

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ им. В.П. АСТАФЬЕВА
(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Институт социально – гуманитарных технологий
Кафедра коррекционной педагогики

КЛОЧКОВА ЮЛИЯ МИХАЙЛОВНА

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

Взаимосвязь нарушений звукопроизношения и артикуляционной моторики у
детей 4-5 лет с дизартрией

Направление подготовки 44.03.03 Специальное (дефектологическое)
образование

Направленность (профиль) образовательной программы
Логопедия

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ

Заведующий кафедрой

канд. пед. наук, доцент Беляева О.Л.

Научный руководитель

канд. пед. наук, доцент Мамаева А.В.

Дата защиты

Обучающийся

Клочкова Ю.М.

Оценка _____

Красноярск 2021

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
Глава I. Научно-теоретический анализ литературы по проблеме нарушения звукопроизношения у детей 4-5 лет с дизартрией.....	8
1.1. Развитие нарушений звукопроизношения и артикуляционной моторики в онтогенезе	8
1.2. Особенности развития звукопроизношения и артикуляционной моторики при дизартрии	13
1.3. Обзор методик логопедической работы по диагностике и коррекции нарушения звукопроизношения и артикуляционной моторики	23
Выводы по 1 главе.....	30
Глава II. Констатирующий эксперимент по изучению взаимосвязи звукопроизношения и артикуляционной моторики у детей 4-5 лет с дизартрией	33
2.1. Организация и методика констатирующего эксперимента	33
2.2. Анализ результатов констатирующего эксперимента	38
2.3. Методические рекомендации по коррекции нарушений артикуляционной моторики и звукопроизношения у детей 4-5 лет с дизартрией.....	54
Выводы по 2 главе.....	65
Заключение	68
Список использованных источников	72
Приложения	76

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. В настоящее время отмечается стремительный рост речевых патологий у детей старшего дошкольного возраста, в силу большого количества пагубных биологических и социальных причин. Это повышает потребность в поиске, изучении и исследовании преодоления у детей речевых нарушений. Эта проблема особенно актуальной становится по отношению к детям, имеющим дизартрию. Основными проявлениями дизартрии являются смешение, искажение, замена и отсутствие звуков. Дети испытывают трудности при произношении слов со сложной слоговой структурой, опускают некоторые звуки при стечении согласных. Следует обратить внимание, что дизартрия – это нарушение произносительной стороны речи, которое обусловлено недостаточной иннервацией речевого аппарата.

Исследование детей в дошкольных образовательных учреждениях показали, что в старших группах от 40% до 60% детей имеют отклонения в речевом развитии. Важно, чтобы к моменту поступления ребёнка в школу, он научился правильно произносить все звуки родного языка, мог объединять слова в предложения, а предложения в связные высказывания. Дефекты звукопроизношения, не устраненные до начала обучения ребёнка к грамоте, ведут к ошибкам на письме.

Дизартрия, также оказывает отрицательное влияние на формирование фонематических процессов и лексико-грамматической стороны речи. Недостатки звукопроизношения у детей с дизартрией неблагоприятно влияют на психическое развитие ребенка, формирование личности, отражаются на его поведении, деятельности, приводят к развитию таких отрицательных качеств как чувство неполноценности, нерешительность, замкнутость, негативизм, застенчивость.

Многие авторы (Е.Н. Винарская, Л.В. Лопатина, Р.И. Мартынова и др.) выявляют у детей с дизартрией неврологическую и психологическую симптоматику, особенности познавательной деятельности и эмоционально-волевой сферы.

Расстройства звукопроизношения у детей с дизартрией имеют несколько вариантов. При дизартрии отдельные искажения звуков наблюдаются в более лёгких случаях, а в более тяжелых проявляются искажения, замены и пропуски звуков. Речь становится нечёткой, смазанной.

Ребёнок, у которого хорошо развита речь, легко вступает в общение с окружающими, выражает внятно свои желания и мысли, задаёт вопросы, договаривается с другими о совместной игре. В то время как неясная речь ребёнка вызывает трудности во взаимоотношении с людьми и часто откладывает тяжёлый отпечаток на его характер. При отсутствии развитой речи нет успешного общения и обучения с другими людьми.

В последние годы проблема преодоления дизартрических нарушений продолжает продуктивно разрабатываться (Л.В. Лопатина, Н.В. Серебрякова, Е.Ф. Архипова, Н.Н. Волоскова). При достаточно большой базе исследований и разработке методов и приёмов преодоления нарушения звукопроизношения и артикуляционной моторики, лексико-грамматических нарушений и формирования связной речи, готовность ребёнка к школе с данными речевыми нарушениями является не совсем решённым вопросом.

Методы коррекции у детей с дизартрией старшего дошкольного возраста, не решают проблемы в полном объёме, и дальнейшая разработка методических аспектов устранения таких нарушений является актуальной.

Несмотря на тот факт, что проблема достаточно изучена, остаётся ещё много пробелов. Не исключено, что методы и приёмы коррекционно-логопедической работы, которые существуют, недостаточно

дифференцированы в зависимости от механизма и структуры дефекта при различных проявлениях дизартрии.

В связи с этим, все вышесказанное обуславливает необходимость детального практического уточнения характера взаимосвязи нарушений артикуляционной моторики и звукопроизношения дошкольников 4-5 лет при дизартрии, а так же составление методических рекомендаций по их преодолению с учетом выявленных особенностей и механизмов.

Цель исследования: уточнение характера взаимосвязи нарушений артикуляционной моторики и звукопроизношения у детей 4-5 лет с дизартрией и составление методических рекомендаций на основе выявленных особенностей и механизмов.

Объект исследования: нарушения артикуляционной моторики и звукопроизношения у детей с дизартрией.

Предмет исследования: механизмы и особенности нарушений звукопроизношения у детей 4-5 лет с дизартрией.

Гипотезой исследования является предположение о том, что даже имея одинаковое логопедическое заключение, дети могут показывать различные результаты уровня сформированности артикуляционной моторики и звукопроизношения.. Это привело нас к пониманию того, что необходимо провести специальное исследование, направленное на выявление взаимосвязи нарушения артикуляционной моторики и звукопроизношения у детей 4-5 лет при дизартрии. Выявление этой взаимосвязи поможет нам при составлении дифференцированных методических рекомендаций по развитию артикуляционной моторики и коррекции звукопроизношения у детей данной категории.

В соответствии с поставленной целью, были выдвинуты следующие **задачи:**

1) Определить современное состояние проблемы нарушений артикуляционной моторики и звукопроизношения при дизартрии в

логопедической и психолого-педагогической литературе по теме исследования;

2) Выявить особенности двигательных функций губ, языка, челюсти, динамической организации движений органов артикуляции и сформированности звукопроизношения у детей 4–5 лет с дизартрией;

3) Сопоставить уровни сформированности подвижности артикуляционного аппарата и звукопроизношения у детей 4–5 лет с дизартрией;

4) Составить методические рекомендации по коррекции нарушений артикуляционной моторики и звукопроизношения у детей 4–5 лет с дизартрией на основе выявленных особенностей и механизмов.

Методы исследования определялись в соответствии с целью и задачами исследования:

1) Теоретические: анализ логопедической и научно-методической литературы по проблеме изучения особенностей и уровней сформированности артикуляционной моторики и звукопроизношения у детей 4–5 лет с дизартрией;

2) Эмпирические: изучение психолого-педагогической и медицинской документации; наблюдение; беседы с педагогами; констатирующий эксперимент;

3) Интерпретационные: качественная и количественная оценка итогов констатирующего эксперимента.

Методологической и теоретической основой исследования явились положения общей и специальной психологии о единстве общих закономерностей нормальных и аномальных детей (Л.С. Выготский., А.Р. Лурия), о системном подходе к анализу речевых нарушений (Р.Е. Левина, А.Р. Лурия), онтогенетический принцип, который предполагает учет при коррекционном воздействии онтогенетической последовательности формирования психических новообразований (Л.С. Выготский,

В.И. Лубовский, И.Ю. Левченко и др), положение о психофизиологических механизмах овладения звукопроизношением (Н.И. Жинкина, Р.Е. Левина, М.Е. Хватцев, В.И. Бельтюков), положение о взаимосвязи артикуляционной и мелкой моторики с функцией речи (Е.Н. Винарская, Л.А. Данилова, М.М. Кольцова, Л.В. Лопатина).

База исследования: одно из муниципальных автономных дошкольных учреждений города Красноярска.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что подтверждены и уточнены имеющиеся научные данные об особенностях и механизмах звукопроизношения и артикуляционной моторики у детей 4–5 лет с дизартрией.

Практическая значимость: представленные в данной работе методические рекомендации по преодолению нарушений звукопроизношения разных групп звуков у детей 4-5 лет с дизартрией могут быть использованы учителями-логопедами, воспитателями и родителями детей с данным нарушением.

Структура квалификационной работы: работа состоит из двух глав, введения, заключения, списка использованных источников и приложений. Проиллюстрировано 7 гистограмм и 12 рисунков.

ГЛАВА I. НАУЧНО-ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ НАРУШЕНИЙ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ У ДЕТЕЙ 4-5 ЛЕТ С ДИЗАРТРИЕЙ

1.1. Развитие нарушений звукопроизношения и артикуляционной моторики в онтогенезе

Речь не является врожденной способностью человека, она формируется постепенно, вместе с развитием ребенка, и становится полноценным орудием общения [21]. Овладение речью – процесс поисков, наблюдений, сравнений, установления отношений.

Звукопроизношение – это процесс образования речевых звуков, производимый энергетическим (дыхательным), резонаторным (звукообразовательным) и генераторным (голосообразовательным) отделами речевого аппарата при регуляции центральной нервной системы [39].

По мере развития речи идет формирование системно управляемых слухо–двигательных образований, которые являются материальными знаками языка. Для их актуализации нужна артикуляционная база и умение словообразования. Такую базу, Н. И Жинкин определяет как «комплекс умений, приводящий органы артикуляции в позиции, при которых для данного языка вырабатывается нормативный звук» [19].

Звуки речи образуются благодаря сложной мускульной работе различных отделов речевого аппарата: дыхательного, голосообразующего, звукообразующего. Благодаря регуляции центральной нервной системы, все эти три части речевого аппарата могут работать взаимосвязано и координированно. Под влиянием центральной нервной системы происходят действия на периферии, например, работа дыхательного аппарата обеспечивает силу звучания голоса, работа ротовой полости служит образованию гласных и согласных звуков, а так же их дифференциацию по способу и месту артикуляции.

При образовании звуков задействован весь речевой аппарат: диафрагма, легкие, бронхи, трахея, гортань, глотка, полость носа, надгортанник, маленький язычок, нёбо, язык, зубы, губы. При помощи подвижных органов, ротовая полость (губы, язык, мягкое нёбо, маленький язычок) может менять свою форму и объём. К самым активным и подвижным артикуляционным органам относят язык и губы, которые производят различные движения и окончательно формируют каждый звук речи.

Рассматривая процесс формирования артикуляционного праксиса в онтогенезе, мы можем сделать вывод, что ребенок появляется в этот мир с готовыми для функционирования органами артикуляции, но перед тем как он овладеет членораздельными звуками речи, нужен длительный период времени.

В концепции «речевого онтогенеза» А.А. Леонтьев разграничил процесс формирования речевой деятельности на ряд идущих друг за другом периодов: первый - подготовительный (с момента рождения до года); второй – преддошкольный (от года до 3 лет); третий - дошкольный (от 3 до 7 лет); четвёртый - школьный (от 7 до 17 лет) [24].

Как считает А.Н. Гвоздев, крики у новорождённых можно рассматривать как звуки разной степени открытости гласного типа, что крик не представляется возможным разбить на отдельные элементы и выделить те или иные звуки из него. Так же автор отмечает, что в онтогенезе речевой деятельности, формирующей является артикуляционная сложность звуков [15, с. 25].

Процесс развития речи ребёнка начинается с двух – четырех месяцев, где сначала появляется гуканье, а после гуление, при помощи него ребёнок привлекает внимание к себе окружающих его людей. Часть исследователей отмечают, что в четыре–пять месяцев появляются признаки локализованности звуков, активное включение работы языка и другие стороны артикулирования, которые способствуют звуковому оформлению голосовых реакций ребёнка. К

шести месяцам появляется лепет, ребёнок начинает понемногу слушать себя, соотносить свои двигательные и слуховые реакции [4, с.99]. В период лепета происходит распад потока «речи» на короткие отрезки, которые состоят из нескольких слогов, произношение которых характеризуются единством уклада артикуляционных органов и акцентом на первом слоге.

В лепете ребенка М.И. Аствацатуров выделяет такие гласные как «а», «э» и их сочетания с переднеязычными и губными звуками. Преобладание гласных объясняется тем, что их легче всего произносить, потому что для их произнесения не нужны специальные сокращения мускулатуры, а достаточно лишь раскрытия рта и вибрации голосовых связок.

У ребенка первого года жизни становление речи представляет собой условно-рефлекторный процесс. Условные сигналы первой сигнальной системы со всех анализаторов уже в раннем детстве опосредуются речевыми звуками, словами, соединениями слов, другими словами тесно связываются деятельностью речедвигательного анализатора - главным звеном второй сигнальной системы [2, с.25]. Уже к первому году жизни у ребёнка появляются смычки органов артикуляции, он хорошо произносит такие согласные как: [п], [б], [м], [н] так как в их артикуляции язык не чувствует.

Таким образом, в первую очередь в онтогенезе у детей формируются звуки, которые определяют ядро русской фонологической системы: [а], [о], [п], [м], [т'], [д'], [д], [н], [б]. Появление первых слов начинается к концу первого года жизни.

К двум годам, когда у ребенка начали появляться первые слова, заканчивается подготовительный этап и начинается этап появления активной речи. Ребёнок активно и много повторяет различные звукосочетания, короткие слова, произнесенные окружающими, при этом звуки путаются, искажаются, пропускаются, переставляются местами. Становятся доступны простые движения в плане артикуляции, к полутора годам появляется вариант чередования позиции (смычка - щель). Ребёнок может произносить: [в], [ф]

(губно-зубные, где язык не участвует); [т], [д], [н] (язычно-зубные звуки, которые требуют простого поднятия кончика языка к верхним зубам); [г], [к], [х] (язычно-задненёбные) и звук [й]. Во время произношения твердых согласных характерно смягчение, палатализация, обусловленная дополнительным подъёмом средней части языка к нёбу – [т'], [д'], [з'], [с']. Свистящие, шипящие, аффрикаты, сонорные группы звуков при неумении произносить в речи, заменяются или пропускаются.

Дошкольный возраст считается периодом активного усвоения, как звукопроизносительной системы родного языка, так и становления всех сторон речи. К трем годам оформляется артикуляция губно-зубных звуков: [ф], [ф'], [в], [в']. В это время дети почти не смешивают слова близкие по звучанию, стараются удержать слоговую структуру слова со стечением согласных.

Также Ф.Ф. Рау указывает, что на третьем году жизни ребенка, несмотря на то, что артикуляционный аппарат (мышцы языка, нижней челюсти, губ) становится значительно подвижнее, произношение его все еще далеко от нормы. Трудности в артикуляции продолжают затормаживать усвоение звуков. Имея уже достаточно развитое фонематическое восприятие (дети почти перестают смешивать слова, которые близкие по звучанию, порой отличающиеся лишь одним звуком: коса-коза, лук-люк, мышка-мишка), дети пытаются приблизить свое произношение к общепринятому. Конечно же, это удастся не всегда и ребенок начинает заменять недостающие звуки другими, более легкими в произношении, например: [р] и [л] на [й] или [л'], шипящие (ш, щ, ж, ч) и твердые свистящие-мягкими свистящими ([с] на [с'], [з] на [з']).

К четырёхлетнему возрасту, в результате укрепления мышц языка, ребёнок уже может поднимать вверх кончик и напрягать спинку языка, это способствует появлению шипящих звуков и устранению дефекта смягчения и оглушения. Группы свистящих и шипящих звуков не простые по артикуляции по сравнению со звуками раннего онтогенеза, так как для их образования

нужны тонкие, координированные движения языка и определённое положение губ.

К 4-4,5 годам ребёнок овладевает более чёткими дифференцированными движениями кончика языка, умением делать его более тонким для звуков [л], [л'].

Ближе к пяти годам появляется возможность вибрации кончика языка, что влияет на появление звуков [р], [р'].

К концу пятого года многие дети овладевают произношением всех звуков родного языка. Произношение пятилетних мало чем отличается от речи взрослых, затруднения отмечаются лишь тогда, когда встречаются трудные, новые для ребенка, слова или слова, насыщенные сочетанием звуков, которые он еще недостаточно четко дифференцирует, например, звуки «с» и «ш» [52].

Данные исследования Т.Б. Филичевой, Г.В. Чиркиной, Л.И. Беляковой, Е.Ф. Архиповой дают подтверждение, что артикуляционная база в онтогенезе поэтапно формируется к пяти годам. Для освоения правильным звукопроизношением ребёнок должен уметь четко воспринимать и дифференцировать звуки речи на слух, а для правильного их воспроизведения иметь хорошо подготовленную артикуляционную базу:

- не иметь патологических симптомов: гиперкинезов, гипертонуса, гипотонуса, девиации и других неврологических симптомов [4, с.54];
- уметь воспроизводить тонкие дифференцированные движения органами артикуляции.

Таким образом, изучив формирование артикуляционной моторики и звукопроизношения в онтогенезе, можно сделать вывод, что точное воспроизведение звука возможно лишь в том случае, если артикуляционный аппарат ребенка в состоянии принять соответствующее положение, имеет достаточную подвижность мышц, принимающих участие в образовании звука. Для произнесения одних звуков требуется простая артикуляция, для

произнесения других – более сложная. Поэтому ребенок усваивает сначала те звуки, которые легки для произношения, а более сложные, в артикуляционном отношении звуки, появляются позднее. Усвоение правильного звукопроизношения происходит в течение довольно длительного времени (от 3 до 5 лет), причем не у всех детей одновременно.

Процесс формирования артикуляционной моторики можно представить в следующей последовательности:

- 1) К первому году у ребёнка появляются смычки органов артикуляции;
- 2) К полуторагодовалому возрасту появляется возможность чередовать позиции (смычка – щель);
- 3) В конце второго года жизни артикуляционный аппарат готов к простым движениям;
- 4) После трёх лет ребёнок может поднимать кончик языка вверх и напрягать спинку языка;
- 5) К 4-4,5 годам ребёнок овладевает чётким выделением кончика языка, его способность становится более тонкой;
- 6) К пяти годам появляется возможность вибрации кончика языка.

1.2. Особенности развития звукопроизношения и артикуляционной моторики при дизартрии

Симптоматика и этиология дизартрии, методы коррекции речи детей с дизартрией и механизмы ее развития объемно освещены в специальной литературе (Р.А. Белова–Давид, Н.В. Серебрякова, Л.В. Лопатина, Е.Н. Винарская Е.Ф. Архипова Е.М. Мастюкова, Л.А. Данилова, М.Е. Хвастовец, К.Л. Семенова, О.В. Правдина, М.В. Ипполитова).

По общепринятому определению дизартрия – это нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата [11, с.191].

В связи с органическим поражением центральной и периферической нервной системы при дизартрии нарушается двигательный механизм речи, а это приводит к нарушению развития онтогенеза речевой деятельности. Степень нарушений артикуляционной моторики и звукопроизношения зависят от тяжести и характера поражения нервной системы.

Для того, чтобы объяснить и понять механизм и природу нарушения при дизартрии нужно использовать работы о механизмах речи П.К. Анохина, А.Р. Лурия и др., согласно которому механизмы речи связаны с целостной, уровневой организацией деятельности мозга, состоящей из нескольких звеньев, где каждое из них, вносит свой индивидуальный вклад в характер речевой деятельности. Одна из важных причин нарушения развития речи составляет недостаточность кинестетических ощущений, которые дают сигнал о положении органов артикуляции.

При поражении третьего звена речевой функциональной системы, осуществляющий передачу речевых сообщений, нарушается иннервация речевой мускулатуры, другими словами расстраивается непосредственно двигательный механизм речи [2, с.41].

Нарушения звукопроизношения при дизартрии проявляются в разной степени и зависят от тяжести и характера поражения нервной системы. В легких случаях имеются отдельные искажения звуков, невнятная речь, в более трудных случаях видны искажения, пропуски и замены звуков, страдает выразительность, модуляция, темп, произношение становится невнятным. При более тяжелых поражениях центральной нервной системы речь становится невозможной из-за полного паралича речедвигательных мышц [8, с.191].

Как утверждает Е.М. Мастюкова, функциональная и анатомическая взаимосвязь в развитии и расположении речевых и двигательных зон и проводящих путей определяет частое сочетание дизартрии с двигательными нарушениями разной степени выраженности и характера.

Отличительной чертой у детей с дизартрией очень часто является ее смешанный характер в сочетании различных клинических синдромов. Это происходит от того, что при воздействии вредоносного фактора на развивающийся мозг повреждение чаще имеет более распространенный характер. При повреждении одних структур мозга, которые нужны для управления двигательным механизмом речи, может дезорганизовываться функционирование других и оказывать содействие в задержке созревания. Такое воздействие определяет совокупность дизартрии у детей с иными речевыми расстройствами (заикание, моторная алалия, общее недоразвитие речи, задержка речевого развития). К сложной дезинтеграции всего речевого развития в целом у детей, приводит поражение отдельных звеньев речевой функциональной системы в период интенсивного развития. Определенное значение в этом процессе имеет поражение и нарушение двигательного звена речевой системы и кинестетического восприятия артикуляционных движений и поз [8, с.195].

При дизартрии четкость кинестетических ощущений часто нарушена и ребёнок не воспринимает состояние напряжённости или же напротив, расслабленности мышц речевого аппарата, неправильные артикуляционные уклады или насильственные произвольные движения. Обратная кинестетическая афферентация является важным звеном целостной речевой функциональной системы, которая обеспечивает постнатальное созревание корковых речевых зон. Поэтому нарушение обратной кинестетической афферентации у детей с дизартрией может затормаживать и нарушать формирование корковых мозговых структур: теменно-височной и премоторно-лобной областей коры. А так же задерживать процесс интеграции в работе разных функциональных систем, имеющих какое-либо отношение к речевой функции. Примером может служить неполное развитие взаимосвязи слухового и кинестетического восприятия у детей с дизартрией [8, с.196].

На основе локализации поражения двигательного аппарата, учитывая неврологический подход, О.В. Правдина предложила следующую классификацию форм дизартрий:

1. Бульбарная форма дизартрии связана с очаговым поражением ядер черепно-мозговых нервов, главным образом в продолговатом мозге. Вялые мышцы в гипотонусе, движения нарушены тотально, гипорефлексия, диффузное поражение. Язык выглядит таким образом: атрофичный, распластаный, синюшный, тонкий. Ограничения подвижности артикуляционных мышц приводит к нарушению не только согласных, но и гласных звуков. Речь ребёнка замедленная, плохо разборчивая, «угасающая», присутствует оттенок назальности, слабый ротовой выдох.
2. Псевдобульбарная форма дизартрии является самой часто встречающейся. Механизм возникновения – двустороннее поражение двигательных корково-ядерных путей, идущих от коры головного мозга к ядрам черепно-мозговых нервов (пирамидный путь). Для этой формы характерны центральные параличи и парезы артикуляционной и фонационной мускулатуры. На наличие синкenezий при псевдобульбарной дизартрии указывает Е.М. Мастюкова, а так же на отсутствие произвольных движений при сохранности рефлекторных, непроизвольных движений. Отмечаются такие дефекты звукопроизношения как грубое нарушение всех губных звуков; смычные согласные приближаются к щелевым, а гласные к нейтральному звуку; звонкие согласные оглушаются.
3. Мозжечковая форма дизартрии является результатом поражения ядер и проводящих двигательных путей мозжечка. Такую форму редко можно увидеть в чистом виде. Данный вид дизартрии характеризуется асинхронностью между дыханием, фонацией и артикуляцией. Речь становится назальная, толчкообразная, с затуханием голоса к концу

фразы, скандированная, напоминающая речь пьяного человека. Язык распластаный, тонкий. Вызывает трудности в удержании артикуляционных поз. Гипер или гипометрия – грубые нарушения просодики, нарушена координация артикуляции, дыхания, голоса. Ребенок не способен управлять речедвигательным процессом. При этой форме дизартрии страдает фонетическая сторона переднеязычных звуков, для произношения которых необходимы четкие дифференцированные артикуляционные движения, а так же еще достаточно мышечная сила для взрывания звуков.

4. Подкорковая (экстрапирамидная) форма дизартрии наблюдается при повреждении базальных ядер. Речь прерывистая, неровная, произвольные крики, нарушена просодика. Наблюдаются насильственные движения в виде смеха, плача, гримасничание, возможно сочетание с нарушением слуха. Статус является неврологическим. Проявляются колебания мышечного тонуса, гиперкинезы, усиливаются во время речи. Очень частая смена тонуса приводит к тому, что ребёнок не может произнести ни единого звука, когда только что говорил без ошибок. Этой форме присуще отсутствие однотипных, стабильных нарушений, не происходит процесса автоматизации двигательных актов, вариативность звукопроизношения. Чаще всего встречается гиперкинетический вариант, которому характерны гиперкинезы, и ригидный вариант, где возникает тонический артикуляционный спазм по типу ригидности.
5. Кортиковая форма дизартрии характеризуется поражением вторичных двигательных зон доминантного полушария (нижней премоторной или нижней постцентральной зон коры больших полушарий) [5, с.203]. В зависимости от локализации выделяют кинестетический и кинетический варианты. При кинестетическом варианте локализацией поражения являются нижние отделы постцентральной области. При этой форме

отсутствуют парезы и параличи и нарушения просодики. Возникают трудности ощущения артикуляторных движений, нарушаются речевые кинестезии, так же появляется оральная апраксия. В речи ребёнок находится в поиске правильного артикуляционного уклада, появляются непостоянные замены, замедляется темп. Воспроизведение изолированного звука и поз в пальцах рук вызывают трудности. При кинетическом варианте локализацией поражения являются нижние отдела премоторной области. Для данной формы дизартрии характерно отсутствие параличей и парезов, нарушений просодики. Нарушается динамический праксис, механизм переключения артикуляционных поз с одной на другую, появляется оральная апраксия (диспраксия). Темп речи становится замедленным, слоговая структура слов нарушается, из стечения согласных выпадает звук, появляется «застревание» на одном и том же слоге. Ребёнок произносит изолированные звуки правильно, но в потоке речи искажает их и заменяет. Наблюдаются трудности воспроизведения серийных движений не только в артикуляционном аппарате, но и в пальцах рук.

По утверждению Е.П. Мастюковой, нарушения артикуляционной моторики, характерные для всех видов дизартрии, проявляются рядом признаков:

1) Нарушение мышечного тонуса, которое зависит, в первую очередь, от локализации поражения мозга. Отмечают его следующие формы в артикуляционной мускулатуре:

а) Спастичность артикуляционных мышц – постоянное увеличение тонуса мускулатуры губ, языка, в шейной и лицевой мускулатуре. Увеличение мышечного тонуса может быть более локальным и распространяться лишь на отдельные мышцы языка. При явном повышении мышечного тонуса язык напряжен, оттянут назад, спинка изогнута, приподнята вверх, кончик языка не выражен. Напряженная спинка языка, приподнятая к твёрдому нёбу, ведет к

смягчению согласных звуков. Палатализация является особенностью артикуляции при спастичности мышц языка. Увеличение мышечного тонуса в круговой мышце рта приводит к спастическому напряжению губ, плотному смыканию рта. Ограничение активных движений. Увеличение мышечного тонуса в мышцах шеи и лица еще больше ограничивает произвольные движения в артикуляционном аппарате.

б) Гипотония. При ней язык тонкий и распластан в полости рта, вялые губы, невозможно их полностью сомкнуть. По этой причине рот чаще всего приоткрыт, гиперсаливация [8, с.52]. Особенностью артикуляции при гипотонии является назализация, когда гипотония мышц мягкого нёба препятствует движению нёбной занавески вверх и прижатию её к задней стенке зева. Воздушная струя выходит через нос, а та, что выходит через рот, крайне слаба.

2) Нарушенный мышечный тонус в артикуляционной мускулатуре при дизартрии возможен в виде дистонии (меняющийся характер мышечного тонуса): в спокойном состоянии наблюдаются низкий мышечный тонус в артикуляционном аппарате. При воспроизведении речи тонус резко увеличивается.

3) Нарушение артикуляционной моторики при дизартрии происходит ограничением подвижности артикуляционных мышц, которое усиливается нарушениями мышечного тонуса, наличием произвольных движений и дискоординационными расстройствами.

Неверное произношение гласных и согласных звуков обуславливается при поражении мышц губ. Более сильно нарушается произношение лабиализованных звуков [у], [о], при их воспроизведении нужны активные движения губ, вытягивание и округление. Ребёнку трудно вытянуть губы вперед, округлить их, поднять верхнюю губу вверх и опустить нижнюю, растянуть в разные стороны уголки рта и выполнить множество других движений. Ограниченность подвижности губ часто нарушает артикуляцию в

целом, потому что эти движения меняют форму и размер преддверия рта, оказывая влияния на резонирование ротовой полости [8, с. 45].

Может наблюдаться ограниченная подвижность мышц языка, неполная возможность подъема кончика языка вверх в полости рта. При парезе мышц языка возникает нарушение мышечного тонуса и порой оказывается невозможным какое-либо изменение конфигурации языка, его укорочение, удлинение, выдвижение, оттягивание назад.

Ограничение подвижности мышц мягкого нёба утяжеляет нарушение звукопроизношения. При парезах этих мышц, затруднён подъём нёбной занавески в момент речи, происходит утечка воздуха через нос, голос становится с носовым оттенком, тембр речи искажается, не полностью выражены шумовые признаки звуков речи.

Парезы мышц лицевой мускулатуры, которые можно наблюдать при дизартрии, влияют и на звукопроизношение. Парезы жевательной мускулатуры, височных мышц, ограничивают движения нижней челюсти, в связи с этим нарушается тембр и модуляция голоса. Такие нарушения наиболее ярко видны, если есть неправильное положение полости рта и языка, неполная подвижность нёбной занавески, нарушение тонуса мышц языка, губ, дна полости рта, задней стенки глотки, мягкого нёба [8, с.80].

Дискоординационные расстройства, Е.М. Мастюкова считает одним из ярких признаков нарушений артикуляционной моторики при дизартрии. Их проявления наблюдаются в соразмерности и точности артикуляционных движений. Поэтому, в случае отсутствия явных парезов в артикуляционной мускулатуре, произвольные движения выполняются несоразмерно и неточно, чаще с гиперметрией. Такие нарушения чаще сочетаются с трудностями в замене движений, например, надувание – втягивание щёк и т.д., а также с трудностями сохранения определенных артикуляционных поз за счет появления тремора (мелкое дрожание кончика языка).

Немаловажным звеном в структуре нарушений артикуляционной моторики при дизартрии является патология реципрокной иннервации. Комплексная работа мышц, которые выполняют основное движение, а так же мышц антагонистической группы обеспечивает дифференцированность и точность движений, которые нужны для нормального произношения [8, с.24].

У детей с неврологической патологией наиболее часто наблюдается смешанный характер нарушения тонуса в артикуляционной мускулатуре (как и в скелетной), что говорит о том, что в отдельных артикуляционных мышцах тонус может изменяться по-разному. Так, например, в язычной мускулатуре может отмечаться спастичность, а в лицевой губной – гипотония [11, с. 204].

Синкинезиями называют дополнительные сопутствующие движения, довольно часто присутствуют у детей с дизартрией. Так же могут появляться и гиперкинезы – автоматические, насильственные движения, вследствие произвольных сокращений мышц (медленные, червеобразные движения).

Нарушения артикуляционной моторики, переплетаясь между собой, составляют первый важный синдром дизартрии – это синдром артикуляционных расстройств, который видоизменяется в зависимости от локализации и тяжести поражения мозга и имеет свои своеобразные особенности при различных формах дизартрии.

При дизартрии нарушаются двигательные эфферентные проводящие пути, что приводит к трудности двигательных актов и не обеспечивает мягкую смену артикуляции в процессе речевой деятельности.

Нарушение обратных афферентных импульсов из-за парезов в мышцах речевых органов затормаживает восприятие артикуляционных движений и поз, автоматизацию речевых движений, мешает выработке динамического стереотипа, формирование речевого праксиса.

Для всех форм дизартрии присуще нарушение мышечного тонуса органов артикуляции, в зависимости от локализации поражения мозга: гипертонус, дистония, гипотонус.

Неполная подвижность артикуляционных мышц языка и губ обуславливает нарушения звукопроизношения. При поражении мышц губ страдает произношение согласных и гласных звуков, а в особенности лабиализованных звуков [у], [о], так как при их произношении требуются активные движения губ. При образовании глухих смычных согласных нужна энергичная работа губ, которая так же отсутствует при гипотонии. Самым легким в произношении является звук [м], а еще губно-зубные, щелевые, шумные согласные, в артикуляции которых требуется неплотное смыкание нижней губы с верхними зубами и образования плоской щели [ф], [ф'], [в], [в']. Так же нарушается произношение переднеязычных смычных шумных согласных [т], [т'], [д], [д']. Идет искажение артикуляции переднеязычных щелевых согласных [ш], [ж] [18].

У детей с дизартрией идет преобладание межзубного и бокового произношения свистящих и шипящих звуков, оглушение звонких согласных (звонкие звуки произносятся с недостаточным участием голоса), смягчение твердых согласных звуков.

Специфические дефекты звукопроизношения у детей с дизартрией имеют стойкий характер нарушений, особую трудность их преодоления; трудности в автоматизации звуков, которые требуют большого количества времени.

Таким образом, нарушения звукопроизношения у детей выражаются в искажениях артикуляции, в смешениях, заменах и пропусках звуков. Характер нарушения звуков при дизартрии может меняться под воздействием различных лингвистических факторов: места звука в слове, соседствующих звуков, структуры слога, куда входит звук, слоговой структуры всего слова. Результатом кинетической несформированности артикуляторного праксиса является нарушение плавности двигательного акта и упрощение артикуляции.

Специфические нарушения у детей с дизартрией заключаются в стойком характере нарушений звукопроизношения, сложности их преодоления, более длительных сроках автоматизации.

1.3. Обзор методик логопедической работы по диагностике и коррекции нарушения звукопроизношения и артикуляционной моторики

В отечественной логопедии и психологии, вопросами разработки методологических, теоретических и содержательных проблем обследования занимались: О.Н. Усанова, В.А. Ковшиков, И.Т. Власенко, Г.А. Каше, А.В. Ястребова, Р.Е. Левина, А.Р. Лурия, Г.В. Чиркина, Л.С. Выготский и др. Одна из первых методик обследования звукопроизношения была разработана отечественным автором М.Е. Хватцевым.

В институте коррекционной педагогики РАО сотрудниками лаборатории логопедии, под руководством Р.Е. Левиной, были разработаны основополагающие принципы обследования речи детей и звукопроизношения. На современном этапе развития логопедии как науки существует большое количество различных технологий обследования речи, в которые входят обследование органов артикуляции, их динамических и двигательных характеристик, функционирования произносительных органов в момент речи и выяснение особенностей образования ребенком звуков речи.

В исследованиях Т.Б. Филичевой и Г.В. Чиркиной выделяется, что логопедическое обследование строится на общем системном подходе, разработанном в отечественной логопедии, учитывая специфики неречевых и речевых нарушений, общего психоневрологического возраста и состояния ребенка.

Обследуя детей с дизартрией внимание нужно обращать на состояние артикуляторной моторики в состоянии покоя, при общих и мимических движениях, в первую очередь артикуляционных. Очень важно обратить

внимание не только на основные характеристики самих движений, но и соразмерность, точность, наличие насильственных движений и оральных синкинезий, состояние мышечного тонуса в речевой мускулатуре. Нам предлагает Н.М. Трубникова включить в обследование артикуляционной моторики исследование двигательных функций органов артикуляции и динамической организации его движений, что помогает вычленить сформированность кинетического и кинестетического праксиса, выделяя при этом качество выполняемых заданий по определенным критериям.

Для определения оценки состояния артикуляционной моторики у детей с дизартрией, используются приемы Г.В. Дедюхиной, Л.В. Лопатиной. При исследовании функций органов артикуляции проводится анализ по следующим критериям:

1) Качество движений артикуляций (переключаемость между движениями, количество правильно выполненных движений, время фиксации артикуляционного уклада, сила мышечного сокращения, ритмичность, точность, амплитуда и др.);

2) Возможность воспроизведения произвольных и непроизвольных движений (кинестетическая диспраксия проявляется в трудностях переключения с одной артикуляционной позы на другую, апраксия, кинетическая диспраксия выражается в беспорядочном поиске необходимой артикуляции при произвольном движении);

3) Состояние мышечного тонуса (гипертонус, дистония, гипотонус).

После полного завершения обследования составляется профиль структуры двигательного нарушения ребёнка, даётся оценка состояния артикуляционной моторики. Оценка функции в виде баллов помогает оценивать степень выраженности симптоматики, а не только ее патологической симптоматики.

Для диагностики минимальных проявлений дизартрии, Е.П. Мастюкова предлагает использовать функциональные пробы, которые доказывают наличие симптомов органического поражения центральной нервной системы.

Вопросами коррекции дизартрии занимались Е.Ф. Архипова, Н.В. Серебрякова, К.А. Семенова, Е.М. Мастюкова, Л.В. Лопатина, О.В. Правдина. Эти авторы обращают внимание на необходимость проведения целенаправленной специфической работы над артикуляционной моторикой в комплексной логопедической работе. В ходе коррекционной работы артикуляционный аппарат подготавливают, нормализуют его моторику, мышечный тонус, формируют и вырабатывают самоконтроль, артикуляционные уклады и т.д. Главным средством коррекции нарушений артикуляционной моторики является артикуляционная гимнастика. В нее входят упражнения, направленные на укрепления мышц, тренировки подвижности и дифференцирования движений органов, участвующие в речевом процессе, развитие силы органов артикуляционного аппарата.

Все виды артикуляционной гимнастики очень хорошо показаны в логопедической литературе (Е.М. Мастюкова, Т.Б. Филичева, Е.Ф. Архипова Н.С. Жукова и др.). При коррекционной работе у детей с дизартрией рекомендуется использовать динамические и статические упражнения артикуляционной гимнастики.

Игровые методы и приёмы в работе позволяют у детей сформировать стойкий интерес к выполнению упражнений и существенно повышают результат коррекционной работы по развитию мимической и артикуляционной моторики. В своей книге «Воспитание у детей правильного произношения» М.В. Фомичева указывала, что наиболее результативно проводить артикуляционную гимнастику в игровой форме, ведь это является основной деятельностью детей дошкольного возраста. Она предложила включать в каждое упражнение предметную или сюжетную картинку. Такой метод позволяет ребенку успешнее и быстрее овладеть артикуляционными

упражнениями. Одна из наиболее главных рекомендаций по проведению артикуляционной гимнастики - это многократное каждодневное выполнение артикуляционных упражнений. Важно уделять внимание формированию кинестетического анализа, ощущений и представлений.

Дифференцированный логопедический массаж успешно используется для нормализации мышечного тонуса органов артикуляционного аппарата. Существуют такие виды массажа, как: зондовый массаж, электромассаж, массаж по биологически активным точкам (БАТ), классический массаж.

Широко применяется зондовый (инструментальный) массаж по методике Е.В. Новиковой, которая разработала набор зондов и технологию зондового массажа. Целью такого метода является нормализация речевой моторики. Автор данной методики предлагает специальные зонды, для осуществления логопедического массажа, где каждый зонд влияет на определенную группу мышц губ, щёк, языка, мягкого нёба. Такого вида массаж позволяет нормализовать статическое или паретическое состояние различных групп мышц. Зонды, которые предлагает Е.В. Новикова, помогают осуществлять движения в виде перетирания, отодвигания, давления, скольжения мышц и т. д.

Классический массаж происходит с использованием основных массажных приёмов (растирание, поглаживание, поколачивание, разминание, вибрация). Приём выбирается в зависимости от характера пареза, паралича. При гипотонусе используют тонизирующие, быстрые и энергичные движения, а при гипертонусе используют массаж расслабляющий.

Перекрёстный точечный массаж был разработан К.А. Семёновой, он проводится по ряду точек слева и справа (в перекрёстном положении), по очереди меняется расположение пальцев рук справа и слева. Целью такого массажа является подавление гиперкинезов и оральных синкенезий, нормализации тонуса мышц губ, языка, развитие афферентаций оральной мускулатуры.

Коррекция звукопроизношения проводится по схеме работы над звуком, которая считается общепринятой, где учитывается характер нарушения речевого праксиса (Р.Е. Левина, О.В. Правдина, Т.Б. Филичева, М.Ф. Фомичева, М.Е. Хватцев, Г.В. Чиркина, Н.А. Чевелева).

При коррекции звукопроизношения применяется принцип индивидуального подхода. Двигательно-кинестетический и слухо-зрительно-кинестетический контроль являются основными методами.

Беря во внимание особенности артикуляционной моторики у детей с дизартрией, их компенсаторные возможности, а еще и специфику логопедического воздействия, то коррекцию звукопроизношения начинают с гласных звуков, потому что при произношении этих фонем удобнее контролировать и координировать работу артикуляционного аппарата.

При работе над произносительными навыками необходимо опираться на слух, зрение и компенсаторные возможности детей. В первую очередь уточняется артикуляция гласных и простых согласных звуков, а после применяются различные методы постановки звуков (подражание, опора на сохраненные звуки, механические) усваивается артикуляция отсутствующих и неверно произносимых звуков. После чего они закрепляются в слогах, словах, фразах, предложениях, стихотворениях, коротких текстах и скороговорках.

Начинается коррекционная работа со звуков раннего онтогенеза и с тех звуков, артикуляция которых более сохранна. Постановка звуков – это выработка у ребенка новых связей и затормаживание ранее неправильно сформированных.

Метод фонетической локализации, метод постановки по подражанию, с механической помощью предлагает использовать Г.В. Чиркина. Ею представлена следующая специфика постановки звуков при дизартрии:

- 1) Использование опорных звуков;
- 2) Осознание кинетико-кинестетического образа;
- 3) Постановка звука-аналога;

- 4) Длительные сроки работы;
- 5) Опора на компенсаторные возможности (непроизвольные движения и звукосочетания).

Независимо от способа постановки звука, используются словесные инструкции, кинестетические ощущения, слуховой и зрительный, тактильно-вибрационный контроль. Осуществляется автоматизация звуков сперва с опорой на образец, т.е. по подражанию за логопедом, а после с опорой только на наглядность (схемы, картинки, символы и др.) [1, с.7].

На этапе закрепления звука в слогах, словах М.Е. Хватцев рекомендует ставить звук, который мы автоматизируем в начало слова под ударение в сочетании с близким по артикуляции звуком:

- 1) Шипящие – перед [о], [у] (губы округлены и вытянуты вперед);
- 2) Свистящие – перед [и], [ы] (губы растянуты в улыбке и сближены);
- 3) [л] – в сочетании с [а] и [ы];
- 4) [р] – после [т] и [д];
- 5) [с], [з], [ш] – в открытом слоге;
- 6) Взрывные [ц], [ч], [щ], [к] – в закрытом слоге.

Отечественный автор Е.Ф. Архипова предлагает следующую последовательность логопедической работы в плане автоматизации поставленного звука: в слогах разной структуры (10 модулей), где произношение звуков является утрированным, в словах разной слоговой структуры (13 классов слов), где закрепляемый звук находится в разных позициях (в начале, в середине, в конце). Затем автоматизируют в предложении, в котором большое количество контрольного звука. В лексическом материале должны быть исключены звуки, которые у ребенка еще не поставлены или не закреплены. Помимо этого весь лексический материал, который предлагается для автоматизации в нем звука, должен быть семантически доступен ребенку.

Если ребёнок начинает смешивать поставленный звук с другими звуками артикуляционной группы, то необходимо провести работу по их разграничению. При работе над дифференциацией звуков, нужно соблюдать определенные условия: звуки объединять в пары, строить работу на операциях сравнения.

В работах Р.И. Мартыновой, Л.В. Мелиховой, О.В. Правдиной настоятельно рекомендуется уделять пристальное внимание автоматизации звуков в разной сложности лексическом материале. А.И. Богомоллова рекомендует использовать произведения Л.Н. Толстого, С.Я. Маршака, А.Л. Барто, К.И. Чуковского и других авторов в качестве материала для речевых упражнений [8, с.3].

Таким образом, проведен обзор методик по обследованию нарушений звукопроизношения и коррекции артикуляционной моторики у детей среднего дошкольного возраста с дизартрией, описываемые в трудах К.А. Семеновой, Е.Ф. Архиповой, Л.В. Лопатиной, Е.М. Мастюковой, Н.В. Серебряковой, О.В. Правдиной, Г.В. Чиркиной. и др., которые указывают о необходимости организации специфической целенаправленной коррекционной работы на развитие артикуляционной моторики, устранение нарушений звукопроизношения, в комплексе с дифференцированным массажем и гимнастикой, а также использование голосовых упражнений и дыхательных.

Выводы по 1 главе

Таким образом, проанализировав логопедическую и коррекционно-педагогическую литературу по проблеме исследования можно сделать следующие выводы:

1) Теоретический анализ проблемы исследования показал нам, что дизартрия является распространенным речевым нарушением среди дошкольников и имеет динамику значительного роста.

Изучив формирование звукопроизношения, мы выявили что звукопроизношение – это процесс образования речевых звуков, производимый энергетическим (дыхательным), резонаторным (звукообразовательным) и генераторным (голособразовательным) отделами речевого аппарата при регуляции центральной нервной системы [39]. Звукопроизношение в онтогенезе поэтапно формируется к пяти годам.

Кратко процесс формирования артикуляционной моторики можно представить в следующей последовательности:

- а) К первому году у ребёнка появляются смычки органов артикуляции;
- б) К полуторалетнему возрасту появляется возможность чередовать позиции (смычка-щель);
- в) В конце второго года жизни артикуляционный аппарат готов к простым движениям;
- г) После трёх лет ребёнок может поднимать кончик языка вверх и напрягать спинку языка;
- д) К 4-4,5 годам ребёнок овладевает чётким выделением кончика языка, его способность становится более тонким;
- е) К пяти годам появляется возможность вибрации кончика языка.

2) Анализ логопедической и психолого-педагогической литературы показал нам, что дизартрия-это нарушение произносительной стороны речи,

обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата, что приводит нарушению моторной реализации речевой деятельности.

Нарушения звукопроизношения у детей выражаются в искажениях артикуляции, в смещениях, заменах и пропусках звуков. Характер нарушения звуков при дизартрии может меняться под воздействием различных лингвистических факторов: места звука в слове, соседствующих звуков, структуры слога, куда входит звук, слоговой структуры всего слова.

Результатом кинетической несформированности артикуляторного праксиса является нарушение плавности двигательного акта и упрощение артикуляции.

Специфические нарушения у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией заключаются в стойком характере нарушений звукопроизношения, сложности их преодоления, более длительных сроках автоматизации.

3) В результате логопедическое обследование становится комплексным, всесторонним, динамическим, давая возможность не только проанализировать нарушения речи, но и спланировать более эффективный путь помощи ребёнку.

4) В дошкольном возрасте основной задачей логопедической работы с детьми с дизартрией должно стать развитие и облегчение речевой коммуникации, а не ограничиваться только формированием правильного произношения звуков. Поэтому логопедическая работа должна включать в себя не только коррекцию недостатков произнесения звуков, но так же и развитие фонематического восприятия, формирование артикуляционной моторики. Все эти занятия должны представлять собой организованную систему и проводиться не только в специально отведенное для них время, но и включаться в занятия учителя-логопеда и воспитателя.

Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод, что необходимо проанализировать взаимосвязь звукопроизношения и артикуляционной моторики у детей среднего дошкольного возраста, для того, чтобы определить

дифференцированное содержание работы по коррекции нарушений звукопроизношения и артикуляционной моторики у детей 4-5 лет и составить методические рекомендации с учётом выделенных особенностей.

ГЛАВА II. КОНСТАТИРУЮЩИЙ ЭКСПЕРИМЕНТ ПО ИЗУЧЕНИЮ ВЗАИМОСВЯЗИ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ И АРТИКУЛЯЦИОННОЙ МОТОРИКИ У ДЕТЕЙ 4-5 ЛЕТ С ДИЗАРТРИЕЙ

2.1. Организация и методика констатирующего эксперимента

Цель констатирующего исследования заключалась в уточнении характера взаимосвязи нарушений артикуляционной моторики и звукопроизношения у детей 4-5 лет с дизартрией и составление методических рекомендаций на основе выявленных особенностей и механизмов.

Констатирующий эксперимент проводился в марте 2021 г. на базе одного из муниципальных автономных дошкольных учреждений города Красноярск. В данном дошкольном учреждении функционируют группы общеразвивающей, комбинирующей и компенсирующей направленности. В муниципальном автономном дошкольном образовательном учреждении реализуются программы основной образовательной программы и в группах компенсирующей направленности реализуются примерные адаптированные основные образовательные программы дошкольного образования детей с тяжелыми нарушениями речи.

В образовательное учреждение дети зачисляются на основании рекомендации психолого-медико-педагогической комиссии и с согласия родителей или лиц их замещающих. В детском саду проводятся занятия с педагогом-психологом и учителем-логопедом. На момент проведения констатирующего эксперимента в детском саду в группах компенсирующей направленности образовательная деятельность ведётся по адаптированной образовательной программе дошкольного образования для детей с тяжелыми нарушениями речи. Образовательный процесс реализуется в соответствии с требованиями федеральный государственный образовательный стандарт дошкольного образования. Участники экспериментальной группы получают логопедическую помощь в течении учебного года.

Для проведения констатирующего эксперимента были сформированы две группы: экспериментальная и контрольная (Приложение Б).

При комплектовании групп учитывались следующие критерии:

- 1) наличие/отсутствие дизартрии (экспериментальная группа – дизартрия, контрольная группа – речевое развитие без патологий);
- 2) возраст участников эксперимента (4-5 лет).

В экспериментальную группу вошли десять детей 4-5 летнего возраста: 60 % (6 человек) из них составляли девочки и 40% (4 человек) мальчики. В контрольную группу также вошли десять детей 4-5 летнего возраста: 50% мальчиков (5 человек) и 50% девочек (5 человек). Возраст участников эксперимента составлял от 4,5 до 5,5 лет.

На основе наблюдений за детьми экспериментальной и контрольной группы, изучения психолого-педагогической, медицинской документации, бесед с воспитателями, педагогом-психологом, учителем-логопедом и родителями были получены следующие данные об участниках эксперимента:

Все участники экспериментальной группы 100% (10 человек) имеют логопедическое заключение дизартрия. Все дети воспитываются в полных, благополучных семьях.

Зрение и слух соответствует норме у 100% детей (10 человек). Частые простудные заболевания и соматическая ослабленность наблюдается у 80% (8 участников эксперимента).

Оценивая познавательную деятельность, были выявлены следующие особенности: у 40% детей (4 человека) прослеживалась очень низкая работоспособность на занятии, недостаточность внимания, быстрое утомление, переключение с одной деятельности на другую вызывало трудности. У 60% детей (6 человек) познавательная деятельность соответствовала норме. Неоднократное повторение инструкций, что говорит о снижении слухоречевой памяти, отмечается у 30% (3 человека).

У 60% (6 человек) детей была выявлена недостаточная координированность, что выражалось в неточности движений, несмотря на то, что у детей не наблюдалось ярко выраженных парезов. Нарушение общей и мелкой моторики отмечается у 40% (4 человека). У 30 % (3 человека) выявлена гипервозбудимость, двигательная расторможенность, неустойчивость эмоциональных реакций. Двигательная заторможенность, замкнутость и тревожность в эмоционально-волевой сфере отмечалась у 10% детей (1 человек).

У 100% детей (10 человек) выявлены недостатки внимания, работоспособности и повышенной утомляемости.

В контрольной группе у 80% детей (8 человек) находятся в благополучных, полных семьях. В соответствии с возрастной нормой их развитие проходило без отклонений. 90% детей (9 человек) контрольной группы активны, контактны, самостоятельны, выполняя задание. Развитие психических процессов соответствует норме у всех детей.

Контрольная группа, в нашем эксперименте, необходима для того, чтобы интерпретировать и разграничить возрастные, психологические несовершенства от паталогических.

Данное экспериментальное исследование происходило на основе заданий и методик, Т.В. Волосовец, И.А. Волошина, Ю.Ф. Гаркуша, Н.С. Жукова, Л.В. Лопатина, Е.М. Мастюкова, Н.М. Трубникова, Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина [11; 14; 22; 31; 33; 35; 41; 53]. Использовалась балльная оценка, которую предлагает Т.А. Фотекова [51]; стимульный материал О.Б. Иншаковой [23].

Содержание констатирующего эксперимента отражено в схеме (рисунок 1)



Рисунок 1. Схема констатирующего эксперимента

Констатирующий эксперимент включал в себя два блока заданий:

I блок – исследование особенностей артикуляционной моторики у детей 4-5 лет с дизартрией;

Цель: обследовать подвижность артикуляционного аппарата.

Серия №1. Исследование двигательной функции губ

Серия №2. Исследование двигательной функции челюсти

Серия № 3. Исследование двигательной функции языка.

Серия № 4. Исследование двигательной функции мягкого неба.

Оценка результатов: (каждая проба оценивается отдельно)

3 балла – правильное и точное выполнение движения с точным соответствием всех характеристик предъявленному;

2 балла – замедленное и напряженное выполнение,

1 балл – выполнение с ошибками: длительный поиск позы, неполный объем движения, отклонения в конфигурации, синкинезии, гиперкинезы,

0 – невыполнение предложенных движений.

Максимальное количество баллов:

1 серия:24 балла;

2 серия:9 баллов;

3 серия:24 балла;

4 серия:3 балла.

Максимальное количество баллов за все задания 60 баллов.

Подробное описание серий блока I представлены в Приложении Б

II блок – исследование состояния звукопроизношения у детей 4-5 лет с дизартрией.

Цель: обследование правильного воспроизведения звуков речи

Группа №1: Свистящие звуки С, С', З, З';

Группа №2: Шипящие Ш,Щ,Ч,Ж;

Группа №3– звуки Л, Л';

Группа №4– звуки Р, Р';

Процедура обследования заключается в следующем: экспериментатор показывает картинку и просит участника эксперимента назвать ее.

Оценка результатов: (произношение звуков каждой группы оценивается в отдельности)

3 балла – безукоризненное произношение всех звуков группы в любых речевых ситуациях;

2 балла – один или несколько звуков группы изолированно и отраженно правильно произносятся, но иногда подвергаются заменам или искажениям в самостоятельной речи, т.е. недостаточно автоматизированы;

1 балл – в любой позиции искажается или заменяется только один звук группы, например, как это часто бывает, страдает только твердый звук Р, в то время как мягкий вариант произносится правильно;

0 баллов – искажениям или заменам во всех речевых ситуациях подвергаются все или несколько звуков группы (например, дефектно произносятся все свистящие звуки, либо страдают звуки С, З, Ц, а С' и З' сохранены).

Максимальное количество баллов: 15

Подробное описание серий блока II представлены в Приложении А.

2.2. Анализ результатов констатирующего эксперимента

По каждому блоку и каждой серии заданий эксперимента был проведен количественный и качественный анализ результатов. Для проведения количественного анализа эксперимента общая сумма баллов переводилась в процентный эквивалент. В зависимости от набранных процентов нами были условно выделены 4 уровня

- выше среднего: 76-100%;
- средний: 51-75%;
- ниже среднего: 26-50%;

– низкий: 0-25%.

Обратимся к количественному и качественному анализу каждой серии I блока. Результаты заданий 1 серии (Исследование двигательной функции губ) отражены на гистограмме рисунок 2 и в таблице 2,3 (Приложение Б).

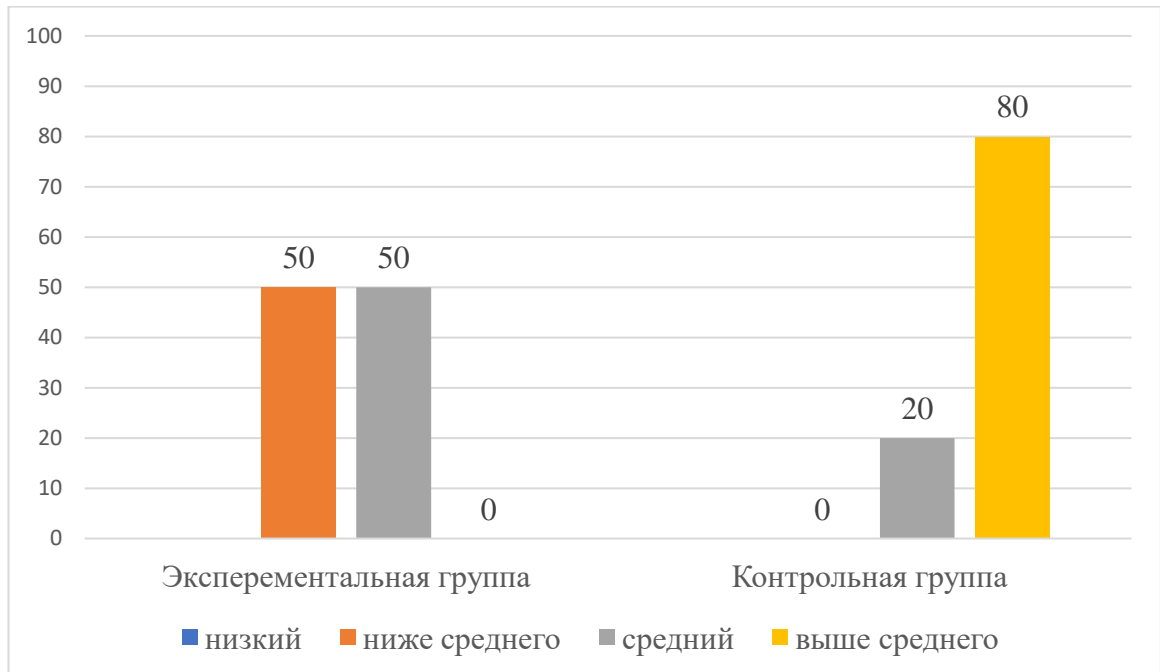


Рисунок 2. Распределение участников эксперимента на группы в зависимости от уровня сформированности двигательной функции губ (%)

Как видно из гистограммы, в экспериментальной группе 50% (5 человек) показали средний уровень и 50% (5 человек) показали результат ниже среднего, тогда как в контрольной группе 20% (2 человека) имеют средний уровень успешности и 80% (8 человек) показали уровень успешности выше среднего.

При выполнении первой серии, у участников экспериментальной группы наблюдались следующие нарушения при поиске и установки артикуляционной позы: 60% (6 человек) выполняли движения неточно, отмечалось незначительное нарушение тонуса губной мускулатуры,

малоподвижность губ. Так же наблюдались напряжения верхней и нижней губы, инертность, истощаемость, имелись ограничения подвижности.

У 30% (3 человека) наблюдались трудности удержания позы под счет в статичных пробах по причине нарушения тонуса артикуляционных мышц речевого аппарата.

У 10 % (1 человек) наблюдались трудности в нечеткой переключаемости при выполнении динамических проб из-за дистонии.

В контрольной группе при поиске и установке артикуляционной позы трудности наблюдались у 20 % (2 человека).

Обратимся к анализу результатов 2 серии (Исследование двигательной функции челюсти) блока I нашего констатирующего эксперимента. Результаты этого анализа мы видим на гистограмме Рисунок 3 и таблице 4,5 (Приложение Б).

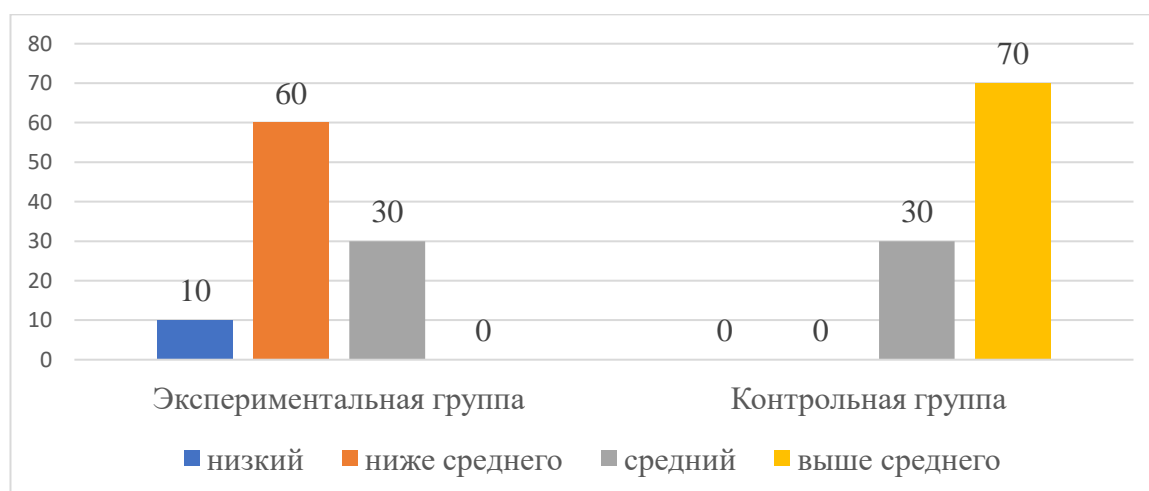


Рисунок 3. Распределение участников эксперимента на группы в зависимости от уровня сформированности двигательных функций челюсти (%)

Как можно увидеть на гистограмме, в экспериментальной группе 60% (6 человек) продемонстрировали уровень ниже среднего, средний уровень показали 30% (3 человека) и 10% (1 человек) показали низкий уровень, а у контрольной группы результат выше среднего у 70% (7 человек) и у 30% (3 человека) был выявлен средний уровень.

При выполнении упражнений в экспериментальной группе 30% (3 человека) не могут точно выполнить предложенные им движения, у 30% (3 человека) отмечается недостаточная амплитуда при раскрытии рта и 40% (4 человека) затруднились в выполнении проб из-за нарушения тонуса мускулатуры.

Участники контрольной группы показали, что при выполнении заданий 30% (3 человека) выполняли движения в замедленном темпе.

Обращаясь к анализу серии 3 (Исследование функции языка) блока I констатирующего эксперимента. Результаты анализа представлены на гистограмме Рисунок 4 и таблице 6, 7 (Приложение Б).

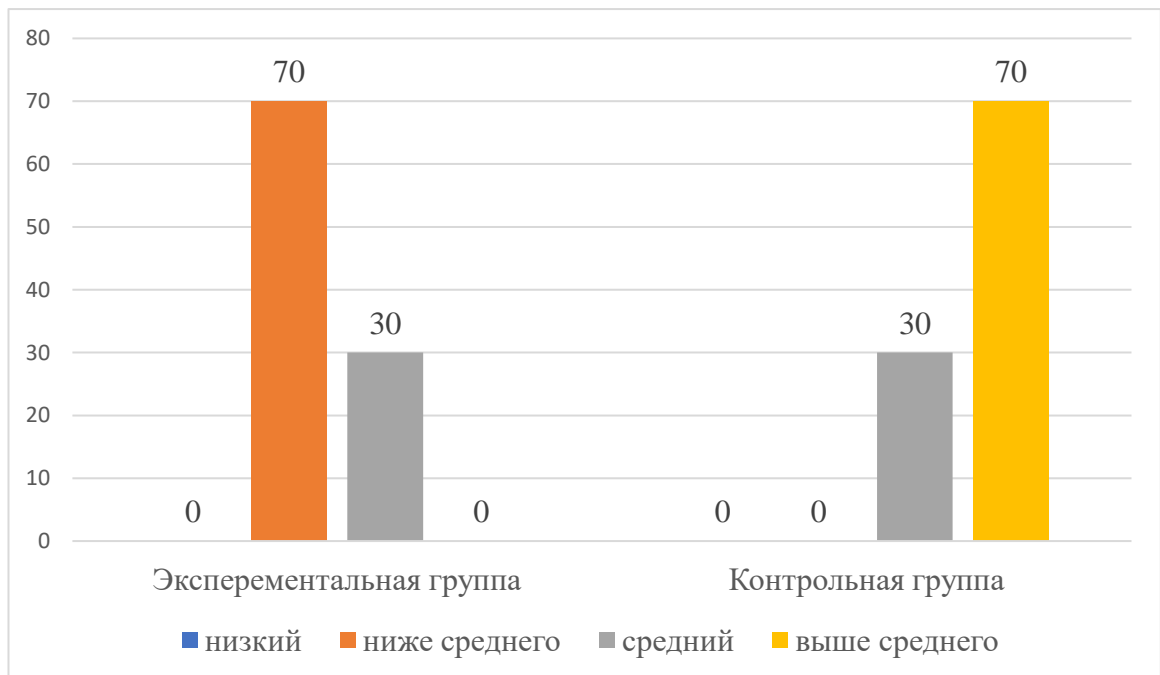


Рисунок 4. Распределение участников эксперимента на группы в зависимости от уровня сформированности двигательной функции языка (%)

В следующей серии у экспериментальной группы было выявлено, что у 70% (7 человек) уровень сформированности составлял ниже среднего и 30% (3 человека) составляли средний уровень, в то время как у контрольной группы 70% (7 человек) результат выше среднего, 30% (3 человека) показали средний результат.

В экспериментальной группе 30% (3 человека) испытывали затруднение в удержании широкого языка на нижней губе. 30% (3 человека) испытывали трудности в положении широкого языка на верхней губе. 20 % (2 участника) не смогли переводить кончик языка из правого угла рта в левый, не касаясь губ. У 40% (4 человека) возникли трудности при выполнении движения поднятия кончика языка к верхним зубам, подержать под счет до 5, опустить к нижним зубам. У 20% (2 человека) вызвали трудности в произведении движения языком вперед – назад с открытым ртом. У 10% (1 человек) появились затруднения в выполнении упирания языка в правую, затем левую щеку.

В контрольной группе у 30% (3 человека) наблюдалось долгое подбирание артикуляционной позы при выполнении движения языком вперед–назад.

Обращаясь к анализу результатов последней 4 (исследование функции мягкого неба) серии I блока констатирующего эксперимента. Результаты анализа данной серии представлены на гистограмме Рисунок 5 и таблице 8 Приложение Б.

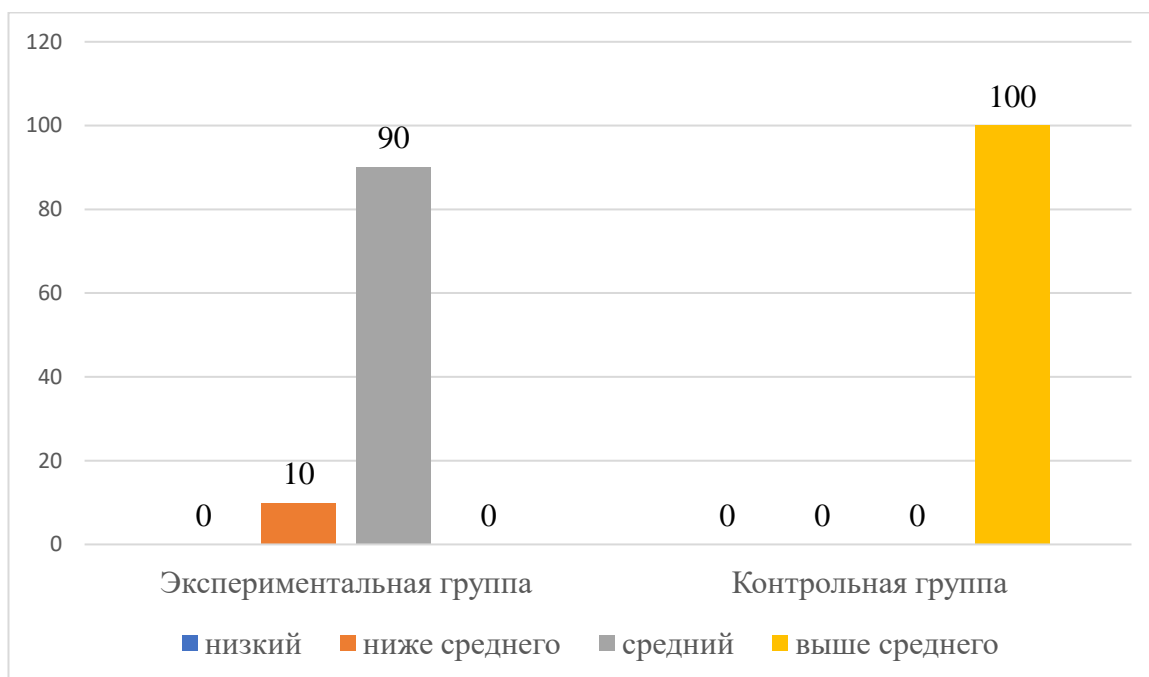


Рисунок 5. Распределение участников эксперимента на группы в зависимости от уровня сформированности двигательной функции мягкого неба (%)

В последней серии I блока мы условно распределили уровни сформированности следующим образом:

3 балла – выше среднего;

2 балла – средний;

1 балл – ниже среднего;

0 баллов – низкий.

В экспериментальной группе в заключительной серии заданий I блока, мы получили следующие результаты: 90% (9 человек) имеют средний уровень, 10% (1 человек) имеют уровень ниже среднего), в то время как у контрольной группы у 100% (10 человек) результат выше среднего.

При выполнении задания в контрольной группе у 10% (1 человек) отмечено выполнение неполного объема движений, звук [а] был произнесен не на твердой атаке.

Нами суммированы результаты по всем сериям I блока констатирующего эксперимента, в который входили исследования

двигательных функций губ, челюсти, языка, подвижности мягкого неба. Они отражены в гистограмме.

Результаты анализа отображены в таблице 9 Приложение Б рисунок 6.

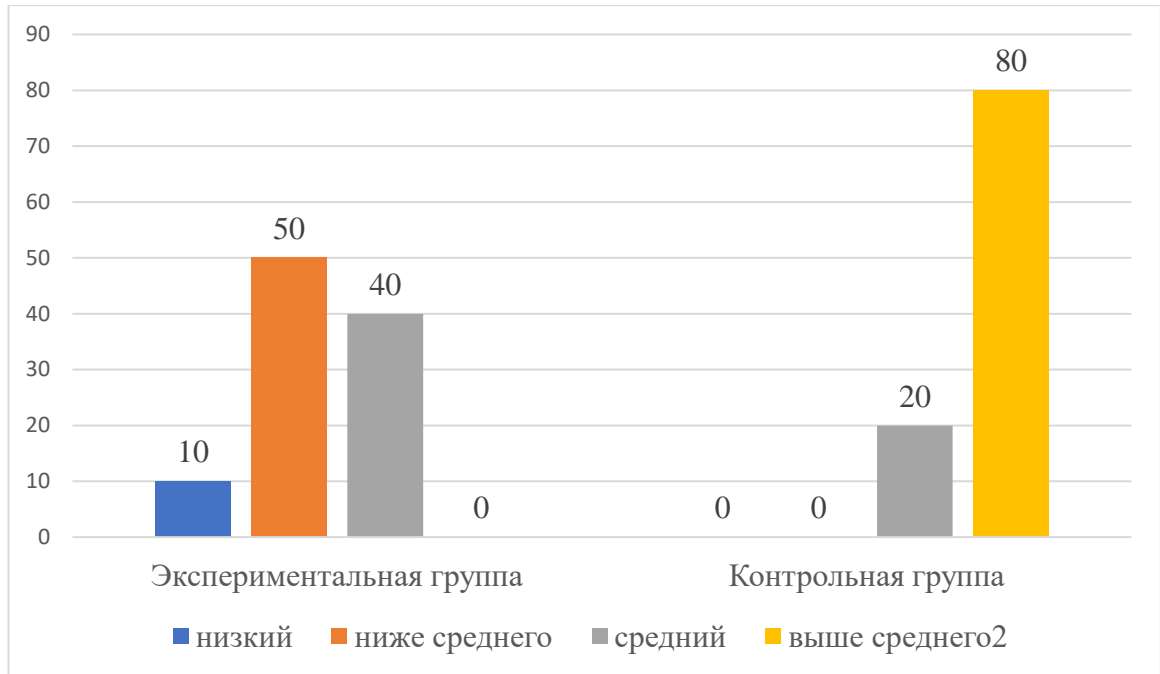


Рисунок 6. Распределение участников эксперимента на группы в зависимости от уровня сформированности артикуляционной моторики (%)

Как видно из гистограммы, 50% (5 человек) участников экспериментальной группы продемонстрировали уровень ниже среднего, 40% (4 человека) продемонстрировали средний уровень и 10 % (1 человек) показали низкий уровень, а в контрольной группе 80% (8 человек) показали результат выше среднего и 20% (2 человека) показали средний результат.

Результаты исследования артикуляционной моторики речевого аппарата показали, что у 100% (10 человек) в экспериментальной группе выявлены различные нарушения артикуляторного праксиса. У 60% (6 человек) участников эксперимента были отмечены нарушения кинетической организации движений, таких как затруднения при удержании и принятия артикуляционных поз.

Результаты участников контрольной группы, следующие: 80% (8 человек) выполняли все 4 серии без особых трудностей, 20% (2 человека) испытывали трудности при удержании артикуляционной позы.

Таким образом, после проведения количественного и качественного анализа I блока обследования можно сделать вывод, что у детей контрольной группы есть незначительные проблемы в развитии артикуляционной моторики. Большая часть участников эксперимента в дополнительном развитии не нуждаются, в то время как у экспериментальной группы участников, дошкольников 4-5 лет, отмечаются нарушения подвижности артикуляционного аппарата такие как:

- наличие ошибок (тремора, синкезий);
- длительный поиск артикуляционной позы;
- неполный объем движения;
- трудности в чередовании движений при поднятии кончика языка вверх и удержание его под счет до 5, затем опустить к нижним зубам;
- напряженное выполнение упражнений.
- нарушение в движении языком вперед–назад при открытом рте.

Результаты исследования звукопроизношения показали, что у большинства участников эксперимента выявлены полиморфные нарушения звукопроизношения, они отражены на гистограмме рисунок 7 таблицы 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 Приложение Б.

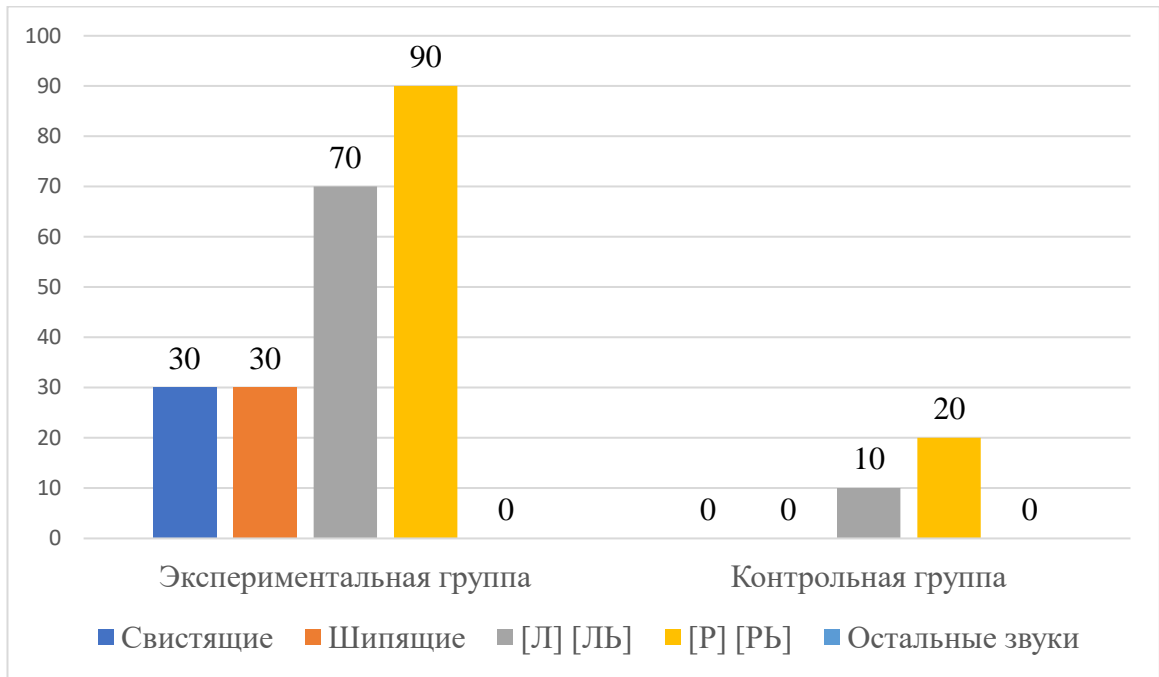


Рисунок 7. Распределение участников группы с различными нарушениями звукопроизношения (%)

У 30% (3 человека) в экспериментальной группе отмечаются нарушения первой группы свистящих звуков (С, СЬ, З, З', Ц), в то время как у контрольной группы не выявлены нарушения данной группы звуков.

Из них у 10% (1 человек) отмечался шипящий парасигматизм, замена звука [с] на [ш], что является фонологическим дефектом. У 10% (1 человек) мягкие звуки [сь], [з'] были не нарушены, а твердые варианты подвергались заменам, изолированный звук произносился верно. У 10% (1 человек) боковой сигматизм (является антропофоническим дефектом), обусловленный парезом мышц левой стороны языка. Выдыхаемая струя проходит через боковую щель слева, а не по средней линии языка. Кончик языка и передняя часть спинки образуют смычку с резцами и альвеолами. При данной артикуляции вместо звука [с] слышится шум. Тот же шум, только озвученный голосом, слышится при произнесении звука [з]. Так же мы выявили, что постановка свистящих звуков при боковом сигматизме необходима 10% (1 человек), остальные 20% (2 человека) нуждаются в автоматизации свистящих звуков в словах

Обследуя контрольную группу, мы выявили, что свистящие группы звуков у участников эксперимента, не нарушены.

Проводя анализ во второй группе–шипящие звуки (Щ, Ж, Ш, Ч), выявилось нарушение звукопроизношения у 30% (3 человека) в экспериментальной группе, а в контрольной группе нарушения не были выявлены.

Далее представлены варианты нарушений экспериментальной группы: у 20% (2 человека) обнаружен шипящий сигматизм. Кончик языка при этом опущен вниз, передняя и средняя части спинки языка напряжены, боковые края опущены, не смыкаются с коренными зубами. По всей поверхности языка растекается воздушная струя, при этом звучание сходно со звучанием искаженного звука [щ]. У 10 % (1 человек) выявлен свистящий парасигматизм. Все звуки данной группы подверглись заменам: [ш] на [с], [щ] на [с'], [ж] на [з].

Далее обследовалась третья группа звуков, к которой относятся звуки Л и ЛЬ, где было выявлено, что у 70 % (7 человек) участников экспериментальной группы имеются нарушения при произнесении данной группы звуков, а у контрольной группы нарушения отмечаются у 10% (1 человек).

В экспериментальной группе 20% (2 человека) отмечен параламбацизм звука [л], при этом наблюдается нестабильный характер замен. Чаще всего это происходит когда звук, находится в середине слова, в стечении согласных и в безударном слоге, а когда звук находится в первой позиции, то чаще он произносится верно. У 20 % (2 человека) заменяли звук [л] на звук [в], а 20 % (2 человека) были на этапе преодоления бокового ламбдацицизма, осуществлена межзубная постановка звуков [л], [л']. Трудности произнесения звука [л] связаны с верхним положением кончика языка, при этом переднесредняя часть принимает ложкообразную форму. Воздушная струя

проходит через опущенные боковые края. Так же 40 % (4 человека) нуждаются в автоматизации звука, а 30 % (3 человека) в постановке звука.

В контрольной группе у 10 % (1 человек) выявлено смягченное произношение данной группы звуков

К следующей, четвертой группе звуков относятся звуки «Р» и «Р'». В экспериментальной группе нарушения имеют 90% (9 человек), а в контрольной 20% (2 человека).

В экспериментальной группе у 60 % (6 человек) либо нет данных звуков в речи, либо нарушения выражаются в параротаизмах (заменах звука [р] на звуки [л], [в]; [р'] на [j] и пропусках). У 10 % (1 человек) обнаружено велярное произношение. Нарушено место образования звука – корневая часть языка сближается с нижним краем мягкого нёба, образуя щель. Выдыхаемый воздух вызывает беспорядочную вибрацию мягкого нёба. У 20 % (2 человека) было выявлено одноударное произнесение [р'], что объясняется отсутствием вибрации на этапе постановки звука. 70 % (7 человек) нуждается в постановке звуков [р], [р'], для 20 % (2 человека) необходима дальнейшая автоматизация звуков в свободной речи.

В контрольной группе у 20% (2 человека) требуется автоматизация звука [р].

Проводя анализ последней группы звуков, куда входят задненебные звуки «Г», «Х», «К» и мягкие их варианты, звук «j», в экспериментальной группе у 100% (10 человек) нарушения не выявлены. В контрольной группе у 100 % (10 человек) наблюдается правильное произношение всех звуков этой группы в любых речевых ситуациях.

Количественные результаты анализа исследования звукопроизношения участников эксперимента приведены в гистограмме на рисунке 8.

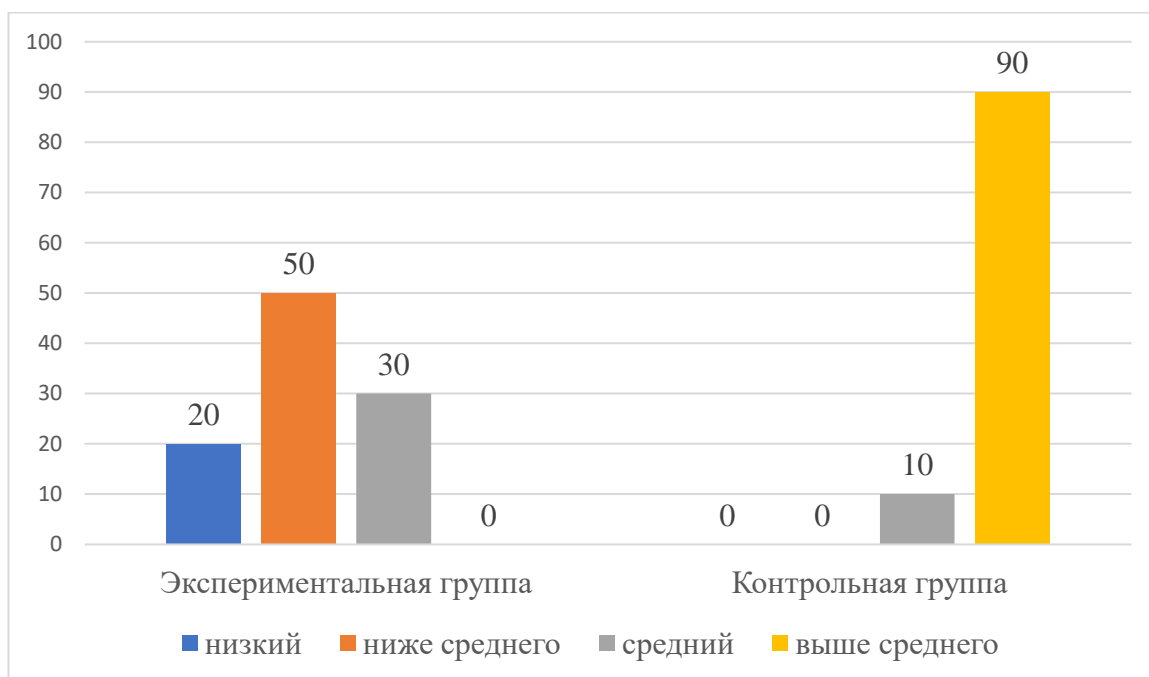


Рисунок 8. Распределение участников эксперимента на группы зависимости от уровня сформированности звукопроизношения (%)

Из гистограммы видно, что при обследовании звукопроизношения в экспериментальной группе, уровень ниже среднего продемонстрировали 50% (5 человек), средний уровень 30% (3 человека), и низкий уровень у 20% (2 человека). В контрольной группе результат выше среднего выявлен у 90% (9 человек) и 10% (1 человек) средний уровень.

Таким образом, в ходе констатирующего эксперимента, было выявлено у 100% (10 человек) экспериментальной группы (имеющих в своём логопедическом заключении дизартрию), которые приняли участие эксперименте: в первую очередь нарушено произношение сонорного звука [р], далее сонорный звук [л] и после шипящие и свистящие звуки. Преимущественно фонологические нарушения звукопроизношения — это смешения и замены, а уже на втором искажения. Очень важным в нашем эксперименте был тот фактор, что обследование проводилось не в 1-ый период учебного года, а в 3-й период. И работа логопеда уже заметна по результатам нашего эксперимента.

В контрольной группе были выявлены незначительные нарушения звукопроизношения сонорных [р] и [л].

В процессе проведения констатирующего эксперимента нами были выявлены различные нарушения артикуляционной моторики и звукопроизношения.

На основе качественного анализа результатов обследования артикуляционного праксиса и звукопроизношения, мы выделили следующие группы сложностей:

1) нарушения тонких дифференцированных движений кончика языка, приводящих к нарушениям звукопроизношения звуков верхнего подъёма: [ш], [щ], [ж], [л], [л'], [р], [р'], были выявлены у 70% (7 человек);

2) двигательные трудности кинетического характера, которые ведут к дефектам замен, пропусков звуков, а также упрощения произношения аффрикат [ч], [ц], обнаружены у 60% (6 человек);

3) недостаточность кинестетических ощущений, обусловленная тонусными нарушениями мышц языка и круговых мышц губ, выраженная в непостоянстве нарушений звуков, искажениях—проявилась у 80% (8 человек).

Обратимся к таблице, в которой сопоставлены уровни сформированности моторики и звукопроизношения в экспериментальной группе (рисунок 9, таблица 22 Приложение Б).

Таблица 1 – Сопоставление уровней сформированности артикуляционной моторики и звукопроизношения (экспериментальная группа) (чел./ %)

Экспериментальная группа				
Моторика \ Звукопроизношение	Низкий	Ниже среднего	Средний	Выше среднего
Низкий	10/1			
Ниже среднего		50/5	10/1	
Средний			30/3	
Выше среднего				

Из таблицы видно, что полное совпадение уровней сформированности артикуляционной моторики и звукопроизношения продемонстрировали 90% (9 человек), из них 50% (5 человек) продемонстрировали уровень ниже среднего, у 30% (3 человека) показатели соответствовали среднему уровню и 10 % (1 человек) показатели были на низком уровне. У 10% (1 человек) выявлено несовпадение уровней на один порядок: 10% (1 человек) имели средний уровень сформированности артикуляционной моторики и уровень ниже среднего в звукопроизношении.

Таким образом, мы можем утверждать о тенденции к наличию прямой взаимосвязи между артикуляционной моторикой и звукопроизношением. Данная взаимосвязь заключается в том, что чем больше развита артикуляционная моторика, тем лучше сформировано звукопроизношение. Так, например, дети, у которых было выявлено нарушение свистящих и шипящих звуков, затруднялись в выполнении правильных артикуляционных поз, которые предусматривают чёткую артикуляцию для произнесения данных групп звуков. У детей, участников эксперимента, присутствовал тремор языка, невозможность удержания нужной позы, малая амплитуда движений языка, тоннус и малоподвижность губных мышц.

Обратимся к таблице, в которой сопоставлены уровни сформированности моторики и звукопроизношения в контрольной группе (рисунок 10, таблица 22 Приложение Б).

Таблица 2 – Сопоставление уровней сформированности артикуляционной моторики и звукопроизношения (контрольная группа) (чел./ %).

Контрольная группа				
Моторика \ Звукопроизношение	Низкий	Ниже среднего	Средний	Выше среднего
Низкий				
Ниже среднего				
Средний			10/1	
Выше среднего			10/1	70/7

Из таблицы видно, что полное совпадение уровней сформированности артикуляционной моторики и звукопроизношения продемонстрировали 80% (8 человек), где уровень был выше среднего у 70% (7 человек) и средний у 10% (1 человек). У 10% (1 человек) выявлено несовпадение уровней на один порядок: 10% (1 человек) имели средний уровень сформированности артикуляционной моторики и выше среднего уровень в звукопроизношении.

На основе качественного анализа результатов обследования артикуляционного праксиса и звукопроизношения группы сложностей не были выявлены.

Таким образом, мы можем утверждать о тенденции к наличию прямой взаимосвязи между артикуляционной моторикой и звукопроизношением. Данная взаимосвязь заключается в том, что чем больше развита артикуляционная моторика, тем лучше сформировано звукопроизношение. Тем самым, мы можем утверждать, что данные анализа констатирующего эксперимента совпадают с данными, проанализированной нами литературы.

Поэтому, существует необходимость составления методических рекомендаций по коррекции звукопроизношения у детей 4–5 лет с дизартрией, где будут учтены результаты констатирующего эксперимента.

Делая выводы о результатах анализа обеих групп, мы видим, что в экспериментальной группе уровни сформированности развития артикуляционной моторики не высокие, отсюда и следует нарушение звукопроизношения, в то время как участники контрольной группы показали высокие результаты обследования артикуляционного аппарата и соответственно выше уровни сформированности звукопроизношения.

После анализа выявленных нарушений в работе органов артикуляции, условно мы разделили детей на две группы и для каждой из них определили следующие направления развития артикуляционной моторики: в первую группу вошли 40% (4 человека) со средним уровнем сформированности артикуляционной моторики. Преимущественно у них наблюдались ошибки кинетического характера. При этом речь детей характеризовалась нечётким, смазанным произношением. В словах имеются искажения: сигматизмы свистящих и шипящих.

Во вторую группу вошли 50% (5 человек) участников эксперимента, у которых уровень сформированности артикуляционной моторики был ниже среднего. При проведении констатирующего эксперимента были выявлены двигательные сложности кинетического характера и недостаточность кинетических ощущений органов артикуляции. Помимо этого, мы выявили, что при выполнении двигательных упражнений с нагрузкой наблюдались тонусные нарушения мышц губ и языка. Обследуя звукопроизношение выявлены фонологические нарушения звукопроизношения – это замены и смешения, а уже на втором месте антропофонические нарушения – это искажения и пропуски.

2.3. Методические рекомендации по коррекции нарушений артикуляционной моторики и звукопроизношения у детей 4-5 лет с дизартрией

Основываясь на анализе литературы по проблеме исследования и результатов констатирующего эксперимента, нами определены основные принципы и содержание логопедической работы по коррекции звукопроизношения и развитию артикуляционной моторики у детей экспериментальной группы 4-5 лет с дизартрией.

Логопедическая работа по развитию звукопроизношению и артикуляционной моторики должна проводиться с учётом ряда специальных и общедидактических принципов:

1) Принцип системности – реализуя этот принцип, учитывается взаимосвязь подвижности артикуляционного аппарата и звукопроизношения, поэтому коррекция нарушений предполагает воздействие на все компоненты и стороны речевой функциональной системы. Исходя из этого, нужно подбирать адекватные задания по формированию каждого из механизмов для участников эксперимента;

2) Принцип развития – исходя из результатов констатирующего эксперимента мы выявили особенности подвижности артикуляционного аппарата и звукопроизношения у дошкольников 4-5 лет с дизартрией, беря во внимание зону актуального и ближайшего развития детей. В результате констатирующего эксперимента нами были выявлены особенности нарушений звукопроизношения и артикуляционной моторики у детей экспериментальной группы. При помощи методических рекомендаций, мы предполагаем, повысить результат уже имеющихся умений и навыков детей;

3) Онтогенетический принцип – во время разработки методических рекомендаций необходимо учитывать последовательность формирования артикуляционной базы. Принимая во внимания полиморфность нарушений

звукопроизношения у детей с дизартрией, работа над постановкой звуков, проводится исходя из порядка появления их в онтогенезе, в соответствии с этим задания предлагаются в следующей последовательности: [Т'], [Д'], [К], [Г], [Х]; свистящие, шипящие, [Л], [Л'], [Р], [Р'];

4) Этиопатогенетический принцип – учитывает механизмы и причины нарушения. Беря это во внимание, мы можем предположить, что игры и упражнения необходимо предлагать дифференцированно. Приводя пример, детям с нарушением группы шипящих звуков и звуков [Л],[Л']; [Р],[Р'] рекомендуется упражнения на выработку верхнего подъёма языка; для детей с боковым сигматизмом-упражнения для активизации мышц боковых краев языка, для звуков [К], [Г], [Х] упражнения на укрепление мышц задней части языка.

5) Принцип дифференцированного подхода предусматривает проведение логопедического воздействия в зависимости от выявленных сложностей. Учитывая этот принцип, способ постановки и коррекции звука выбирается индивидуально, в зависимости от характера нарушений артикуляционной моторики у ребёнка и с опорой на нормированные произносимые звуки. Методические рекомендации для работы предложены дифференцированно для каждой группы детей.

6) Принцип деятельностного подхода. Возраст участников эксперимента 4-5 лет. Игра является ведущей формой деятельности для детей данного возраста, поэтому при разработке методических рекомендаций это учитывалось и задания подбирались в форме игры.

7) Принцип наглядности – использование наглядного материала является неотъемлемой частью логопедической работы. При проведении логопедической работы для лучшего восприятия использовались различные виды наглядности, с преобладанием предметной.

8) Принцип сознательности и активности – ребенок должен отчетливо понимать, какие функции ему нужно выполнять, осознавая цель. Это

достигается путем использования разнообразных сравнений, наглядности и опоры на опыт дошкольников.

9) Принцип доступности – материал должен быть доступен и понятен ребенку.

10) Принцип прочности усвоения – предусматривает приобретение навыков как правильного звукопроизношения, но так же закрепления и совершенствование в речи.

11) Принцип индивидуальности – учитывая особенности ребенка, логопедическая работа строится индивидуально.

В результате констатирующего эксперимента и на основе изученной литературы мы выделили основные направления коррекционно-логопедической работы по развитию звукопроизношения у детей 4-5 лет с дизартрией:

I) Коррекция недостатков подвижности артикуляционного аппарата.

II) Формирование правильного звукопроизношения;

Так же были определены следующие виды работы:

1) Массажные движения для нормализации тонуса органов артикуляции (1 группа);

2) Артикуляционная гимнастика (дифференцированно для 1 и 2 группы);

3) Постановка звука (1 и 2 группа);

4) Автоматизация звука (1 и 2 группы).

Мы составили комплексы игр и упражнений по каждому направлению.

I) Коррекция недостатков подвижности артикуляционного аппарата.

В связи с тем, что у 100% (10 человек) было выявлено напряжение языка, у 70% (7 человек) тремор языка, а у 50% (5 человек) синкинезии, мы рекомендуем для этих детей 4-5 лет с дизартрией расслабляющий логопедический массаж. По причине того, что он является активным методом логопедического воздействия, который меняет состояние мышц, кровеносных сосудов, нервов и тканей периферического речевого аппарата.

Логопедический массаж является одной из логопедических техник, которая способствует нормализации произносительной стороны речи и эмоционального состояния лиц, страдающих речевыми нарушениями.

1) Массажные движения для нормализации тонуса органов артикуляции.

Цель: стимуляция и укрепление лобных мышц, а также мышц, которые обеспечивают подвижность губ, мышц щёк, укрепление и активизация мышц, которые поднимают углы рта и верхнюю губу, нижнюю челюсть; укрепление и активизация продольных, поперечных мышц языка, увеличение объема артикуляционных движений языка.

Для нормализации мышечного тонуса органов артикуляционного аппарата, мы предлагаем приёмы дифференцированного логопедического массажа.

Подбор упражнений происходит в зависимости от состояния мышечного тонуса артикуляционной зоны. По длительности процедура занимает не более 5 минут. Массажные движения, кроме нормализации тонуса мышц языка, губ и ослабления гиперкинезов, направлены на развитие афферентации оральной мускулатуры (речевых кинестезии).

Важно действовать в определенной последовательности, идти от простого к сложному, проводить в форме игры (из двух-трех упражнений, новым может быть только одно, второе и третье берется для повторения).

При гипертонусе движения должны быть направленные на расслабление, быть медленными и лёгкими. Используются приемы: поглаживания, легкая вибрация указательными, средними, безымянными пальцами обеих рук в последовательности:

а) Расслабление мышц шеи и плечевого пояса;

Учитель-логопед совершает пассивные движения головой ребенка. Положение ребёнка на спине или полусидя, голова несколько свешивается назад:

- одной рукой, учитель-логопед, поддерживает шею ребенка сзади, а другой, выполняет круговые движения головой по часовой стрелке, а после против часовой стрелки;
- медленными движениями учитель-логопед поворачивает голову ребёнка в одну и другую сторону, покачивает вперед от трёх до пяти раз. Расслабление шейной мускулатуры вызывает некоторое расслабление корня языка.

б) Расслабление лобных мышц и мимической мускулатуры

- поглаживание от середины лба к вискам;
- поглаживание от бровей к волосистой части головы;
- поглаживание от линии лба вокруг глаз, щек;
- легкое пощипывание или точечная вибрация мышц скул от мочек ушей к середине подбородка;
- надавливающий массаж лица от корней волос вниз.

в) Круговой мышцы рта

- постукивание по часовой стрелке;
- легкое поглаживание носогубных складок от крыльев носа к уголкам губ;
- точечный массаж губ (лёгкие круговые движения по часовой стрелке);
- поглаживание сначала верхней (движения сверху вниз), а затем нижней губы (движения снизу вверх).

г) Мышц языка

- поглаживание языка в различных направлениях (от корня языка к кончику; от центра языка к боковым краям; круговые, спиралевидные движения);
- похлопывание языка, начиная с кончика, постепенно двигаясь к корню и обратно;
- массаж верхнего подъёма языка, растягивая уздечку;

– «перетирание» языка марлевой салфеткой или чистым носовым платком.

При проявления гипотонуса артикуляторных мышц, массажные движения выполняются в ритме, активно, с нажимом, методом, разминания, растирания, вибрации, пощипывания, с постепенным увеличением силы воздействия [8].

Тонизирующие массажные движения для мышц языка путем перетирания, разминания в поперечном и горизонтальном положении, спиралевидными движениями осуществляя переход от корня языка к кончику.

При неравномерном распределении тонуса и асимметрии в артикуляционных мышцах, массажные движения выполняются с гиперкоррекцией соответствующей стороны, поэтому на поражённой стороне производят большее количество движений (10-12) [3, с. 38].

Приём распространяются лишь в том месте, где выявлено повышение мышечного тонуса и используются дозированно. Те группы мышц, которые являются вялыми, ослабленными, там применяются укрепляющие и тонизирующие массажные движения.

Для детей с менее благоприятной перспективой используются вибророликовые массажеры в виде животных.

2) Артикуляционная гимнастика.

Отбирая упражнения для артикуляционной гимнастики рекомендуем соблюдать последовательность и идти от более простых упражнений к более сложным.

Выполняя 2-3 упражнения, новым может быть лишь одно, на повторение и закрепление дается второе и третье. Если ребёнок одно из упражнений делает не очень хорошо, то вводить новые не имеет смысла, целесообразнее отрабатывать пройденный материал, но используя новые приёмы игры.

Артикуляционная гимнастика выполняется сидя, потому что в этом положении у ребенка спина в ровном положении, тело не напряжено, ноги с

руками находятся в спокойном состоянии, ребенку необходимо видеть лицо педагога для примера.

У 60% (6 человек) выявлена недостаточность кинестетических ощущений. Для этого мы рекомендуем обратить внимание на использование статических артикуляционных упражнений для губ («Окошко», «Заборчик», «Слоник», «Лягушка»). Упражнения предлагается проводить с функциональной нагрузкой, удерживая позу под счёт сначала до 5 со временем увеличивая до 10. Так же используем специальные упражнения, где применяется сопротивление, применяя трубочки, салфетки, логопедический инвентарь.

Далее используются артикуляционные движения для языка («Лопатка», «Чашечка»)

У 50% (5 человек) были выявлены трудности в движении боковых краев языка. Мы рекомендуем использовать артикуляционные упражнения, которые направлены на выработку подвижности боковых краев языка («Лопатка», «Парус», «Трубочка», «Киска сердится», «Грибочек») под счет от 5 до 10.

Выполняя эти упражнения, ребёнок использует сначала зрительный самоконтроль, а затем функции контроля берут на себя собственные кинестетические ощущения ребёнка. Через вопросы взрослого ребёнок определяет, что делает и где находится его язык (губы).

Большая часть участников эксперимента испытывали сложности динамической координации. Для формирования кинетической основы артикуляторных движений у детей предлагаются упражнения, которые направлены на выработку необходимого объема движений, подвижности органов артикуляционного аппарата, точности движений, силы, на отработку умения переключаться с одного движения на другое, на координацию движений мягкого неба, языка, губ.

Упражнения для губ: «Забор – Хоботок», «Окно – Забор – Хоботок», «Окно – Рупор – Забор – Хоботок».

Упражнения для языка: «Индюки болтают», «Змейка», «Часики», «Лошадка», «Парус».

Полный комплекс артикуляционной гимнастики представлен в Приложении В.

Для детей с низким уровнем развития двигательных навыков используются пассивные и пассивно–активные упражнения. Пассивная артикуляционная гимнастика предполагает, что активизирует артикуляционные подвижные органы артикуляции не ребёнок, а учитель–логопед. Целью данной гимнастики является стимулирование кинестетических ощущений от движений активных органов артикуляции.

Пассивно–активная артикуляционная гимнастика осуществляется на безусловно–рефлекторной основе. Вначале воспитываются грубые, диффузные упражнения органов. По мере их усвоения ребёнком, переходят к выработке дифференцированных движений в этой же области. Принципом отбора артикуляционных упражнений зависит от характера дефекта произношения и целесообразность рекомендуемых движений для правильного произнесения данного звука. Отбирая материал для артикуляционной гимнастики, следует идти от простых упражнений к более сложным. Количество повторений одного и того же упражнения должна быть индивидуальной для каждого ребёнка.

На первых занятиях артикуляционной гимнастикой, используется макет челюсти и языка для лучшего представления ротовой полости.

II) Формирование правильного произношения

Исходя из результатов констатирующего эксперимента по данному направлению, все участники эксперимента были нами разделены на две группы и для каждой типологической группы разработаны дифференцированные методические рекомендации.

В группу 1 вошли дошкольники 4-5 лет с дизартрией, кто нуждается в постановке звуков, имеющие боковой, губно-зубной, межзубный сигматизм и т.д.

Во 2 группе так же были дошкольники 4-5 лет, у которых звукопроизношение находится в норме, но иногда произносят отраженно или изолированно в самостоятельной речи, что говорит о необходимости автоматизации речи.

III) Постановка звука.

Целью этого вида логопедической работы является выработка новых связей и замедление раннее неправильно сформированных. Для вызывания звука мы используем методы фонетической локализации, постановки по подражанию, постановки механическим способом, от опорных звуков. Логопедическая работа осуществляется индивидуально.

При работе над постановкой звуков, мы должны ориентироваться на последовательность появления их в онтогенезе (свистящие [С],[С'], [З], [З'], [Ц]; шипящие [Ш], [Ж], [Щ], [Ч]; сонорные [Р], [Р'], [Л], [Л']) и на индивидуальные возможности ребенка (степень доступности того или иного звука).

У наших участников эксперимента нарушены в произношении свистящие звуки по типу межзубного 20% (4 человека), бокового 10 % (2 человека) сигматизма.

Для этих участников эксперимента мы рекомендуем следующие способы постановки звуков:

При наличии межзубного сигматизма обращается внимание на положение кончика языка. Следует перевести кончик языка в положение за нижние резцы. Далее предлагается произнести звук с закрытыми зубами, либо закусить кончик спички или зондозаменителя. Используя зонд «уточка», с помощью которого кончик языка удерживается за нижними зубами, а в

середине спинки языка образуется углубление. Помимо этого, постановка происходит от пения [Г'].

При наличии бокового сигматизма постановка происходит через межзубное произношение и дальше, так же, как и при межзубном сигматизме.

Комплекс упражнений для постановки шипящих и сонорных звуков представлен в Приложении В.

IV) Автоматизация звука.

Цель этого вида логопедической работы – добиться правильного произношения звука в слогах, словах, предложениях и самостоятельной речи.

Для увеличения кинестетических ощущений органов артикуляции и оптимизации логопедической работы при автоматизации звуков, мы предлагаем использовать приём, который предложила Т.В. Сорочинская. Она предлагает тот звук, который следует произносить, в сочетании с гласным утрировано, одновременно с похлопыванием пальцев по игольчатой поверхности или постукиванием ногой [3, с. 73]. Данная последовательность рекомендуется для автоматизации звука в слогах СГ ([а], [ы], [о], [у]), ГС, ГСГ, ССГ, ГСС и т.д.

Для более успешной автоматизации звука и отработки кинетической организации артикуляционной моторики у детей (1 и 2 группы) мы рекомендуем уделить больше внимание таким слоговым схемам как ССГ, ГСС, потому что они требуют последовательной смены разных артикуляционных движений, которые постепенно усложняются структурой сочетания фонем, наращивается число слогов, повышается темп речевых упражнений.

С учетом того как звук становится автоматизированным в слогах, проводятся упражнения для тренировки со специально подобранными словами, простыми по фонетическому составу и без нарушенных звуков. Звук в словах стоит в начале, середине или конце слова. Самым первым отрабатывается звук в начале слова (перед ударным гласным), далее в конце

слова (если глухой звук), а в середине в последнюю очередь со стечением согласных, потому что эта позиция является труднее всех.

При автоматизации звука применяют приёмы отражённого повторения, называния слов, опираясь на картинки. Плодотворны задания, которые направляют ребёнка на поиск слов со звуком, который автоматизируют.

Рассмотреть на конкретном примере последовательность коррекционно-логопедической работы с нарушениями артикуляционного аппарата и звукопроизношения мы можем в Приложении В.

Выводы по 2 главе

Таким образом, нами был проведен констатирующий эксперимент, целью которого являлось уточнение характера взаимосвязи нарушений артикуляционной моторики и звукопроизношения у детей 4-5 лет с дизартрией и составление методических рекомендаций на основе выявленных особенностей и механизмов. Констатирующий эксперимент проводился в марте на базе одного из муниципальных автономных дошкольных учреждений города Красноярска. Констатирующий эксперимент включал в себя два блока обследования:

- исследование особенностей артикуляционной моторики у детей 4-5 лет с дизартрией;
- исследование состояния звукопроизношения у детей 4-5 лет с дизартрией.

Таким образом, после проведения количественного и качественного анализа I блока обследования, можно сделать вывод, что у детей контрольной группы, есть незначительные проблемы в развитии артикуляционной моторики. Большая часть участников эксперимента в дополнительном развитии не нуждаются. В то время как у экспериментальной группы участников, дошкольников 4-5 лет, отмечаются нарушения подвижности артикуляционного аппарата такие как:

- наличие ошибок (тремора, синкинезий);
- длительный поиск артикуляционной позы;
- неполный объем движения;
- трудности в чередовании движений при поднятии кончика языка вверх и удержание его под счет до 5, затем опустить к нижним зубам;
- напряженное выполнение упражнений;
- нарушение в движении языком вперед – назад с открытым ртом.

По итогам второго блока: исследование состояния звукопроизношения у детей 4-5 лет с дизартрией, можно сделать вывод о наличии особенностей, характеризующиеся смазанностью, нечеткостью, ухудшением звукопроизношения в спонтанном речевом потоке. Эти особенности проявлялись в антропофонических и фонологических нарушениях звукопроизношения, к которым относятся замены, пропуски, смешения и искажения.

В процессе проведения констатирующего эксперимента нами были выявлены различные нарушения подвижности артикуляционного аппарата и звукопроизношения. Для уточнения механизма нарушения артикуляционного аппарата и звукопроизношения, нами были сопоставлены уровни их сформированности.

Мы выявили, что у 100% (10 человек) нарушения подвижности артикуляционного аппарата связано с нарушением звукопроизношения, так как участники эксперимента в экспериментальной группе с общим недоразвитием речи.

Делая выводы о результатах анализа обеих групп, мы видим, что в экспериментальной группе уровни сформированности развития артикуляционной моторики не высокие, отсюда и следует нарушение звукопроизношения, в то время как у контрольной группы участников высокие результаты обследования артикуляционного аппарата и соответственно выше уровни сформированности звукопроизношения.

На основании анализов результата констатирующего эксперимента, мы сделали вывод о том, что после проведения качественного и количественного анализа первого блока обследования особенностей артикуляционной моторики у детей 4-5 лет с дизартрией, у наших участников эксперимента отмечаются нарушения подвижности артикуляционного аппарата.

Тем самым, мы можем утверждать, что данные анализа констатирующего эксперимента совпадают с данными, проанализированной

нами литературы. Поэтому, существует необходимость составления методических рекомендаций по коррекции звукопроизношения у детей 4-5 лет с дизартрией, где будут учтены результаты констатирующего эксперимента.

На основе анализа литературы и результатов констатирующего эксперимента нами определено содержание методических рекомендаций по коррекции нарушений звукопроизношения у детей 4-5 лет с дизартрией. Мы выделили принципы, этапы и направления логопедической работы.

В результате констатирующего эксперимента и на основе изученной литературы мы выделили основные направления коррекционно-логопедической работы по развитию звукопроизношения у детей 4-5 лет с дизартрией:

- I) Коррекция недостатков подвижности артикуляционного аппарата;
- II) Формирование правильного звукопроизношения.

Так же были определены следующие виды работы:

- 1) Массажные движения для нормализации тонуса органов артикуляции (1 группа);
- 2) Артикуляционная гимнастика (дифференцированно для 1 и 2 группы);
- 3) Постановка звука (1 и 2 группа);
- 4) Автоматизация звука (1 и 2 группы).

Мы составили комплексы игр и упражнений по каждому направлению.

Реализация этих методических рекомендаций, предполагает деление участников эксперимента на две группы и, следовательно, разработаны дифференцированные методические рекомендации для каждой типологической группы.

В качестве дальнейшей перспективы предполагается апробация предложенных нами методических рекомендаций.

Таким образом, цели и задачи реализованы, гипотеза доказана.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведённого нами исследования, мы пришли к следующим выводам.

Актуальность исследования обусловлена быстрым ростом речевой патологии у детей среднего дошкольного возраста. Это активизирует поиск и исследование, изучение способов преодоления у детей речевых нарушений. Особенно актуальной становится эта проблема по отношению к детям, имеющим дизартрию.

В рамках решения первой задачи, нами была изучена и проанализирована логопедическая и психолого-педагогическая литература по проблеме исследования. Мы пришли к выводу, что структура дефекта сложна при дизартрии. У детей в возрасте 4-5 лет без патологии и полноценном речевом окружении артикуляционная база и звуковая сторона речи сформированы.

Органические поражения центральной нервной системы приводят к расстройству моторных функций и всей звукопроизводительной стороны речи. На фоне этих нарушений проявляется отставание в развитии познавательных процессов и эмоционально-волевой сферы.

Нарушения звукопроизношения у детей выделяются в искажениях артикуляции, смешениях, заменах и пропусках звуков. Нарушения фонологического типа при дизартрии обусловлены паретичностью и спастичностью отдельных групп мышц артикуляционного аппарата. Слабость кинестетических ощущений наблюдается у детей с данной патологией, а это задерживает развитие артикуляционного праксиса.

Возможны изменения характера звуков при дизартрии под воздействием разных лингвистических факторов: место звука в слове, структуры слога, куда входит звук, ударения, слоговой структуры целого слова.

В результате кинетической несформированности артикуляторного праксиса, отмечается нарушение в двигательном акте плавности, упрощение артикуляции.

Наибольшей трудностью в артикуляционной моторике считается неумение выделять кончик языка и производить мышцами языка тонкие дифференцированные движения.

Специфические дефекты звукопроизношения у детей с дизартрией проявляются в стойком характере нарушений, особой трудности их преодоления; трудности автоматизации звуков; процесс автоматизации требует большего количества времени

В результате логопедическое обследование становится комплексным, всесторонним, динамическим, давая возможность не только проанализировать нарушения речи, но и наметить план наиболее эффективной помощи ребенку.

Логопедическое воздействие при дизартрии осуществляется последовательно, при этом определенная педагогическая задача, подчиненная общей цели логопедического воздействия, и решается на каждом из этапов. Содержание и методы работы видоизменяются в зависимости от характера и тяжести дизартрии и от общего уровня речевого развития. Основной задачей логопедической работы при дизартрии является облегчение и развитие речевой коммуникации, а не только формирование правильного произнесения звуков. Поэтому в логопедическую работу необходимо включать развитие и формирование артикуляционной моторики и правильного речевого дыхания.

Для решения второй задачи мы отобрали ряд методик исследования и провели констатирующий эксперимент. В ходе эксперимента мы выяснили, что у участников эксперимента выявлен ряд особенностей в артикуляционной моторике:

1) Нарушение тонких дифференцированных движений кончика языка, приводящих к нарушениям звукопроизношения звуков верхнего подъёма, к которым относятся [ш], [щ], [ж], [л], [л'], [р], [р'];

2) Двигательные трудности кинетического характера, которые приводят к дефектам замены, пропусков звуков;

3) Неполный объём кинестетических ощущений, проявляющихся в тонусных нарушениях мышц языка и круговых мышц губ, и выраженную в непостоянстве нарушений звуков и искажениях.

При решении третьей задачи, сравнительный анализ уровней сформированности артикуляционной моторики и звукопроизношения у детей экспериментальной группы показал нам тенденцию о наличии прямой взаимосвязи между артикуляционной моторикой и звукопроизношением. Данная взаимосвязь заключается в том, что чем больше развита артикуляционная моторика, тем лучше сформировано звукопроизношение. Тем самым, мы можем утверждать, что данные анализа констатирующего эксперимента совпадают с данными, проанализированной нами литературы.

Для решения четвертой задачи нами были разработаны методические рекомендации, которые помогут устранить нарушения артикуляционной моторики и дефекты произношения. Реализация этих методических рекомендаций, предполагает деление участников эксперимента на две группы и соответственно разработаны дифференцированные методические рекомендации для каждой типологической группы.

Методические рекомендации, которые мы подобрали, имеют общую направленность на коррекцию звукопроизношения, но при анализе результатов констатирующего эксперимента мы выделили определенные особенности в развитии артикуляционной моторики и определили следующие виды работ:

- 1) Коррекция недостатков артикуляционной моторики;
- 2) Коррекция недостатков звукопроизношения.

В качестве дальнейшей перспективы планируется апробация подобранных методических рекомендаций, которые по нашему предположению помогут детям среднего дошкольного возраста с дизартрией

овладеть нормированным произношением, а так же позволят учителям-логопедам, воспитателям и родителям в реализации коррекционно-развивающей работы.

Таким образом, цели и задачи исследования реализованы, результаты проведенного исследования не противоречат гипотезе о предположении о том, что даже имея одинаковое логопедическое заключение, дети могут показывать различные результаты уровня сформированности артикуляционной моторики и звукопроизношения. Это привело нас к пониманию того, что необходимо провести специальное исследование, направленное на выявление взаимосвязи нарушения артикуляционной моторики и звукопроизношения у детей 4-5 лет при дизартрии. Выявление этой взаимосвязи помогло нам при составлении дифференцированных методических рекомендаций по развитию артикуляционной моторики и коррекции звукопроизношения у детей данной категории.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Архипова Е.Ф. Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стертой дизартрии. М.: Астрель, 2008. 170 с.
2. Архипова Е.Ф. Логопедическая помощь детям раннего возраста: учеб. пособие. М.: МОЗАИКА-СИНТЕЗ, 2015. 256 с.
3. Архипова Е.Ф. Стертая дизартрия у детей: учеб. пособие для студентов вузов. М.: АСТ: Астрель; Владимир: ВКТ, 2008. 319 с.
4. Белова–Давид Р.А. Нарушение речи у дошкольников. М., 1972. 232 с.
5. Бельтюков В.И., Салахова А.Д. Об усвоении детьми звуковой (фонемной) системой языка // Вопросы психологии. 1975. № 5. С.17–31.
6. Белякова Л.И., Волоскова Н.Н. Логопедия. Дизартрия. М.: ВЛАДОС, 2009. 287 с.
7. Брюховских Л.А. Дизартрия: учебно-методическое пособие. Красноярск: Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева, 2015. 183 с.
8. Винарская Е.Н. Раннее речевое развитие ребенка и проблемы дефектологии: Периодика раннего развития. Эмоциональные предпосылки освоения языка. М.: Просвещение, 1987. 160 с.
9. Волкова Л.С. Логопедия: учебник для студ. фак. высш. учеб. заведений / Под ред. Л. С. Волковой. М., 2007. 118 с.
10. Волкова Л.С. Нарушение голоса и произносительной стороны речи. II часть. Ринолалия. Дизартрия. М.: Просвещение, 2008. 219 с.
11. Волосовец Т.В. Основы логопедии с практикумом по звукопроизношению: учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. М.: Академия, 2002. 200 с.
12. Выготский Л.С. Мышление и речь. М.: Лабиринт, 1999. 352 с.
13. Гарева Т.А. Клинико-педагогическая характеристика детей с минимальными дизартрическими расстройствами // Проблемы и перспективы развития образования: материалы III междунар. науч. конф. (г. Пермь, январь 2013 г.). Пермь: Меркурий, 2013. С. 95–97.

14. Гвоздев А.Н. Вопросы детской речи. М.: Детство-Пресс, 2007. 472 с.
15. Голубева Г.Г. Коррекция нарушений фонетической стороны речи у дошкольников: методическое пособие. СПб.: Союз, 2003. 60 с.
16. Гуровец Г.В., Маевская С.И. К вопросу диагностики стертых форм псевдобульбарной дизартрии // Вопросы логопедии. 1978. № 5. С.27–37.
17. Жукова Н.С., Мастюкова Е.М., Филичева Т.Б. Логопедия. Основы теории и практики. М., Эксмо, 2011. 288 с.
18. Ефименкова Л.Н. Формирование речи у дошкольников. – М.: Академия, 1981. 214 с.
19. Клинические симптомы дизартрий и общие принципы речевой терапии / Логопедия. Методическое наследие / Под редакцией Л.С. Волковой. Книга 1. М.: Академия, 2003. 217 с.
20. Красота и медицина. Дизартрия [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.krasotaimeicina.ru/diseases/speech-disorder/dysarthria>. (дата обращения: 14.03.2021).
21. Кротова В.Ю. Влияние социальной среды на формирование речевой компетентности детей дошкольного возраста // Логопедия. 2013. № 2 (40). С. 16–21.
22. Лалаева Р.И. Серебрякова Н.В. Коррекция общего недоразвития речи у дошкольников. СПб.: Питер, 2003. 160 с.
23. Левина Р.Е. Нарушения речи и письма у детей. М.: АРКТИ, 2005. 348 с.
24. Леонтьев А.А. Язык, речь, речевая деятельность. М.: URSS: ЛКИ, 2008. 211 с.77
25. Лизунова Л.Р. Дизартрия у детей. Электронное учебно-методическое пособие к курсу «Логопедия». Пермь: Пермский государственный гуманитарно-педагогический университет, 2011. 189 с.
26. Лопатина Л.В. Дифференциальная диагностика стертых дизартрий и функциональных расстройств звукопроизношения. Материалы конференции

- «Реабилитация пациентов с расстройствами речи». СПб.: Питер, 2000. С. 177–182.
27. Лопатина Л.В. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста. СПб.: Союз, 2005. 192 с.
28. Лопатина Л.В., Серебрякова Н.В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников (коррекция стертой дизартрии): учеб. пособие. СПб.: СОЮЗ, 2000. 192 с.
29. Лурия А.Р. Основные проблемы нейролингвистики. М.: МГУ, 1975. 253 с.
30. Мартынова Р.И. Сравнительная характеристика детей, страдающих легкими, формами дизартрии и функциональной дислалией // Хрестоматия по логопедии / Под ред. Л.С. Волковой и В.И. Селиверстова. М.: Академия 1997. С. 214–218.
31. Мастюкова Е.М., Ипполитова М.В. Нарушения речи у детей церебральным параличом. М.: Просвещение, 1985. 187 с.
32. Нарушение голоса и звукопроизводительной стороны речи / Под ред. Л.С. Волковой. М.: Просвещение, 2013. 152 с.
33. Нейман Л.В., Богомильский М.Р. Анатомия, физиология и патология органов слуха и речи: учеб. для студ. высш. пед. учеб. заведений / Под ред. В. И. Селиверстова. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. 280 с.
34. Панченко И.И., Щербакова Л.А. Основные формы дизартрических нарушений речи и дифференцированные пути коррекционного воздействия // Логопедия. Методическое наследие: пособие для логопедов и студ. дефектол. факультетов педвузов. М.: Владос, 2007. 311 с.
35. Пережигина Н.В. Развитие детской речи: проблемы нормы и патологии: М-во образования и науки РФ Ярослав. гос. ун-т им. П.Г. Демидова. Ярославль: Ярослав. гос. ун-т, 2004. 98 с.
36. Петроченко В.И., Брюховских Л.А. Фонетика для логопедов: учеб. пособие. Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева. Красноярск, 2013. 112 с.

37. Поваляева М.А. Настольная книга логопеда. М.: АСТ, 2011. 608 с.
38. Понятийно-терминологический словарь логопеда/ Под ред. В.И. Селиверстова. М.: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 1997. 400 с.
39. Правдина О.В. Логопедия (Дизартрия). Хрестоматия по логопедии // Под ред. Л.С. Волковой и В.И. Селиверстова. М.: Просвещение 1997. 207 с.
40. Развитие речи детей дошкольного возраста: пособие для воспитателя детского сада / Под ред. Ф.А. Сохина. М.: Просвещение, 1979. 223 с.
41. Российская Е.Н., Гаранина Л.А. Произносительная сторона речи: Практический курс. М.: АРКТИ, 2003. 104 с.
42. Собонович Е.Ф., Чернопольская А.Ф. Проявление стертых дизартрий и методы их диагностики // Хрестоматия по логопедии / Под ред. Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова. М. 1997. С. 208–213.
43. Ушакова Т.Н. Раннее речевое развитие и его природные основания / Т.Н. Ушакова, С.С. Белова, О. Е. Громова // Вопросы психологии. 2007. № 2. С. 44.
44. Чиркина Г.В. Основы логопедической работы с детьми: учеб. пособие для логопедов, воспитателей дет. садов, учителей нач. кл., студентов пед. училищ. М.: АРКТИ, 2003. 240 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

