**ФОНЕТИКО-ФОНЕМАТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ**

(ФФН, дети с преимущественными недостатками звукопроизношения: с функциональными и механическими дислалиями, ринолалиями, лёгкими формами дизартрии)

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ФФН**

 **Слуховое восприятие** страдает, снижено фонематическое восприятие. **Внимание** менее устойчивое, чем в норме. Отмечается пониженный уровень переключаемости. Нарушение устойчивости и переключаемости связаны с недостаточной подвижностью основных нервных процессов в коре мозга. При дизартрии отмечается понижение кривой работоспособности к концу выполнения задания. Это свидетельствует о быстрой истощаемости процессов внимания. Однако на начальных этапах работы показатели продуктивности и вырабатываемости могут быть сопоставимы с возрастной нормой. Устойчивость внимания у детей оценивается как средняя. Объём внимания оказывается снижен по сравнению с возрастной нормой, тогда как временные параметры выполнения задания могут приближаться к ней. При наличии органического поражения ЦНС внимание нарушается в большей степени, чем при функциональных нарушениях.

**Память** характеризуется сужением объёма запоминания, ошибками при воспроизведении. Данные особенности обусловлены ослаблением внимания и фонематического слуха. Отклонения в состоянии мнестической деятельности более значительны при дизартрии.

**Мышление** при дислалии практически не отличается от нормативных показателей. При стёртой форме дизартрии его особенности обусловлены снижением функции внимания и памяти. В более тяжёлых случаях отмечаются замедленное протекание интеллектуальных процессов, снижение уровня обобщения, конкретность мышления.

При **ринолалии** в большей степени страдает словесно-логическое мышление. Отмечается слабость обобщения, инертность мыслительных операций, трудности в установлении причинно-следственных связей: дети не могут самостоятельно разложить серию картинок в определённой последовательности, установить причинно-следственные связи между ними.

**Особенности эмоциональной сферы** – часто наблюдаются нарушение вегетативной нервной системы, сочетающиеся с большей эмоциональной чувствительностью, возбудимостью и неуравновешенностью. Может проявляться повышенная раздражительность, плаксивость, обидчивость, расторможенность, аффективность и агрессивность. В целом дислалия незначительно сказывается на эмоционально-волевой и мотивационно-потребностной сферах дошкольника. Нередко отклонения вызываются не самим речевым нарушением, а отношением к нему окружающих. Неадекватное восприятие речевых трудностей может негативно сказаться на отношении к ребёнку взрослых и сверстников, привести к его эмоциональной, мотивационной и волевой незрелости.

Нарушение раннего периода развития речи, обеднённость долингвистического этапа, наблюдаемая при ринолалии, вызывают снижение психической активности детей. Уменьшение объёма передаваемой ринолаликами информации негативно сказывается на процессе коммуникации. Недостатки мимической мускулатуры приводят к отклонениям в формировании умений передавать и воспринимать эмоции.

При **дизартрии** эмоционально-волевые нарушения проявляются в виде нерезко выраженных нарушений эмоционально-волевой сферы, вызванной повышенной эмоциональной возбудимостью и истощаемостью нервной системы. Для детей со стёртой формой дизартрии характерны два типа нарушений:

1) склонность к тормозным реакциям;

2) склонность к эмоциональной возбудимости.

Такие дети острее, чем их нормально развивающиеся сверстники, реагируют на сходные ситуации, тревога проявляется более ярко, характерны усиленные вегетативные реакции. Может быть неустойчивое настроение, плаксивость.

**Особенности личности –** дети могут быть стеснительными, избегать ситуаций речевого общения. Могут быть замкнутыми и неуверенными в своих силах и возможностях. В результате могут формироваться негативные личностные черты (замкнутость, негативизм, неконтактность). Сложные полиморфные нарушения звукопроизношения при ринолалии, могут привести к формированию патохарактерологических невротических реакций. Данные нарушения проявляются в виде невротических страхов, реакций оппозиции, негативизма. У детей младшего возраста они выражаются преимущественно в невротических проявлениях: энурезе, неврастении, расторможенности. Могут присутствовать отказы выступлений на утренниках, на занятиях в группе ребёнок не хочет отвечать. У детей может формироваться низкая самооценка. Может появиться страх перед поступлением в школу.

При дизартрии отмечаются разнообразные варианты негативного развития личности. Так одни дети склонны к реакциям истероидного типа, другие пугливы, заторможены, плохо приспособлены к изменению обстановки. При дизартрии, как правило, наблюдается отсутствие критичности к своему состоянию. В дошкольном возрасте такие дети склонны к раздражительности, колебаниям настроения, двигательно беспокойны, суетливы, часто проявляют грубость, непослушание. Для ребёнка со стёртой дизартрией характерны замкнутость, неуверенность в своих силах и возможностях, стеснительность.

 При тяжёлых степенях дизартрии могут наблюдаться психопатоподобные изменения личности или формирование личности по типу органической группы психопатий.

**Особенности общения и межличностных отношений детей с ФФНР. Дислалия**  в дошкольном возрасте, как правило, приводит к сужению круга общения детей и нарушению форм общения. Ребёнок легко вступает в контакт, его поведение является адекватным. При **дизартрии** возможно неровное поведение, нарушение контактности вследствие склонности ребёнка к дистимии и эмоциональной лабильности. Могут отмечаться нарушения поведения в виде излишней медлительности или заторможенности. У детей с **ринолалией** отмечается сужение социальных и речевых контактов из-за грубого дефекта звуковой речи, позднего её начала, наличия осложнений.