивидуальной реактивности организма, в большей или меньшей степени способствующие развитию тех или иных патологических состояний. К биологическим факторам риска речевых нарушений относится также и семейная отягощенность патологией речи. Известно, что наследственная предрасположенность к возникновению того или иного патологического состояния не является фатальной. Как правило, речевые нарушения не возникают на фоне полного здоровья. В тех случаях, когда наряду с наследственной отягощенностью речевой патологией (например, заиканием) у детей диагностируются нарушения деятельности центральной нервной системы, необходим специализированный медицинский и логопедический патронаж, учитывающий данные психофизического и речевого развития ребенка.

*Речевая среда.* Речь взрослого является для ребенка самым важным средством познания окружающего мира. Для своевременного развития речи мать и другие лица, окружающие ребенка, должны постоянно общаться с ним, стремясь вызвать ответную реакцию. Известно, что на самых ранних стадиях постнатального развития ребенка его общение с матерью осуществляется не безмолвно, они ведут «диалог». Этот «диалог» вызывает у младенца реакции в виде оживления общих движений, улыбки, произнесения звуков и созвучий (эхопраксия, эхолалия). В семье обязаны знать требования, которые нужно предъявлять к речи ребенка. Эти требования не должны быть ни занижены, ни завышены. Формировать речевые умения нужно соответственно возрастной норме. В тех случаях, когда окружающие взрослые имеют неправильное произношение либо, забавляясь, копируют речь ребенка («сюсюкают»), процесс овладения правильным звукопроизношением затрудняется, аномально произносимые звуки речи закрепляются и в дальнейшем такому ребенку бывает необходимо специальное корригирующее обучение .

Иногда с детьми, у которых имеются нарушения речи, родители стараются меньше разговаривать и начинают общаться жестами, желая облегчить взаимное понимание. Этим они наносят вред речевому и психическому развитию ребенка. Если ребенок не говорит, то мать и все окружающие должны как можно больше разговаривать с ним. Постепенно у ребенка накапливается словарный запас, необходимый для дальнейшего развития его речи (Е. М. Мастюкова, М. В. Ипполитова, 1985).

В процессе воспитания детей, имеющих речевые нарушения, родители должны постоянно осмысливать свое поведение и свои позиции. Взаимопонимание, поощрение, взаимное уважение, соблюдение порядка, взаимодействие между членами семьи играют серьезную роль в профилактике психогенных реактивных явлений у детей, страдающих речевой патологией.

*Билингвизм.* Лингвистическое воспитание ребенка должно начинаться рано и в первые годы жизни совершаться на родном языке (К. Д. Ушинский, 1948—1952; Е. И. Тихеева, 1981 и др.). Усвоение двух языковых систем на раннем этапе развития речи является для ребенка трудной задачей. Если малыш слышит, кроме родного языка, еще другой язык, то его речь может развиваться медленнее, а в некоторых случаях появляются многочисленные итерации, переходящие иногда в запинки судорожного характера. В этом плане в семье должны быть установлены взаимопонимание и единый подход, которые позволят ребенку в последующем овладеть в совершенстве двумя и более языковыми системами.

*Тип воспитания в семье.* В настоящее время имеются достаточно определенные научные данные о влиянии типа воспитания в семье на формирование черт характера, речь и психику ребенка в целом.

Теплые отношения с членами семьи, обеспечивающие чувство защищенности и эмоционального комфорта, необходимы для гармоничного психического развития ребенка. Возраст до 1 года — это период, когда общение является главным видом деятельности ребенка и недостаточность эмоциональных контактов с ним может неблагоприятно отразиться в дальнейшем на его характере и речевом поведении. Уже на этом возрастном этапе устанавливаются первые межперсональные отношения с матерью или лицом, ее замещающим. Это важный этап, с которого начинаются социализация, становление личности ребенка, формирование положительных и отрицательных чувств, представление о людях, мире. Воспитание ребенка в дружной семье как равного ее члена с соблюдением всех психолого-педагогических требований, с ранней познавательной, общественной, трудовой ориентацией способствует формированию характера с положительными социальными установками при всем многообразии индивидуальных особенностей, сформированных интересов и объема приобретенных знаний.

Таким образом, можно сказать, что семья как микросоциум в современном обществе должна выступать не только «первой ячейкой общества», «…родители – это …первые воспитатели …», но и, в первую очередь, быть примером во всех делах для своего ребенка, быть ему другом, советчиком и образцом для подражания. Только в эмоционально полноценной, заботливой и дружной семье может расти здоровый, счастливый и добрый малыш.

**1.3 Задержка психического развития**

Современный и перспективный аспект рассмотрения вопроса об этиологии и структуре речевого дефекта у детей с ЗПР определяется тесной связью процессов развития речевой, познавательной деятельности и условий развития ребенка (микро и макросоциумы), соотношением речи и мышления в онтогенезе.

Выготский Л.С. выделяет в процессе развития речи ребенка «доречевую фазу в развитии интеллекта и доинтеллектуальную фазу в развитии речи» и подчеркивает значимость в период «фазы» благоприятных условий в окружении ребенка, необходимых для полноценного и качественного прохождения им важной «фазы» в его развитии. Здесь речь идет о роли и месте родителей, семьи, окружающих ребенка людей в этот период его формирования. При нарушении необходимых условий происходит «сбой» и ребенок постепенно «тормозится в развитии» (термин Л.С.Выготского), либо «застревает» на предыдущем этапе.

До определенного периода линии развития мышления и речи проходят как бы независимо друг от друга. Однако в период около двух лет «линии развития мышления и речи, которые шли до сих пор раздельно, перекрещиваются, совпадают в своем развитии и дают начало совершенно новой форме поведения… Ребенок как бы открывает символическую функцию речи. Однако, для того, чтобы «открыть»речь, надо мыслить. Начиная с этого периода, речь выполняет интеллектуальную функцию, а мышление становится речевым».

Если рассматривать тесную взаимосвязь между мышлением и речью (согласно Л.С.Выготскому), то происходит торможение одной функции и отстает и другая, так происходит сначала задержка речевого развития, а в последствие, если не обратить на этот факт внимание на раннем этапе развития речи ребенка, то ребенок постепенно превратиться в ребенка с диагнозом «задержка психического развития».

Одним из характерных признаков интеллектуальной недостаточности у детей с задержкой психического развития является недоразвитие высших психических функций, а следовательно, и недоразвитие речи как одной из наиболее сложно организованных функций.

У детей с ЗПР отмечается замедленный темп речевого развития, его качественное своеобразие и большая распространенность нарушений речи (В.А.Ковшиков, Ю.Г.Демьянов, Е.В.Мальцева и др.)

При ЗПР имеют место все виды нарушений речи, наблюдающиеся и у детей с нормальным интеллектом. Характерным признаком клинической картины нарушений у большинства детей с ЗПР является сложность речевой патологии, наличие комплекса речевых нарушений, сочетание различных дефектов речи. Многие проявления патологии речи связаны с общими психопатологическими особенностями этих детей, с особенностями протекания речевой деятельности в целом.

У большинства детей с ЗПР имеются нарушения как импрессивной, так и экспрессивной речи, нарушения устной и письменной речи, неполноценность не только спонтанной, но и отраженной речи. Импрессивная речь этих детей характеризуется недостаточностью дифференциации речеслухового восприятия, речевых звуков, неразличением смысла отдельных слов, тонких оттенков речи. Экспрессивной речи этих детей свойственны нарушения звукопроизношения, бедность словарного запаса, недостаточная сформированность грамматического строя речи, наличие аграмматизмов, речевая инактивность (Н. Ю. Борякова, Е. В. Мальцева, Е. С. Слепович, Е. Ф. Соботович, Р. Д. Тригер, С. Г. Шевченко и др.).

Структура речевого дефекта детей с ЗПР является очень вариативной, характеризуется комбинаторностью различных симптомов речевой патологии.

В работах различных авторов делается попытка классифицировать детей с ЗПР с учетом характера их речевых нарушений. Так, Е. В. Мальцева выделяет 3 группы.

*Первая группа* — дети с изолированным дефектом, проявляющимся в неправильном произношении лишь одной группы звуков. Нарушения связаны с аномалией строения артикуляторного аппарата, недоразвитием речевой моторики.

*Вторая группа* — дети, у которых выявлены фонетико-фонематические нарушения. Дефекты звукопроизношения охватывают 2—3 фонетические группы и проявляются преимущественно в заменах фонетически близких звуков. Наблюдаются нарушения слуховой дифференциации звуков и фонематического анализа.

*Третья группа* — дети с системным недоразвитием всех сторон речи (ОНР). Кроме фонетико-фонематических нарушений наблюдаются существенные нарушения в развитии лексико-грамматической стороны речи: ограниченность и недифференцированность словарного запаса, примитивная синтаксическая структура предложений, аграмматизмы.

Исследованием И.А. Симоновой выявлены особенности речевого недоразвития у детей с ЗПР в двух клинических группах: 1) при неосложненном инфантилизме (по классификации М. С. Певзнер); 2) при осложненном инфантилизме и в результате цереброастенических состояний различного генеза.

*Первая группа* детей является немногочисленной. Ведущим психопатологическим синдромом у этих детей является незрелость эмоционально-волевой сферы. У детей этой группы преобладают игровые интересы, отмечаются неподготовленность к любой деятельности, отсутствие познавательного интереса. Им трудно подчинить свои эмоциональные реакции требованиям. Очень активные, целенаправленные и неутомимые в игре, эти дети быстро устают во время занятия, отвлекаются. Они либо растормаживаются, либо становятся пассивными, вялыми. Учебная деятельность этих детей характеризуется импульсивностью, хаотичностью, неравномерностью. В анамнезе большинства детей отмечается задержка речевого развития: первые слова появляются к 1,5—2 годам, фразы — к 3 годам. В процессе обследования нарушения звукопроизношения выявлены лишь у одного ребенка. Почти у всех детей оказалась сохранной артикуляционная моторика. Небольшие отклонения наблюдались лишь при выполнении серии артикуляторных движений. Вместе с тем, выявились трудности повторения серий из 3—4 слогов с фонетически близкими звуками. Дети чаще всего смешивали звонкие и глухие звуки. Аналогичные смешения наблюдались иногда и на письме, однако, дети самостоятельно исправляли ошибки. Дети неточно различают понятия «слог», «звук», «буква». У них сформированы лишь простые формы фонематического анализа. Сложные формы звукового анализа (определение последовательности и количества звуков в слове) затрудне ны. Процесс звукослогового анализа значительно облегчается использованием вспомогательных приемов, внешних действий (например, с помощью отхлопывания слогов).

У детей с неосложненным инфантилизмом выявляются особенности речи, связанные со своеобразием эмоционально-волевой сферы. Эти дети многословны, охотно вступают в речевое общение, активны в диалоге, часто перебивают собеседника. Они не продумывают ответы, всвязи с чем их ответы характеризуются импульсивностью, наличием побочных ассоциаций. Речь таких детей во многом определяется наличием эмоционального компонента. Так, при составлении рассказа по серии сюжетных картинок, интересных и доступных ребенку, дети легко составляют грамматически сложные предложения, используют прямую речь, вносят в рассказы элементы фантазии, разнообразные детали. При этом речь сопровождается выразительной интонацией, адекватной мимикой, эмоциональными жестами. В заданиях же, которые ограничивают речевую деятельность определенными рамками, когда требуется обдумывание, четкие формулировки, точное словесное оформление, наблюдаются снижение речевой активности, трудности в подборе слов, неточное их употребление.

И.А. Симонова делает вывод о том, что уровень речевого развития этих детей и их речевое поведение соответствуют нормально развивающимся сверстникам более младшего возраста.

Во *второй группе* детей с ЗПР (с осложненным инфантилизмом и с церебрастеническими состояниями) наблюдалась иная картина речевого недоразвития. Дети этой группы испытывали существенные трудности с самого начала обучения. В основе их неуспешности лежит истощаемость нервной системы, быстрая утомляемость, нарушение работоспособности. В анамнезе большинства детей отмечалась задержка развития речи. Первые слова появились лишь к 2—2,5 годам. Логопедическое исследование выявило у больного количество этих детей (32%) нарушения звукопроизношения, которое проявляется в основном в нечетком произношении свистящих и шипящих (боковое, межзубное произношение), отсутствии или неправильном произношении звука *р* У детей этой группы не дифференцированы понятия «буква», «звук», «слово». Они испытывают большие затруднения в звукобуквенном анализе слов.. У детей выявлено недоразвитие фонетико-фонематической стороны речи. Особенности речи у детей второй группы проявлялись и в бедности лексико-семантической стороны речи, в ограниченном объеме словаря, в неточном употреблении слов. Связная речь этой группы находится на более низком уровне, чем у детей первой группы.

Таким образом, особенности речи у этой группы детей характеризуется нарушением речи как системы; своеобразие речи отражает недоразвитие эмоционально-волевой сферы и познавательной деятельности.

Следует отметить, что особенностью психического развития детей с задержкой развития в дошкольном возрасте является недостаточная сформированность познавательных процессов, таких как восприятие, внимание, память. Психическое развитие отличается у них неравномерностью нарушений различных психических функций; при этом логическое мышление может быть более сохранным по сравнению с памятью, вниманием и умственной работоспособностью. У детей выделенной категорией отсутствует инертность психических процессов; они способны не только принимать и использовать помощь, но и переносить усвоенные навыки умственной деятельности в другие ситуации. С помощью взрослого они могут выполнять предлагаемые им интеллектуальные задания на близком к норме уровне, хотя нередко ждут помощи со стороны взрослого. Для детей с ЗПР характерна низкая познавательная активность. В связи с недостаточностью интегральной деятельности мозга отмечаются сложности в узнавании непривычно представленных предметов и изображений, им трудно соединить отдельные детали рисунка в единый смысловой образ. Эти специфические нарушения восприятия у детей определяют ограниченность и фрагментарность их представлений об окружающем мире. Недостаточность интегративной деятельности мозга при ЗПР проявляется и в так называемых сенсомоторных нарушениях, что находит свое выражение в рисунках детей.

Так из вышесказанного видно, что одной из основных особенностей детей с задержкой психического развития является недостаточность образования связей между отдельными перцептивными и двигательными функциями.

Одной из характерных особенностей таких является отставание в формировании у них пространственных представлений, недостаточная ориентировка в частях собственного тела. Кроме того, в дошкольном возрасте у них чаще, чем у нормально развивающихся сверстников, наблюдается перекрестная или невыраженная латеральность. Характерным признаком детей с такой патологией является недостаточность в сформированности тонкой моторики рук, общая моторика не нарушена.

Также характерной особенностью является выраженное нарушение у большинства из них функции активного внимания, дети очень рассеяны, часто отвлекаются на незначительные раздражители, объем внимания значительно снижен, страдает переключаемость внимания. Так, одной из часто встречающихся особенностей нарушений внимания у детей является его недостаточная концентрация на существенных признаках. В этих случаях при отсутствии соответствующей коррекционной работы может отмечаться отставание в развитии мыслительных операций. Нарушения внимания особенно выражены при двигательной расторможенности, повышенной аффективной возбудимости, т.е. у детей с гиперактивным поведением. Эти дети, как правило, испытывают наиболее выраженные затруднения в усвоении навыков чтения и письма.

Для многих детей с таким диагнозом характерна своеобразная структура памяти. Это проявляется иногда в большей продуктивности непроизвольного запоминания. Недостаточность произвольной памяти в значительной степени связана со слабостью регуляции произвольной деятельности, недостаточной ее целенаправленностью, несформированностью функции самоконтроля.

**1.4 Педагогическая запущенность**

Обращаясь к изданному в 1926 году труду под редакцией отечественного ученого, педагога и общественного деятеля Кащенко В.П. «Проблемы изучения и воспитания ребенка» можно заметить, что в предисловии он пишет: «Вопрос о социальных условиях развития ребенка, вне всякого сомнения, самый существенный вопрос…, а влияние социальной среды на формирование личности развивающегося ребенка громадно. Зачастую оно имеет определяющее значение…». Что касается влияния наследственности, то «…заложенные природой наклонности и предрасположения подвергаются очень сложной переработке под влиянием семьи, первых воспитателей, товарищей… Эти последние влияния в конечном счете часто решают дело…».

Согласно определению понятия «педагогическая запущенность» - это социальное явление, характеризующиеся дезадаптивным поведением, которое может проявляется в неадекватность самооценки (завышенная, заниженная), повышенной возбудимости, патологическом упрямстве, агрессивности в различных проявлениях, капризности, раздражительности, снижении волевой активности, легкой подчиняемости, напряженном и пренебрежительном отношении со взрослыми людьми (в том, числе и с родителями), стойком непослушании, лживости. Чаще всего вышеперечисленные признаки присутствуют у педагогически запущенных детей в комплексе.

Подобное социальное явление – это результат неправильного семейного воспитания, например, доминирование одного из родителей, частые конфликты, ссоры между членами семьи, постоянная напряженная обстановка в семье с частым расхождением во мнениях по вопросу воспитания детей, явно выраженная неприязнь или пренебрежение к какому-либо члену семьи; гипоопека или гиперопека, потвортствующая гиперопека, эмоционально—отвергающее поведение членов семьи, жестокое обращение.

Согласно статистике, к категории «педагогическая запущенность» по половому признаку относятся 73% мальчиков и 27% на девочек; 77% детей имеют хронические заболевания внутренних органов, 34%- нарушения опорно-двигательного аппарата, 48% - речевую патологию, которая носит системный характер и при этом отмечаются нарушения всех компонентов языковой системы. Сложно даже сказать, что первично, а что вторично в этой патологии – биологическое или социальное.

### Выводы по главе 1

Основу для изучения этиологии нарушений в развитии ребенка, в частности речевых расстройств, составляют эволюционно-динамический подход (Давыдовский И.В.) и принцип диалектического единства (Хватцев М.Е.) биологического и социального в развитии речи, где окружающая ребенка социальная среда является не только условием, но и источником как развития речи, так и является причиной возникновения невротических речевых расстройств. Этиологические факторы, вызывающие нарушения речи, сложны и полиморфны. Наиболее часто встречается сочетание наследственной предрасположенности, неблагоприятного окружения и повреждения или нарушения созревания мозга под влиянием различных неблагоприятных факторов.

Определяющее значение в развитии здорового полноценного ребенка принадлежит условиям макросреды как в масштабе всей страны, в масштабе отдельно взятого региона, так и в пределах конкретного города.

Воспитание и развитие ребенка начинается в семье. Статья Закона РФ «Об образовании» гласит «…родители являются первыми воспитателями ребенка… и несут ответственность за его образование, развитие и оздоровление…». Именно с этой позиции семья - это микросреда, а условия, в которых она развивается и осуществляет воспитание детей, в значительной степени определяет характер и степень сформированности необходимых образований растущей личности ребенка.

На примере педагогической запущенности и задержке психического развития можно довольно четко увидеть саму суть неблагоприятного влияния условий макро- и микросреды на речевое развитие детей 5-7 лет.

**Глава 2. Экспериментальное изучение влияния условий микро- и макросреды на речевое развитие детей 5-7 лет**

**2.1 Организация экспериментального изучения влияния микро-факторов окружающей среды на речевое развитие детей 5-7 лет**

Теоретический анализ проблемы влияния условий макро- и микросреды на речевое развитие детей в главе 1 настоящей дипломной работы позволил определить направления, содержание организации и проведения экспериментального изучения выделенной проблемы.

Экспериментальная часть дипломной работы представлена анкетой для родителей, состоящей из 15 блоков, которые позволяют дать оценку социальным факторам семейного воспитания.

Экспериментальное исследование проводилось в марте 2004-05 учебного года. В анкетировании приняло участие 60 семей воспитанников МДОУ ДСКВ №68, из них:

* 30 семей - старшая группа – возраст 5-5,6 лет - логопедическая группа
* 30 семей - подготовительная группа – возраст 5,10 - 6,4 лет.

# Итак, результаты изучения социальных факторов семейного воспитания.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Вопросы анкеты | **Обобщенные результаты****( % - кол-во семей)**  |
| **1. Возраст родителей к рождению ребенка** |
| 1.2 | **Мать:** |
|  | До 16 лет | 0 |
|  | 16-18 | 3% - 2с  |
|  | 18-20 | 17% - 10с |
|  | 21-30 | 62%-37с |
|  | 31-40 | 11%-7с |
|  | старше | 7%- 4с |
| 1.2 | **Отец** |
|  | До 16 лет | 0 |
|  | 16-18 | 0 |
|  | 18-20 | 5%-3с |
|  | 21-30 | 11%-7 с |
|  | 31-40 | 55%-33с |
|  | старше | 28%- 17с |
| 2. Социальная характеристика семьи |
|  | Полная | 55%-33с |
|  | Неполная | 28%-17 с |
|  | Деструктивная | 7%-4 с |
|  | Распадающаяся | 10%-6с |
|  | Опекуны | 0 |
| 3.Жилищные условия |
|  | Отдельная 1 комнатная квартира | 23%-14с |
|  | Отдельная 2 комнатная квартира | 25%-15с |
|  | Отдельная 3 комнатная квартира | 11%-7с |
|  | Отдельная 4 комнатная квартира | 3%-5с |
|  | Отдельная 5 комнатная квартира | 1%-1с |
|  | Комната (ы) в общежитии | 5%-3с |
|  | Комната (ы) в коммунальной квартире | 10%-6с |
|  | Деревянное жилье | 3%-2с |
|  | Проживают в «балке» | 11%-7с |
|  | Проживают без посторонних родственников | 93%-56с |
|  | Количество других взрослых, проживающих с семьей (дедушки, бабушки, родственники, другие лица) | 7%-4 с |
| 4.Среднемесячный доход |
|  | Выше среднего уровня | 3%-2с |
|  | На среднем уровне | 50%-30с |
|  | Без нужды | 40%-24с |
|  | Частые финансовые затруднения | 7%-4с |
|  | Постоянная нужда | 0 |
| 5. Характер взаимоотношений между родителями |
|  | Взаимопонимание | 86%-51 с |
|  | Доминирование отца | 7%-4с |
|  | Доминирование матери | 5%-3с |
|  | Конфликты, ссоры, драки | 11%-7с |
|  | Напряженное отношение с частыми расхождениями во мнениях | 3%-2с |
|  | Пренебрежение | 0 |
|  | Неприязнь | 0 |
| 6. Проведение досуга членов родительской семьи |
|  | Преимущественно дома | 50%-30с |
|  | Часто проводят оздоровительные мероприятия (бассейн, лыжи, походы, сауна и т.д.) | 20%-12с |
|  | Часто посещают культурно-зрелищные мероприятия | 87%-52с |
|  | Асоциальные контакты | 0 |
| 7. Особенности воспитания в семье |
| 7.1 | Воспитание матерью |
|  | Гибкое | 87%-52с |
|  | Гипоопека | 3%-2с |
|  | Гиперопека | 5%-3с |
|  | Потворствующая гиперопека | 5%-3с |
|  | Эмоционально-отвергающее поведение | 0 |
|  | Жестокое отношение | 0 |
| 7.2 | Воспитание отцом |
|  | Гибкое | 75%-45с |
|  | Гипоопека | 3%-2с |
|  | Гиперопека | 5%-3с |
|  | Эмоционально-отвергающее поведение | 5%-3с |
|  | Жестокое отношение | 0 |
| 8. Отношение ребенка к членам семьи |
| 8.1 | Отношение к матери |
|  | Ровная привязанность | 51%-54с |
|  | Безразличие | 0 |
|  | Отвержение | 0 |
|  | Выраженный негативизм | 0 |
|  | Предпочтение | 8%-5с |
|  | Страх | 0 |
|  | Пассивная подчиняемость | 1.%-1с |
| 8.2 | Отношение к отцу |
|  | Ровная привязанность | 85%-51с |
|  | Безразличие | 5%-3с |
|  | Отвержение | 0 |
|  | Выраженный негативизм | 0 |
|  | Предпочтение | 5%-3с |
|  | Страх | 0 |
|  | Пассивная подчиняемость | 5%-3с |
| 9. Образование родителей |
| 9.1 | Мать |
|  | Высшее | 78%-47с |
|  | Среднее специальное | 11%-7с |
|  | Среднее | 11%-7с |
|  | Студентка | 0 |
| 9.2 | Отец |
|  | Высшее | 50%-30с |
|  | Среднее специальное | 28%-17с |
|  | Среднее | 22%-13с |
|  | Студент | 0 |
| 9.3 | Родители педагоги, психологи, врачи | 33%-20с |
| 10. Количество детей в семье. Наличие братьев и сестер |
| 10.1 | Многодетная семья (сколько детей) | 5%-3с |
| 10.2 | Один ребенок в семье | 45%-27с |
| 10.3 | Имеют одного брата/сестру | 28%-17с |
| 10.4 | Имеют двух старших братьев/сестер | 22%-13с |
| 10.5 | Имеет одного младшего брата/сестру | 11%-7с |
| 10.6 | Имеет двух младших братьев/сестер | 13%-9с |
| 11. Национальность |
| 11.1 | Русские | 74.%-41с |
| 11.2 | Татары | 11.%-7с |
| 11.3 | Башкиры | 3.0%-2с |
| 11.4 | Украинцы | 5.0% -3 с |
| 11.5 | Белорусы | 1.0% |
| 11.6 | Марийцы | 1.0% |
| 11.7 | Чуваши | 1.0% |
| 11.8 | Мордвины | 1.0% |
| 11.9 | Узбеки | 1.0% |
| 11.10 | Ингуши | 1.0% |
| 11.11 | Лезгины | 1.0% |
| 12. Наследственные заболевания |  |
| 12.1 | Мать  | 20%-7с |
| 12.2 | Отец  | 11%-4 с |
| **13. Речевая среда** |  |
|  | Общение в семье на одном (русском )языке  | 92%-55с |
|  | Общение в семье на двух ( русский и родной) языках | 8%-5с |
|  | Общение в семье на трех и более языках | 0 |
| **14. Протекание беременности и родов**  |  |
| 14.1 | Протекание беременности |  |
|  | Без осложнений | 22%-13с |
|  | С осложнениями | 78%-47с |
| 14.2 | Течение родов |  |
|  | Ребенок доношенный | 78%--47с |
|  | Ребенок недоношенный | 9%-5с |
|  | Операция кесарево сечение | 13%-8с |
|  | Роды через естественные родовые пути | 87%-52с |
|  | Родовая травма | 100%-60с |
|  | Асфиксия  | 92%-55с |
|  | Другое  | 28%-17с |
| **15. Заболевания первого года жизни** |  |
|  | Частые простудные | 92%-55с |
|  | Инфекционные  | 87%-52с |
|  | операции | 11%-7с |
| **16. Последующие заболевания** |  |
|  | Частые простудные | 92%-55с |
|  | Инфекционные  | 87%-52с |
|  | Аллергические  | 78%-47с |
|  | Другие  | 45%-27с |
| **17. Речевое развитие ребенка** |  |
| 17.1 | Звукопроизношение  |  |
|  | Нарушено (1-2 группы звуков) | 40%-24с |
|  | Нарушено ( 3 и более группы звуков) | 40%-24с |
|  | Не нарушено  | 20%-12с |
| 17.2 | Фонематический слух  |  |
|  | Нарушен  | 80%-48с |
|  | Не нарушен  | 20%-12с |
| 17.3 | Лексико-грамматический стой речи |  |
|  | Нарушен  | 80%-48с |
|  | Не нарушен  | 20%-12с |
| **18. Всего детей 64 ребенка**(2 семьи- двойняшки) |  |
| 15.1 | Всего девочек | 44%- 28 |
| 15.2 | Всего мальчиков | 56%- 36 |

Условные обозначения: желтым цветом обозначены неблагоприятные факторы

Анализ полученных результатов позволяет сделать следующие выводы, 60 семей – всего в этих семьях 64 ребенка (в двух семьях двойняшки), из них девочки составляют 44%, мальчики –56%:

1. Возраст родителей к моменту рождения ребенка соответствует среднему продуктивному возрасту (согласно определению возраста деторождения ВОЗ). Лишь в 2 семьях – 3 % - возраст родителей от 16-18 лет.*(см. график 1)*
2. 55% или 33 семьи носят статус полной семьи, т.е. в семьей имеется оба родителя; отмечается негативный микрофактор социального статуса семьи – неполная семья (8%-5 семей), деструктивная (1%-1 семья), распадающаяся (10%-6 семей). *(см. график 2)*
3. жилищные условия удовлетворительные (29 семей – 47%), что касается остальных семей, то 31 семья - 53% имеют относительно неудовлетворительные условия, соответственно ребенок не имеет достаточной личной площади (комнаты) или проживает с каким-либо членом семьи в одной комнате.
4. отмечается положительная тенденция в материальном обеспеченности семей (в частности, среднемесячный доход), лишь 4 семьи – 7% респондентов испытывают частые материальные затруднения.
5. характер между родителями , в целом, благополучный, лишь 3 семьях доминирует мать, и в 4 семьях – отец; имеются результаты, которые подтверждают факт конфликтов, ссор и драк между родителями в 7 семьях и напряженное отношение с частыми расхождениями во мнениях в 2 семьях – неблагоприятных микрофактор.
6. воспитание в семьях гибкое, за исключением 3 семей – гипо- и гиперопека.
7. отношение ребенка к членам семьи ровное, лишь в 3 семьях предпочтение либо матери, либо отца.
8. образование родителей – достаточное, в основном, высшее образование
9. речевая среда не отягощена; отмечается билингвизм в 5 семьях
10. речевой и наследственный анамнез отягощен в 7 семьях по линии матери, в 4-х по линии отца.
11. протекание беременности и родов: с осложнениями 78%, операция кесарево сечение 13% , недоношенные дети- 9%, наличие родовых травм различной степени тяжести – 100%, асфиксия плода во время родов – у 92%- отягощающие микрофакторы.
12. заболевания первого года жизни и последующих годов - частые простудные и инфекционные заболевания у 100% детей, аллергические заболевания- у 78%, перенесли операции на внутренних органах – 11% - отягощающие условия развития.
13. речевое развитие: у 80% детей – нарушено звукопроизношение (как 1-2 , так и 3-4 группы звуков), отмечаются нарушения фонематического слуха и нарушения лексико-грамматической стороны речи. *(см. график 3)*

### *График 1*


###### График 2


###### График 3

**Выводы по главе 2**

Анализ результатов экспериментального исследования по обозначенной проблеме подтвердил теоретические изыскания в области проблематики настоящей дипломной работы и отметил однозначное и явно выраженное влияние микрофакторов на речевую патологию детей (нарушено звукопроизношение, лексико-грамматическое и фонетико-фонематическое оформление речи). Так, жилищные и социальные (неполные семьи, деструктивные и распадающиеся) условия семей, характер взаимоотношений в между родителями (драки, ссоры, конфликты, частые расхождения во мнениях), билингвизм (татарский, башкирский), наследственный анамнез, особенности протекания беременности (с осложнениями: инфекционные заболевания, вредные условия труда, поздний гестоз, гипертония) и родов (недоношенность, операция кесарево сечение, асфикция), заболевания первого года жизни и последующие заболевания (частые простудные, инфекционные, аллергические заболевания и др. - всё вышеперечисленное – это условиями, неблагоприятно действующие на растущий организм ребенка и соответственно, на его речевое развитие, в частности.

Таким образом, выдвинутая гипотеза о том, что микрофакторы окружающей среды оказывают значительное (в некоторых случаях, определяющее) влияние на возникновение и развитие речевой патологии у детей 5-7 лет; и только благодаря ранней и своевременной, систематической, целенаправленной работе всех участников лечебно-педагогических, коррекционных и развивающих мероприятий возможна эффективная коррекция возникших речевых нарушений при обязательном построении индивидуально-дифференцированных программ с учетом структуры патологии, клинического диагноза, индивидуально-типологических особенностей личности ребенка, учета особенностей вторичных отклонений в развитии, обязательного изучения микрофакторов окружающей среды и проведения коррекционно-профилактического воздействия на условия этой среды.

**Глава 3. Пути коррекционного логопедического воздействия на микрофакторы окружающей среды**

Охрана здоровья населения относится к важнейшей функции государства. Профилактическая направленность в деле сохранения здоровья и воспитания гармонически развитой личности составляет главное содержание гуманизма. Синтез гигиенических, воспитательных и коррекционных мероприятий призван обеспечить развитие физических и духовных сил подрастающего поколения.

Решение этих задач неразрывно связано с профилактикой и своевременным выявлением отклонений в физическом, нервно-психическом и речевом развитии детей.

По данным мировой статистики, число речевых расстройств растет, в связи с чем актуальность проблемы профилактики речевых нарушений детей и подростков принимает глобальный характер.

Разработке профилактических медицинских, психологических и педагогических методов воздействия предшествуют научные изыскания, позволяющие полноценно использовать защитные механизмы организма в целом.

В нашем городе уделяется много внимания коррекционно-воспитательной и педагогической работе с детьми, страдающими речевыми нарушениями. Достигнуты значительные успехи в решении вопросов ранней диагностики речевых нарушений, методики и организации коррекционного воспитания и обучения детей.

Путем специальных воздействий на детей во многих случаях удается предотвратить или затормозить появление у них различных отклонений от нормы, в частности речевой патологии.

Своевременная профилактика речевых нарушений у детей тесно связана с предупреждением нервно-психических отклонений в состоянии здоровья. Она обеспечивается комплексом мероприятий, включающих лечебные, педагогические и социальные воздействия.

Так, специалисты детских поликлиник, наряду с постоянным динамическим наблюдением, проводят профилактические осмотры детей от 0 до 14 лет не только в поликлинике, но и в детских дошкольных учреждениях и школах. Совместная работа врачей и педагогов в детских педагогических учреждениях позволяет рано выполнять отклонения от нормы в состоянии здоровья детей, врожденные и приобретенные заболевания, сказывающиеся на развитии речи или способствующие возникновению речевой патологии.

Большое значение в разработке проблемы профилактики речевых расстройств имеет изучение факторов, обеспечивающих нормальное развитие речи у детей. Эти знания имеют непосредственное отношение к гигиене речевого развития, являющегося важнейшим показателем нервно-психического здоровья ребенка. Задачи ее в основном сводятся к изучению возрастных этапов речевого онтогенеза и выявлению условий (включая внешнюю среду и социальные условия) положительно или отрицательно влияющих на речевое развитие. Разрабатываются рекомендации и нормативы по психофизиологическим условиям воспитания детей, научно обосновываются стимулы психического развития ребенка и возможности их применения, организуется пропаганда психологических и педагогических знаний среди родителей воспитанников детского дошкольного учреждения, но и населения близ лежащих микрорайонов.

Одним из важных направлений развития логопедической помощи является предупреждение речевых нарушений и последствий речевой патологии.

Предупреждение нарушений в речевом развитии основывается на мерах социального, педагогического и, прежде всего, психологического предупреждения расстройств психических функций.

В системе логопедического воздействия и психопрофилактических мер существенное значение имеет своевременное генетическое консультирование будущих родителей с целью предупреждения развития тех или иных отклонений в нервно-психическом и, в частности, речевом развитии ребенка.

Генетическое консультирование предполагает выяснение последствий, к которым приведет возникновение генетических заболеваний в семье, прогноз тяжести заболевания и риска его повторного возникновения, уточнение способов профилактики заболевания и его оптимальной коррекции. Показаниями к генетической консультации считаются врожденные аномалии у членов семьи или родственников, аномальное психическое или физическое развитие ребенка, беременность у женщин старше 35 лет, принадлежность к этнической группе, в которой особо высока частота какого-либо наследственного заболевания, длительное употребление лекарств или воздействие химических веществ, три или более самопроизвольного выкидыша или случаи ранней детской смертности, бесплодие.

В тех случаях, когда обнаруживается семейная отягощенность какой-либо патологией, родители должны быть хорошо информированы о возможном проявлении заболевания у ребенка, а также о том, какие профилактические меры позволят предупредить или ослабить симптоматику наследственного заболевания.

С рождением ребенка особая ответственность за его нервно-психическое здоровье ложится на семью, что делает особенно актуальным психолого-педагогическое просвещение родителей.

Хотелось бы обратить особое внимание на то, что любая коррекционная работа должна проводится планово, систематически и должна быть подчинена определенной системе и принимать участие в работе над коррекцией речевой патологии должен не только учитель-логопед, а все участники коррекционно-педагогического процесса. *( см. Приложение).*

Если взять за основу проведенное экспериментальное исследование по проблеме влияния условий семейных условий на речевое развитие детей, то каждый участник коррекционно-педагогического процесса найдет для себя свою нишу и через различные формы и виды работы с семьей сможет осуществлять необходимую работу над этой проблемой.

Так, например, педагог-психолог может провести серию консультаций для родителей по темам «Семейное воспитание: каким оно должно быть», «Пойми меня, мама (папа)», «Ребёнок и его внутренний мир», «Как правильно воспитывать», «Права детей» (по материалам Конвенции о правах ребенка) и т.д., цикл семинаров-практикумов «Я и моя семья», вечера встреч «Мы вместе».

Учитель-логопед должен осуществлять не только коррекцию речевого дефекта, но тесно работать в этом направлении с родителями: вести разъяснительную работу по выполнению с ребенком домашних логопедических заданий, беседовать об особенностях речевого развития детей в конкретном возрастном промежутке, подчеркивая важность занятий и общения с ребенком, предлагать родителям посещение как индивидуальных, так и фронтальных логопедических занятий с целью обозначения единства в требованиях к ребенку при логопедической коррекции; предлагать вниманию родителей консультации в устной и письменной форме; проводить открытые просмотры занятий; открытые совместные досуги с родителями и др.

Особое внимание учителю-логопеду необходимо обратить на семьи, где в быту присутствуют две и более языковых систем (билингвизм), т.к. именно в этих семьях родители порой недопонимать всю важность дошкольного периода и его сензитивность для овладения языковыми средствами, в случае, если на этот факт своевременно не обратить должного внимания, то у ребенка возникнут значительные сложности в усвоении как родного языка, так и общепринятого – русского.

Внимание учителя-логопеда должны быть обращено на правильность проведения родителями с речевыми детьми этапа автоматизации звука и постоянно подчеркивать необходимость контроля с их стороны за правильностью произношения поставленных звуков.

В работе учителя-логопеда важное место занимает ранняя диагностика речевых отклонений с целью своевременного оказания логопедической помощи и осуществление совместных с родителями действий по их профилактике, либо ранней коррекции.

Еще раз хочется подчеркнуть, что основными путями логопедического воздействия на микрофакторы социальной среды является тесное взаимодействие с родителями и проведение профилактических бесед, консультативных приемов, агитацию поддержания здорового образа жизни и преемственности в воспитании их детей.

**Заключение**

Хрупкое и чуткое существо входит в этот мир, делает свои робкие, неуверенные шаги, складывает из забавных сочетаний звуков первые слова. Сколько неожиданностей, неприятных событий ожидает его уже в начале пути, сколько неблагоприятных сил обрушивается на него, воздействие которых подчас сильно деформирует слабый «росток», наносит ущерб, и подчас непоправимый, его организму, заставляет развиваться в нежелательном направлении его психику, подавляет сознание, затормаживает физический и интеллектуальный рост.

В последние годы резко вырос процент детей с проблемами в развитии. Это не удивительно, так как Россия переживает один из самых сложных, болезненных, но вместе с тем динамичных периодов своей истории. Дети России ныне повседневно испытывают на себе тяжесть социально-экономического кризиса переходного периода.

Анализ научной литературы по проблеме речевой патологии, её причинах и социальной адаптации детей-логопатов, свидетельствует о том, что положение детей в современной России вызывает обоснованную тревогу у общественности.

Еще ученый древности (Аристотель, Платон, Квинтилиан и др.) высказывали мысль о том, что «..здоровье души человеческой, а тем более ребячей …зависит от того, кто влияет на здоровье той самой души своими помыслами и деяниями… таковой и быть ребячей душе во здоровье или в недуге и слабостях…». Из вышесказанного видно, что в то далекое время придавалось огромное значение воспитанию детей и как основополагающей, предопределяющей была среда, социум, который окружает ребенка.

Болезненные социальные явления, переживаемые в настоящее время Россией, побуждают обратиться к первым десятилетиям ХХ века , когда еще общественный деятель, педагог-новатор В,П.Кащенко ратовал за создание «общественного течения в пользу многочисленного класса несчастных детей в интересах государственной безопасности, школьной гигиены и педагогики». Но…больное общество – больные дети. Массовая детская патология – производное общественных бед.

Определяющее значение в развитии здорового полноценного ребенка принадлежит условиям макросреды как в масштабе страны, в масштабе отдельно взятого региона, так и в пределах конкретного города.

Если рассматривать макросреду, в которой воспитываются и которая воспитывает детей, то здесь налицо значительные сложности, даже, несмотря на то, что в стране уделяется много внимания коррекционно-воспитательной и педагогической работе с детьми, страдающими различными отклонениями в развитии.

Как известно, воспитание и развитие ребенка начинается в семье, которая является микросредой, а условия, в которых она развивается и осуществляет воспитание, в значительной степени определяет характер и степень сформированности необходимых образований растущей личности ребенка.

Этиологию любого речевое нарушение следует рассматривать как следствие влияния биологических факторов и условий макро- и микросреды.

Подобные влияния играют значительную (иногда, определяющую) роль в патологическом формировании не только речи, но и личности ребенка. В настоящей дипломной работе рассмотрены: задержка психического развития, педагогическая запущенность как пример влияния этих микрофакторов.

Экспериментальное исследование на практике подтвердила выдвинутую гипотезу о влиянии условий микросреды на речевое развитие детей 5-7 лет.

Считаю, что выводы и материал настоящей дипломной работы можно использовать в практике работы с детьми по коррекции и профилактике речевых нарушений с позиции влияния условий микрофакторов на речевое развитие детей старшего дошкольного возраста.

### Глоссарий

*Анамнез* – совокупность сведений о болезни и развитии ребенка.

*Асфиксия* – удушье плода и новорожденного – прекращение дыхания при продолжающейся сердечной деятельности вследствие понижения или утраты возбудимости дыхательного центра

*Билингвизм –* двуязычие в семье (родной) и русский.

*Высшие психические функции –* сложные, прижизненно формирующиеся системные психические процессы, социальные по своему происхождению

*Гипоксия –* кислородное голодание организма.

*Депривация –* недостаточное удовлетворение основных потребностей.

*Коррекция нарушения речи –* исправление недостатков речи. Используются также термины «устранение», «преодоление речевых нарушений».

*Макросреда-* социальное окружение в большой территориальном масштабе: государство, регион, город, образовательное учреждение.

*Микросреда-* социальное окружение – семья.

*Нарушения речи (*синонимы – *расстройства речи, речевые нарушения, дефекты речи, недостатки речи, речевые отклонения, речевая патология) –* отклонения в речи говорящего от языковой нормы, принятой в данной языковой среде, проявляющиеся в парциальных (частичных) нарушениях (звукопроизношения, голоса, темпа и ритма и т.д.) и обусловленные расстройствами нормального функционирования психофизиологических механизмов речевой деятельности.

*Нарушения речевого развития –* группа различных видов отклонений в развитии речи, имеющая различную этиологию, патогенез, степень выраженности.

*Недоразвитие речи –* качественно низкий уровень сформированности сравнительно с нормой той или иной речевой функции или речевой системы в целом.

*Психическая* (в том числе и речевая) *система –* сложные связи, возникающие между отдельными функциями в процессе развития.

*Пренатальный –* относящийся к периоду перед рождением.

*Сложный (комбинированный) дефект –*дефект, при котором прослеживаются определенные связи, например, речевая и зрительная недостаточность и другие сочетания.

*Соматический –* телесный.

*Фонематический слух -* тонкий систематизированный слух, обладающий способностью осуществлять операции различения и узнавания фонем, составляющих звуковую оболочку слова.

*Этиология –* учение о причинах.

*Язык –* система знаков, служащая средством человеческого общения, мыслительной деятельности, способом передачи информации от поколения к поколению и ее хранения

**Литература**

1. Анохин П. К. Очерки по физиологии функциональных систем. — М., 1975.
2. Бадалян Л. О. Детская неврология. — 3-е изд. — М., 1984.
3. Бадалян Л. О. Невропатология. — М., 1987.
4. Балабанова В.П., Богданова Л.Г., Бенедиктова Л.В. и др. Диагностика нарушений речи у детей и организация логопедической работы в условиях дошкольного образовательного учреждения. - СПб.: Детство-пресс, 2001.
5. Беккер К. П., Совак М. Логопедия. — М., 1981.
6. Выготский Л. С. Развитие высших психических функций. — М., 1960.
7. Выготский Л. С. Педагогическая психология. — М., 1997.
8. Волкова Л.А. Логопедия. Книга 2. М., 1995
9. Гаркуша Ю.Ф. Система коррекционных занятий воспитателя в детском саду для детей с нарушениями речи. - М., 1992.
10. Дети с временной задержкой психического развития. / Под ред. Т. А. Власовой, М. С. Певзнер. — М., 1971.
11. Дети с задержкой психического развития. / Под ред. Т. А. Власовой, В. И. Лубовского, Н. А. Цыпиной. — М., 1984.
12. Ефименкова Л.Н. Формирование речи у дошкольников. - М., 1985.
13. Жинкин Н. И. Интеллект, язык и речь // Нарушение речи у дошкольников. — М., 1972. — С. 9—31.
14. Жукова Н. С. Мастюкова Е. М.,Филичева Т. Б. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников. — М., 1990.
15. Жукова Н.С., Мастюкова Е.М., Филичёва Т.Б. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников. - М., 1990.
16. Кащенко В.П. Педагогическая коррекция., М., 1999.
17. Крылова Н.Л. О коррекционной работе логопеда и воспитателя на материале занятий . // Дефектология. - 1980. - № 4.
18. Крылова Н.Л. Общее и специфическое в работе логопеда и воспитателя логопедического детского сада по развитию речи детей // Дефектология. - 1985. - № 2.
19. Ковалев В.В. Проблема факторов риска в возникновении нарушений психического здоровья в детском возрасте и ее значение для профилактики // Психогигиена детей и подростков. — М., 1985. — С. 56—66
20. Лалаева Р.И. Нарушение речи у детей с задержкой психического развития. — Спб., 1992.
21. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. —М., 1965.
22. Лубовский В.И. Развитие словесной регуляции действий
у аномальных детей. — М., 1975.
23. Лурия А. Р. Мозг и психические процессы. — М., 1963- Т. 1.
24. Логопедия / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской.- М., 2002
25. Лангмейер И., Матейчик 3. Психическая депривация в детском возрасте — Прага, 1984.
26. Лалаева Р.И. Логопедическая работа в коррекционных классах. М.:, 1998
27. Мастюкова Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии. — М.,1992.
28. Мастюкова Е.М., Ипполитова М.В. Нарушение речи у детей с церебральным параличом. — М., 1985.
29. Основы теории и практики логопедии /Под ред. Р.Е. Левиной., -М., 1968
30. Оскольская Н.А. Типология индивидуальных различий в структуре фонетико-фонематического недоразвития речи //Дефектология. - 2001 г.
31. Основы теории и практики логопедии / Под ред. Р. Е. Левиной. — М., 1968.
32. Правдина О. В. Логопедия. — М., 1973.
33. Правдина О. В. Логопедия. — М., 1999.
34. Понятийно-терминологический словарь логопеда / Под ред. В.И. Селиверстова. — М. 1997.
35. Понятийно-терминологический словарь логопеда / Под ред. В.И. Селиверстова. — М., 1999
36. Расстройства речи у детей и подростков / Под ред. С.С. Ляпидевского. — М., 1969.
37. Спирова Л. Ф., Ястребова А. В. Учителю о детях с нарушениями речи. — М., 1976.
38. Терентьева В.И. Социально-психологические особенности детей с нарушениями речи 6-7 лет//Дефектология. - 2000г. № 4.
39. Типовое положение о специальном (коррекционном) образовательном учреждении для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии // Вестник образования. - 1997. - № 6.
40. Тихеева Е.И. Развитие речи у детей. — М., 1981.
41. Ульенкова У.В. Шестилетние дети с задержкой психического развития. — М., 1990.
42. Хватцев М.Е. Логопедия. —М., 1959.
43. Хрестоматия по логопедии / Под ред. Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова — М., 1997. — Ч. I, П.
44. Ушакова Т.Н. Функциональные структуры второй сигнальной системы. — М., 1979.
45. Филичева Т.Б., Чевелева Н.А., Чиркина Г.В. Основы логопедии. М., 1989
46. Фишман М. Н. Мозговые механизмы, обуславливающие отклонения в речевом развитии у детей //Дефектология. - 2001г. № 3.
47. Хрестоматия по логопедии /Под ред. Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова. — М., 1997 — Ч. I, И.
48. Хрестоматия по логопедии. / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской- М., Ч-1, Ч –2. - М.,1997
49. Хватцев М.Е. Логопедия. — М., 1959. — С. 30—38
50. Шкловский В.М., Лукашевич И.П.. Некоторые патогенетические механизмы нарушения развития речи у детей //Дефектология. - 2001 г. №2.