

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
Выпускающая кафедра коррекционной педагогики

Белая Елена Михайловна

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

Коррекция нарушений звукопроизношения с учетом нарушений внимания у старших дошкольников с дизартрией
Направление подготовки 44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование
Магистерская программа Логопедическое сопровождение лиц с нарушениями речи

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ:

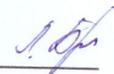
Заведующий кафедрой

к.п.н., доцент О.Л. Беляева

22.11.2021 
(дата, подпись)

Руководитель магистерской программы

к.п.н., доцент Л.А. Брюховских

22.11.2021 
(дата, подпись)

Научный руководитель

к.п.н., доцент А.В. Мамаева

22.11.2021 
(дата, подпись)

Обучающийся

Белая Е.М.

22.11.2021 
(дата, подпись)

Красноярск 2021

Реферат магистерской диссертации

Структура магистерской диссертации: работа объемом 139 страницы, состоит из введения, трех глав, заключения, библиографии (77 источников), 17 приложений, проиллюстрирована 4 таблицами и 17 рисунками.

Цель исследования: теоретически обосновать, составить и апробировать содержание логопедической работы по коррекции нарушений звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией.

Объект нашего исследования – фонетическая сторона речи у детей с дизартрией.

Предмет исследования – логопедическая работа по коррекции нарушений звукопроизношения у старших дошкольников с дизартрией.

Методы исследования были подобраны с учетом специфики его предмета, в соответствии с целью, задачами и гипотезой и включали в себя:

1. Теоретический: анализ научной литературы по изучаемой проблеме, систематизация, классификация, сравнение, прогнозирование, планирование, теоретическое моделирование экспериментальной работы;

2. Эмпирический: изучение медицинской и педагогической документации, педагогическое наблюдение.

3. Интерпретационный: беседы с педагогами, констатирующий, формирующий и контрольный эксперимент, количественный и качественный анализ, обобщение полученных данных.

Теоретической основой явились положения общей и специальной педагогики и психологии:

- о единстве основных закономерностей развития нормальных и аномальных детей (Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, Р.М. Власова);

- подхода к диагностике и коррекции речевых нарушений с позиции связи речи с другими сторонами психического развития (Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, Р.М. Власова, В.И. Лубовский, А.В. Запорожец, Л.А. Венгер);

- современные представления специальной психологии и педагогики о системном подходе к обследованию и коррекции имеющихся отклонений в развитии.

Новизна исследования: наше исследование обосновывает возможности использования в логопедической работе по коррекции нарушений звукопроизношения специфических подходов, направленных на развитие внимания у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией.

Теоретическая значимость нашего исследования заключается в том, что уточнены и подтверждены имеющиеся данные об особенностях и механизмах нарушений звукопроизношения при дизартрии.

Практическая значимость: предложенное нами содержание логопедической работы может быть использовано учителями–логопедами, работающими с дошкольниками с дизартрией.

По теме диссертации напечатано 2 статьи (международный уровень г. Таганрог, всероссийский уровень на базе КГПУ им В.П. Астафьева), 4 выступления на конференции (1 республиканский семинар, 2 республиканские конференции, 1 всероссийский форум).

Abstract of Master's thesis

The structure of the master's thesis: work with a volume of 139 pages, consists of an introduction, three chapters, a conclusion, a bibliography (77 sources), 17 annexes, illustrated by 4 tables and 17 figures.

The purpose of the study is to theoretically justify, compile and test the content of speech therapy work on the correction of sound impairment in older preschool children with dysarthria.

The object of our study is the phonetic side of speech in children with dysarthria.

The subject of the study is speech-therapy work on the correction of sound impairment in senior preschoolers with dysarthria.

Research methods were chosen taking into account the specifics of his subject, in accordance with the goal, tasks and hypothesis and included:

1. Theoretical: analysis of scientific literature on the studied problem, systematization, classification, comparison, forecasting, planning, theoretical modeling of experimental work;

2. Empirical: study of medical and pedagogical documentation, pedagogical observation.

3. Interpretive: conversations with teachers, stating, forming and controlling an experiment, quantitative and qualitative analysis, synthesis of the obtained data.

The theoretical basis was the provisions of general and special pedagogy and psychology:

- on the unity of the main laws of development of normal and abnormal children (L.S. Vygotsky, A.R. Luria, R.M. Vlasova);

- approaches to diagnosis and correction of speech disorders from the position of communication of speech with other aspects of mental development (L.S. Vygotsky, A.R. Luria, R.M. Vlasova, V.I. Lubovsky, A.V. Zaporozhets, L.A. Wenger);

- Modern ideas of special psychology and pedagogy about a systematic approach to the examination and correction of existing deviations in development.

Novelty of the study: our study justifies the possibility of using specific approaches to the development of attention in older preschool children with dysarthria in speech therapy work to correct disturbances in sound production.

The theoretical significance of our study is that the available data on the features and mechanisms of disturbances in sound production in dysarthria are refined and confirmed.

Practical significance: the content of speech therapy work proposed by us can be used by speech teachers working with preschoolers with dysarthria.

On the topic of the dissertation, 2 articles were published (international level Taganrog, All-Russian level on the basis of V.P. Astafiev KSPU), 4 speeches at the conference (1 republican seminar, 2 republican conferences, 1 All-Russian forum).

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
Глава I. Современное состояние проблемы нарушений звукопроизношения у дошкольников с дизартрией	7
1.1. Влияние сформированности артикуляционной моторики на нарушения звукопроизношения	7
1.2. Нарушения звукопроизношения при разных формах дизартрии.....	15
1.3. Анализ существующих подходов к проблеме диагностики и коррекции нарушений звукопроизношения	26
Выводы по главе I	33
Глава II. Констатирующий эксперимент и его анализ	36
2.1. Организация и методика констатирующего эксперимента.....	36
2.2. Анализ результатов констатирующего эксперимента.....	46
Выводы по главе II.....	65
Глава III. Формирующий эксперимент по коррекции нарушений звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией.....	66
3.1. Теоретические основы, организация и содержание формирующего эксперимента по коррекции нарушений звукопроизношения у детей 6-7 лет с дизартрией	66
3.2. Контрольный эксперимент и его анализ.....	75
Выводы по главе III.....	84
Заключение.....	85
Библиография.....	88
Приложения.....	97

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Дизартрия – это сложная речевая патология, включающая речевые и неречевые нарушения [1; 3]. По данным Е.Ф. Соботович и Л.С. Волковой среди детей с нормальным слухом и интеллектом, имеющих нарушения речи, дизартрия отмечается в 52,5% случаев [63;21].

Проблема дизартрии у детей не теряет своей актуальности и изучается в различных направлениях: в клиническом, нейролингвистическом, психолого-педагогическом. Современные отечественные и зарубежные ученые изучают и освещают этот речевой дефект в своих работах: Е.Ф. Архипова [8], Л.А. Брюховских [15], Е.Н. Винарская [18], Г.В. Гуровец [31], Н.Н. Заваденко [32], О.Ю. Федосова [68], Г.В. Чиркина [71], О.В. Правдина [56]. В своих трудах они раскрывают причины, механизмы, патогенез, характер, а также пути коррекции речевых нарушений при различных формах дизартрии.

Многие авторы (Е.Ф. Архипова, Е.Н. Винарская, Г.В. Гуровец, Л.В. Лопатина, С.И. Маевская, Л.А. Позднякова, О.В. Правдина, Е.Ф. Соботович и др.) отмечают, что при дизартрии основным симптомом является нарушение звукопроизношения, для которого характерны определенные нарушения звуков: смешение, искажение, замены и отсутствие. Нарушения звукопроизношения полиморфные, стойкого характера. При этом большинство исследователей отмечают, что у этих детей на фоне общего недоразвития речи проявляются нарушения произвольного внимания и, в свою очередь, нарушения внимания затрудняют работу по коррекции звукопроизношения. В научных разработках Ч. Ньюкиктъен [49], Т. Рибо [59], Ф.А. Сохина [62], Н.Я. Семаго [62], С.Л. Якушевой [75], Т.Г. Визель [17] говорится, что учет нарушений внимания в работе с детьми с тяжелыми нарушениями речи, в том числе с дизартрией, ускоряет процесс коррекции. Но исследований в этом направлении недостаточно, поэтому

существует проблема в определении содержания коррекционной работы с детьми с дизартрией с учетом нарушений внимания.

Противоречия. Анализируя литературные данные, мы увидели некоторое несоответствие: многие авторы указывают на нарушение внимания у детей с дизартрией и говорят о необходимости использования различных приемов в педагогической практике, но содержание логопедической работы по коррекции нарушений звукопроизношения с учетом нарушения внимания разработано недостаточно.

Таким образом, проблема коррекции нарушений звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с использованием подходов, направленных на развитие внимания, приобретает особую актуальность.

Объект нашего исследования – фонетическая сторона речи у детей с дизартрией.

Предмет исследования – логопедическая работа по коррекции нарушений звукопроизношения у старших дошкольников с дизартрией с учетом нарушений внимания.

Цель исследования: теоретически обосновать, составить и апробировать содержание логопедической работы по коррекции нарушений звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией с учетом нарушений внимания.

Для достижения поставленной цели были определены следующие **задачи исследования:**

1. Определить современное состояние проблемы диагностики и коррекции нарушений звукопроизношения у дошкольников с дизартрией в логопедической и психолого–педагогической литературе.

2. Выявить особенности и механизмы нарушения звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией.

3. Разработать и апробировать содержание логопедической работы по коррекции звукопроизношения с учетом нарушения внимания.

4. Определить эффективность предложенного нами содержания логопедической работы.

Гипотеза исследования: эффективность логопедической работы по коррекции нарушений звукопроизношения у старших дошкольников с дизартрией повысится если работа будет проводится с использованием специфических подходов с учетом нарушений внимания.

Теоретической и методологической основой исследования явились положения общей и специальной педагогики и психологии:

- о единстве основных закономерностей развития нормальных и аномальных детей (Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, Р.М. Власова);
- подхода к диагностике и коррекции речевых с позиции связи речи с другими сторонами психического развития (Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, Р.М. Власова, В.И. Лубовский, А.В. Запорожец, Л.А. Венгер);
- современные представления специальной психологии и педагогики о системном подходе к обследованию коррекции имеющихся отклонений в развитии.

Методы исследования мы определили, основываясь на цель и задачи:

1. Теоретический: анализ научной литературы по изучаемой проблеме, систематизация, классификация, сравнение, прогнозирование, планирование, теоретическое моделирование экспериментальной работы;

2. Эмпирический: изучение медицинской и педагогической документации, педагогическое наблюдение.

3. Интерпретационные: беседы с педагогами, констатирующий, формирующий и контрольный эксперимент, количественный и качественный анализ, обобщение полученных данных.

Организация исследования. Исследование проводилось с сентября 2020 года до июня 2021 года на базе муниципального бюджетного дошкольного образовательного учреждения города Саяногорска.

В экспериментальной работе на этапе констатирующего эксперимента принимало участие 30 детей 6–7 лет, из них:

– 20 детей с дизартрией, которые составили экспериментальную группу констатирующего эксперимента.

– 10 детей с нормой звукопроизношения, которые составили контрольную группу констатирующего эксперимента;

На этапе формирующего эксперимента принимало участие 20 детей экспериментальной группы констатирующего эксперимента, которых мы условно разделили на 2 группы: экспериментальную и контрольную.

Научная новизна исследования заключается в том, что уточнены и подтверждены данные о механизмах нарушений звукопроизношения у дошкольников с дизартрией, а также определено содержание логопедической работы по коррекции звукопроизношения с учетом нарушений внимания.

Теоретическая значимость нашего исследования заключается в том, что уточнены и подтверждены имеющиеся данные об особенностях и механизмах нарушений звукопроизношения при дизартрии.

Практическая значимость: предложенное нами содержание логопедической работы может быть использовано учителями-логопедами, работающими с дошкольниками с дизартрией.

Структура и объем работы: работа включает в себя введение, 3 главы, заключение, библиографию, приложения. Текст иллюстрирован таблицами и рисунками.

ГЛАВА I. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ НАРУШЕНИЙ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ У ДОШКОЛЬНИКОВ С ДИЗАРТРИЕЙ

1.1. Влияние сформированности артикуляционной моторики на нарушения звукопроизношения

Звукопроизношением называют процесс образования звуков речи, который координируется центральной нервной системой и реализуется дыханием, голосообразованием и звукообразованием [52, с.155].

Звуки речи считаются материальными знаками языка. Они появляются благодаря колебаниям воздуха. Эти колебания возникают в результате прохождения воздушной струи, подаваемой легкими, через речевой аппарат человека [52, с.5].

В речевом аппарате человека выделяют два отдела: центральный (регулирующий) и периферический (исполнительный). Центральный отдел составляет головной мозг. Периферический речевой аппарат состоит из лёгких, гортани с голосовыми связками, глотки, полости рта (с языком, губами, зубами, твёрдым и мягким нёбом) и полости носа. Во время акта «говорения» одни из них двигаются (голосовые связки, мягкое нёбо, язык, губы) и называются активными, а другие остаются неподвижными (твёрдое нёбо, зубы) и называются пассивными (рисунок 1) [9].

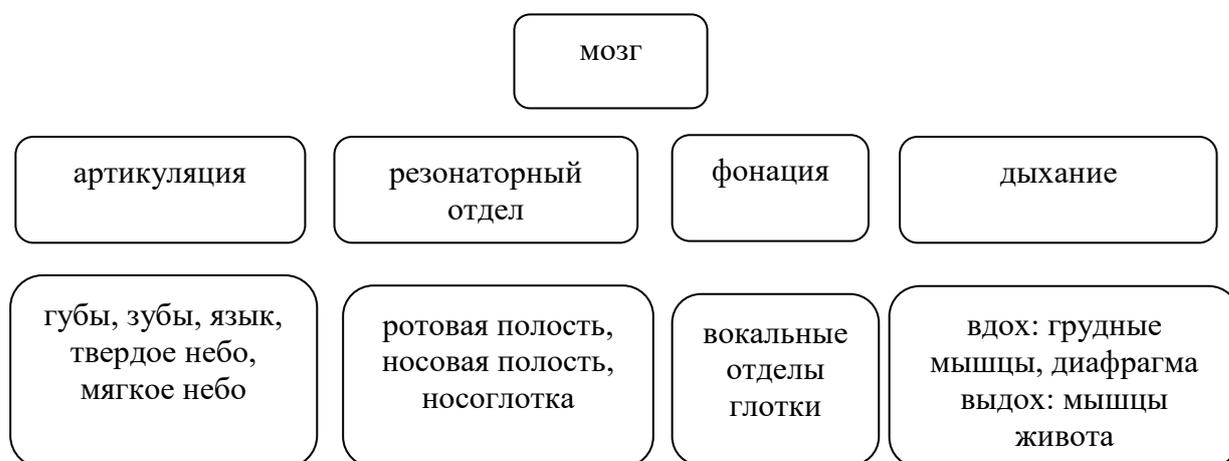


Рисунок 1– Отделы речевого аппарата

В образовании гласных звуков, по утверждению Л.И. Беляковой, участвуют резонаторные отделы, губы и язык. Последние (губы и язык) изменяют положение без смыкания и не преграждают путь воздушной струе [12].

Более сложные для произнесения согласные звуки она предлагает разделить по месту образования в ротовой полости на 4 группы:

- губные;
- переднеязычные;
- среднеязычные;
- заднеязычные.

Для классификации согласных по способу образования следует учитывать встречающуюся на пути воздушной струи преграду, способ ее преодоления и длительность произнесения (таблица 1).

Таблица 1. Классификация согласных по способу образования

смычные, взрывные, мгновенные	щелевые, фрикативные, длительные	смычно – щелевые, аффрикаты	смычно – проходные
при образовании преграда в виде смычки, которая взрывается воздушной струей, что происходит мгновенно	преграда в виде щели, при прохождении через которую воздушная струя образует трение, фрикацию, происходит относительно длительно	преграда в виде смычки, преходящей в щель	преграда в виде смычки, но воздушная струя обходит её через: – нос – по боковым сторонам языка – производя дрожание, вибрацию языка
[б]–[б`] [п]–[п`] [д]–[д`] [т]–[т`] [г]–[г`] [к]–[к`]	[в]–[в`] [ф]–[ф`] [з]–[з`] [с]–[с`] [х]–[х`] [ж]–[ш]–[щ`] [j]	[ч`] [ц]	[н]–[н`] [м]–[м`] [л]–[л`] [р]–[р`]

Автор научных книг и пособий Т.А. Ткаченко утверждает, что «звуки – основной строительный материал человеческой речи, и только при их четкой, точной передаче речь может быть понята правильно, а значит – служить средством общения» [65].

Ребенок рождается со сформировавшимся речевым аппаратом, но для овладения звуками речи необходим длительный период.

Освоение артикуляции звуков речи – очень сложная задача, и, хотя новорожденный начинает «упражняться» в произнесении звуков уже с полутора – двухмесячного возраста, для овладения речепроизводительными навыками ему требуется около трёх – четырёх лет [5].

Процесс формирования речевой деятельности и усвоения системы родного языка представлен в периодизации «речевого онтогенеза» А.А. Леонтьева [6]:

- 1 период – подготовительный (от рождения до года);
- 2 период – преддошкольный (от 1 года до 3 лет);
- 3 период – дошкольный (от 3 до 7 лет);
- 4 период – школьный (от 7 до 17 лет) [27; 28].

Рассмотрим периоды становления речи. Первый период – это первый год жизни детей и определяется этапами предречевого развития: крика, гуления и лепета. Крики – это звуки голоса, с фонетической стороны представляют собой подачу воздушной струи легкими при сужении голосовой щели и при достаточно раскрытой полости рта, вследствие чего появляется звук гласного (голосового) типа разной степени открытости. Раствор рта при этом не остается в одном положении, а непрерывно меняется, вместе с этим меняется качество звука: получаются скользящие переходы от более широких звуков к более узким, и наоборот, смыкание рта вызывает впечатление смычных согласных [27]. Но в крике невозможно выделить или определить речевые звуки, чтобы их дифференцировать.

Звуки в речи ребенка можно выделить на этапе гуления, которое появляется у младенцев в 2–3 месяца и сопрягается «процессом оживления».

Гуление – это воспроизведение различных цепочек гласноподобных звуков близких к [а, у, ы], часто в сочетании с заднеязычными гортанно–глоточными согласноподобными [г, м]. Малыш начинает «гукать» в положительном эмоциональном состоянии испытывая потребность в общении с матерью. Во время восприятия материнской речи младенец воспринимает только вокализованные участки. Благодаря интонационной окраске голоса, ребенок начинает подражать интонациям взрослого, «распевая» звуки в разной голосовой модуляции. Он улыбается, воспроизводя звуки в ответ на ласковый и доброжелательный голос, и кричит если в голосе взрослого грубая интонация.

В этот же период ребенок «пускает пузыри» из слюны. Эта реакция говорит о формировании дифференцированной иннервации губ. Низкая и вялая активность гуления тормозит процесс развития речедвигательного анализатора. При появлении гуления и смеха становятся активными задняя и средняя части спинки языка [28].

Есть важное условие для формирования гуления у детей, которое выделил В.П. Глухов – ребенок должен четко видеть лицо взрослого, видеть движения его артикуляционного аппарата, мимику [27].

К 5–6 месяцам голосовой поток гуления распадается на слоги, формируется процесс слогообразования. Этот этап предречевого развития называется лепетом. Лепет представляет собой сочетание гласных и согласных звуков как линейную последовательность отдельных артикуляций с модуляцией по тембру и высоте.

Звуковой состав лепета – результат кинестетической «настройки» артикуляционного аппарата по слуховому, акустическому подражанию речи окружающих [73]. Переход к лепету связан с выработкой ритмичности и согласованности работы артикуляционного аппарата и дыхания [20].

В таблице 2, можно увидеть онтогенез формирования звуковой стороны речи у детей в норме.

Таблица 2. Онтогенез формирования звуковой стороны речи

0–2 месяца (крик)	Неустойчивые гласные комплексы у-а, э-э-э, а-а-й
2–4 месяца (гуление)	Звуковые комплексы типа а–а–а, агу–агу, агы–агы, гхы
4–12 месяцев (лепет)	Гласные у, а, э, Согласные м, п, б, к, г и их мягкие варианты
12–20 месяцев	Ударные гласные а, о, у, и Согласные м, п, б, к, г, и их мягкие варианты
20–24 месяца	Согласные х, пь, й, н, т, д
2–3 года	Гласный ы Согласные с, л, в, з, ч, щ, ш, ж, ц, ф
3–4 года	Согласные р, л. Согласные могут произноситься смягченно, свистящие и шипящие редуцированы. К 4 годам звуковая сторона речи усвоена
4–5 лет	Произношение отдельных звуков у некоторых детей может быть еще не до конца сформированным. Звуки находятся в стадии автоматизации
5–6 лет	Практически все звуки сформированы или находятся в стадии автоматизации. Дифференциация свистящих и шипящих, а также сонорных л, р у некоторых детей не закончена.
6–7 лет	Все звуки сформированы

В 5–7 месяцев появляется много новых звуков. Часть лепетных звуков, которые не соответствуют фонемам слышимой ребёнком речи, утрачиваются, следом появляются новые речевые звуки, сходные с фонемами речевого окружения.

Вначале лепет носит самопроизвольный характер: малыш прислушивается в произносимые им звуки и пытается их повторить. С появлением у ребенка эхоталии (имитационного подражания звуков) запас звуков и слогов быстро растёт. Длина лепетных цепей максимально увеличивается до 4–5 сегментов.

К 8–9 месяцам появляются более сложные звуко сочетания «те–те–те», «та–та–та–та» и др., активно употребляется гласный [и], появляется гласный [о]. Формируются цепи из сегментов со стереотипным шумовым началом, но

с уже меняющимся гласным в конце (тё-тя-те и т.п.) [18]. Артикуляция в этом возрасте не расширяется, но появляется понимание речи.

В 10–12 месяцев появляются слоговые цепочки из сегментов с меняющимися шумовыми началами (ма-ля, да-ля; па-на, па-на-на, а-па-на, ба-ба-ма и т.п.). В процессе лепета ребёнок, подражая матери, воспроизводит первые лепетные слова из освоенных им звуковых сегментов путем их повторения: «па-па», «ба-ба». Вскоре появляются осознанные первые слова родного языка.

В возрасте от 1 года до 3 лет проходит второй период (преддошкольный) формирования речевой деятельности и усвоения системы родного языка. В жизни ребенка происходит переход от младенчества к раннему возрасту и к самостоятельной речи. Это связано с тем, что ребенок начинает ходить и активно изучает окружающий предметный мир.

На втором году жизни активно развивается двигательная сфера опорно-двигательного аппарата и артикуляционной моторики. В пищевом режиме ребенка появляется твердая пища, при пережевывании которой набирают силу мышцы артикуляционного аппарата.

В этот период дети начинают активно произносить гласные [э], [ы], [и], но твердые согласные у них звучат как мягкие – [т`], [д`], [с`], [з`]. Активно развивается способность к подражанию речи взрослых, понимание речи других и обращенной речевой инструкции. Как утверждают Е.Н. Винарская и Г.М. Богомазов, в этом возрасте ребенок начинает активно и самостоятельно употреблять в речи простые, по структуре, слова [20].

К концу второго года жизни формируется элементарная фразовая речь. В общении со взрослыми ребенок объединяет 2–3 слова, например, «мама ди» (мама иди), «мама дай ко-ко» (мама дай яйцо), «папа тю-тю» (папа уехал, папы нет) и т.д. Многие слова аморфные, лепетные (состоят из повторяющихся слогов) [5].

Таким образом, к концу преддошкольного периода дети общаются с окружающими, используя простое предложение, употребляя при этом наиболее простые грамматические категории речи [66].

Переход на 3 период, дошкольный, характеризуется наиболее интенсивным речевым развитием детей. Зачастую наблюдается скачок в развитии словарного запаса и освоении лексико–грамматических категорий родного языка. По утверждению А.Н. Гвоздева, к трем годам у детей оказываются сформированными все основные грамматические категории [27].

На 3 году жизни подвижность артикуляционного аппарата повышается, но произношение ребенка еще не до конца сформировано. В этом возрасте дети пытаются приблизить произношение к речи окружающих, но артикуляционный аппарат еще недостаточно развит и сложные по артикуляционному укладу звуки они заменяют простыми. К примеру, звуки [ч`] и [щ`] заменяются звуками [т`] и [с`] соответственно, звук [ц] заменяется звуком [т`] или [с`], звуки [л] и [р] – звуком [л`] или [й], шипящие и твердые свистящие – [т`], [д`]. К трем годам четко уже сформирован нижний и верхний ряд молочных зубов и оформляется артикуляция губно–зубных звуков: [ф], [в], [ф`], [в`].

К 4 годам мышцы артикуляционного аппарата укрепляются, ребёнок уже может поднимать вверх кончик и боковые края языка, напрягать спинку языка, что способствует появлению шипящих звуков, устраняются дефекты оглушения и смягчения. Шипящие звуки более сложные по артикуляции, поэтому зачастую редуцированы [52]. В этом возрасте движения языка становятся более четкими, дифференцированными и ребенок овладевает звуками [л] – [л`].

По утверждениям многих ученых (М.Ф. Фомичевой, Т.Б. Филичевой, М.Е. Хватцева, Н.И. Жинкина и др.), к 4 годам ребенок уже осваивает звуковую сторону речи, но некоторые звуки еще не дифференцирует, заменяет более легкими по артикуляции. Если в окружении ребенка есть

взрослые с искаженным произношением звуков, ребенок может подражать им [23].

К 5 годам ребенок овладевает более четкими дифференцированными движениями кончика языка, умением его делать более тонким и подвижным для звуков. В артикуляции появляется возможность вибрации кончика, что способствует появлению звуков [p], [pʰ]. Надо отметить, что в этом возрасте ребенок уже умеет четко воспринимать и дифференцировать звуки речи на слух, владеет правильным грамматическим оформлением своего высказывания [66].

Усвоение звуковой стороны речи во многом зависит от сформированности психических процессов. Например, Р.Е. Левина утверждала, что важнейшим условием развития звуковой стороны речи у ребенка является формирование произвольного внимания. Ребенок должен обладать способностью контроля своего произношения и уметь давать оценку его качества.

Профессор Л.М. Веккер, создавая «единую теорию психических процессов», определил взаимосвязь всех психических процессов: мышления, внимания, памяти, речи. Он разработал концепцию внимания, как интеграции психического пространства и речевого действия, объединяя нейропсихологические теории внимания с речью [43].

Внимание – это направленность восприятия на какой-либо объект (материальный или нематериальный). Произвольное внимание требует от человека особых волевых усилий. Этот тип внимания не появляется у человека с рождения, он требует развития и формирования.

Произвольное внимание часто нарушается у детей без особенностей в развитии, но еще чаще страдает у детей с общим недоразвитием речи и дизартрией. У этих детей наблюдаются нарушения звукопроизношения и нарушение в восприятии фонем.

Другие авторы (Г.А. Никашина, Г.А. Каше) отмечают, что при коррекции нарушений речи необходимо развивать произвольное внимание [36, с. 58–63].

По мнению А.Г. Ковалева, особенностью произвольного внимания служит целенаправленное управление им. Ребенок намеренно концентрирует свое внимание на определенном действии или задании, которое его интересует по той или иной причине [74].

Как утверждал Л.С. Выготский, функция развития произвольного внимания делиться между ребенком и взрослым на ранних стадиях развития. Именно взрослый способен научить ребенка ставить свои первые цели и задачи, слышать и следовать речевой инструкции. После овладения речью ребенок самостоятельно подчиняет свое внимание собственным инструкциям и правилам [25].

Из вышесказанного можно сделать вывод, что у нормативно развивающегося ребенка артикуляционная база в онтогенезе формируется постепенно и оформляется полностью к пяти годам.

При условии достаточной сформированности произвольного внимания, ребенок способен контролировать правильность произношения сформированных фонем.

1.2. Нарушения звукопроизношения при разных формах дизартрии

Несформированность звукопроизношения к концу дошкольного периода говорит о наличии речевой патологии у ребенка.

На современном этапе изучения нарушений речи ученые выделяют специфические расстройства развития речи (СРРР), при которых речь страдает на ранних этапах развития, и одним из них считается дизартрия [32].

Научная разработка проблемы дизартрии в отечественной логопедии связана с именами известных неврологов, психиатров, психологов, педагогов, нейрофизиологов: Е.Н. Винарская [19], Е.М. Мастюкова [46],

Л.В. Лопатина [46], Т.Г. Визель [17] и др. Все современные авторы единодушны в том, что изучение проблемы дизартрии должно сочетаться с ее неврологическим, логопедическим и психологическим аспектами исследования [21].

Дизартрия – латинский термин, который в переводе означает расстройство членораздельной речи. По определению Е.Ф. Архиповой, дизартрия – это нарушение звукопроизношения и просодики, обусловленные недостаточностью иннервации мышц речевого аппарата [8].

По утверждению Л.А. Брюховских у всех детей с дизартрией поражаются двигательные механизмы речи, вследствие чего нарушается работа органов артикуляции: мышц языка, губ, мягкого нёба, гортани, голосовых складок, дыхательных мышц; страдает общая, ручная и артикуляционная моторика, что усугубляет нарушения речи. Особенности речевой моторики у детей с дизартрией обусловлены нарушением функции двигательных структур, нервов, которые участвуют в артикуляции [15].

В детском возрасте проявление дизартрии прежде всего связано с перинатальной патологией (поражением нервной системы плода и новорождённого) [33].

Дизартрия имеет несколько форм, каждая из которых характеризуется своей неврологической и речевой симптоматикой [12]. Рассмотрим формы дизартрии по этиопатогенетической классификации М.С. Маргулиса (1926) [56].

Бульбарная форма дизартрии.

Наиболее тяжелая по проявлениям форма. Одностороннее или двустороннее поражение периферических двигательных нервов (тройничного, лицевого, языкоглоточного, блуждающего и подъязычного), вследствие чего возникают периферические параличи (полное отсутствие двигательных возможностей) или парезы (неполный паралич) мышц языка, губ, мягкого нёба, гортани, глотки, возможно и мышц, поднимающих

нижнюю челюсть. Поражение этих мышц проявляется гипотонией (вялостью) и гипотрофией (дряблостью и истончением мышцы).

Язык вялый, тонкий, распластаный. Девиация языка (отклонение от средней линии) в сторону паретичной мышцы. При двусторонних поражениях язык лежит на дне ротовой полости, тонкий, распластаный. При произнесении звука «а» отмечается ограничение движения мягкого нёба с отклонением увулы. Выраженное нарушение фонации: голос слабый, осиплый, с открытой назализацией (носовым оттенком). Наблюдается гипомимия, нарушение (вялость) мимических мышц, что делает лицо маскообразным. Чаще всего наблюдается нарушение глотания мягкой и твердой пищи, нарушение жевания (при двусторонних очагах). Ранним признаком является нарушения процесса сосания у детей первого года жизни [5].

Чаще всего нарушается артикуляция переднеязычных согласных, звонких согласных, ребенок не овладевает сложными звуками – аффрикатами. Ярко выражена назализация. Гласные звуки приближены к нечеткому усредненному звуку [а–ы] и приобретают гортанный призывок. Разборчивость речи снижена, не всегда понятна для окружающих.

Псевдобульбарная форма дизартрии.

Это самая распространенная форма. Возникает при двустороннем поражении центральных двигательных кортикобульбарных нейронов. При проявлении повышения мышечного тонуса по типу спастичности – спастическая форма псевдобульбарной дизартрии, при понижении мышечного тонуса – паретическая форма.

Параличи всегда двусторонние, но бывает преобладание с одной стороны. Выражается ограничением произвольных движений (диспраксией), при этом сохраняется способность к ряду непроизвольных движений [19].

Мышцы языка напряжены, тело языка отодвинуто назад, кончик языка не выражен. В спокойном состоянии язык отклоняется в здоровую сторону, наблюдается гиперсаливацию (обильное слюнотечение). Движения

замедленны, с малой амплитудой, истощаемостью, повышением мышечного тонуса, диффузным (самопроизвольным) перемещением. Голос осипший, не модулированный с назальным оттенком (закрытой назализацией).

Больше подвержены нарушению звуки, при которых движения языка должны быть тонкими, дифференцированными: [р], [л], [р`], [л`], [ш], [ж], [ц], [ч`]. Из-за напряжённости губ слабо выражена лабиализация (огубление) гласных и губных согласных. Часто нарушаются звуки по признаку оглушения (звонкие согласные) или озвончения (глухие согласные) в следствие пареза голосовых складок. Отмечается избыточная палатализация (непереходное смягчение), т.к. спинка языка напряжена и приподнята.

Тяжесть нарушения при псевдобульбарной дизартрии проявляется в разной степени с проявлением речевой симптоматики:

- легкая степень: отсутствие грубых нарушений моторики артикуляционного аппарата (замедленные, неточные движения языка, губ), речь замедленна, нарушается произношение сложных звуков [ж], [ш], [р], [ц], [ч`] и свистящих, трудности в произнесении мягких звуков;

- средняя степень (наблюдается у большинства детей): лицо амимично, нарушена моторика мышц лица, губ, языка (трудности в надувании щек, вытягивании и удержании губ, в динамических и статических движениях языка, в переключаемости движений), наблюдается малоподвижность мягкого нёба, назализация, гиперсаливация, трудности жевания и глотания, речь непонятна (невнятная, смазанная, тихая), тяжелый дефект произношения, ротовой выдох слабый;

- тяжелая степень (анартрия – полное отсутствие речи): лицо маскообразное, рот постоянно открыт, язык толстый, неподвижно лежит на дне ротовой полости, движения губ резко ограничены, затруднены акты жевания и глотания, членораздельная речь отсутствует полностью (могут издавать отдельные нечленораздельные звуки).

При псевдобульбарной дизартрии присутствует неречевая симптоматика: нарушение функций глотания и жевания, общей и тонкой

(пальцевой) моторики, физиологического дыхания (стридорное, т.е. хриплое), избирательно нарушаются произвольные движения при сохранности непроизвольных (рефлекторных).

Мозжечковая форма дизартрии в чистом виде встречается редко, сочетается с другими формами дизартрии. Причина в поражении мозжечка и его связей с другими отделами центральной нервной системы, а также лобно–мозжечковых путей. Статическая и динамическая атаксия речевых движений (рассогласованность артикуляционного, фонационного и дыхательного аппарата).

Лицо амимично, носогубные складки опущены, нарушены акты дыхания, жевания и глотания (дисфагия) [53].

Проявляется гипотония в скелетной и артикуляционной мускулатуре. Язык тонкий, распластаный, подвижность его ограничена, темп движений замедлен, нарушена точность, проявляется гиперметрия или гипометрия, при целенаправленном напряжении возникает тремор языка. Наблюдается дисфункция мягкого нёба: снижение тонуса, провисание.

Речь невнятная, скандированная (толчкообразная) вследствие тремора дыхательных мышц, снижена сила голоса (чаще в конце фразы), нарушается звонкость, могут быть непроизвольные выкрики. Длительные паузы между словами и фразами.

В артикуляции наблюдается нарушение всех групп звуков, но, особенно, требующих тонких дифференцированных движений кончика языка: смычных переднеязычных согласных, а также достаточной силы сокращений губных и язычных мышц (губные и взрывные звуки).

Подкорковая (экстрапирамидная) форма дизартрии встречается так же часто, как псевдобульбарная.

Экстрапирамидная форма дизартрии проявляется в нарушении регуляции тонуса скелетных и речевых мышц при сохранности силы. Нарушение согласованности произвольных движений влияет на темп, плавность, мелодичность речи и делает её напряжённой и неплавной.

Ребенок может терять ощущение артикуляционной позы, не может переключиться с одной на другую. Такие проявления связаны с постоянно и быстро меняющимся мышечным тонусом, а также насильственными движениями. В спокойной речи наблюдается дистония, при волнении тонус мышц резко повышается и проявляются неконтролируемые насильственные движения артикуляционного аппарата: язык подтягивается к корню, напрягается, повышение тонуса в мышцах голосового аппарата и в дыхательных мышцах приводит к тому, что ребенок не может произнести ни одного звука [15].

Если мышечный тонус не ярко выражен, то речь смазанная, невнятная, появляется назальный оттенок, нарушена интонационно–мелодическая структура, темп. Проявляется затухание голоса, которое может выглядеть, как неясное бормотание.

Корковая форма дизартрии.

Причина – поражение доминантного полушария в нижнем отделе передней центральной извилины, при этом возникает центральный (спастический) парез мышц половины языка и губ с противоположной стороны от очага поражения: ограничение объёма активных произвольных движений мышц губ и языка одной стороны речевого аппарата.

Проявляется: асимметричность носогубных складок (сглаженность одной половины, при улыбке отстаёт угол рта), повышенный тонус языка с одной стороны (при выдвигании языка из полости рта отмечается его отклонение в сторону поражённой мышцы, а при обратном движении в противоположную сторону), нередко раздвоен кончик языка, гиперсаливация [58].

При корковой дизартрии нарушается артикуляция тонких и точных переднеязычных согласных с подъемом кончика языка: [ш], [ж], [р], [л]. Эти звуки отсутствуют, или заменяются более доступными [с], [с`], [з], [з`], [т], [д], [н]. Самыми сложными по способу образования оказываются щелевые,

смычные и дрожащие согласные. Присутствует замедление темпа произнесения переднеязычных согласных и слогов [58].

Все перечисленные формы дизартрии встречаются у детей дошкольного возраста. Форму дизартрии определяет врач невролог, консультацию которого может рекомендовать учитель–логопед или другой специалист [11].

Логопедическая классификация дизартрии основана на принципе понятности речи для окружающих и включает в себя 4 степени тяжести нарушения речи у детей (Ж. Тардые):

1 степень (легкая) – слабо выраженные дефекты звукопроизношения, которые могут быть выявлены специалистом при обследовании, в современной литературе чаще используется определение «Минимальные дизартрические расстройства (МДР)» [12];

2 степень (средняя) – дефекты звукопроизношения заметны окружающим, но речь остается понятной, легко воспринимаемой;

3 степень (выраженная) – понимание речи доступно людям из близкого окружения ребенка (родители, педагоги);

4 степень (тяжелая) – речь, как акт говорения, отсутствует или не понятна даже близкому окружению (анартрия).

Нарушение звукопроизношения, обусловленное дизартрией, всегда сопровождается двумя синдромами (комплексом связанных между собой признаков):

1 – синдром артикуляционных расстройств, который является причиной нарушения звукопроизношения и изменяется в зависимости от степени тяжести и очага поражения отделов мозга, при этом выделяется особенностями, характерными различным формам дизартрии;

2 – синдром нарушения речевого дыхания. Служит причиной нарушения голоса (силы, тембра, модуляции) и мелодико–интонационной стороны речи, вследствие поражения дыхательных мышц и нарушения мышечного тонуса резонаторного, фонационного и дыхательного отделов

речевого аппарата, которые могут быть поражены как по отдельности, так и совместно.

Мы подробнее рассмотрим первый синдром.

Синдром артикуляционных расстройств характеризуется рядом нарушений артикуляционного аппарата.

Нарушение тонуса мышц артикуляционного аппарата по типу спастичности, гипотонии либо дистонии.

Спастичность означает постоянное повышение тонуса (гипертонус) мускулатуры губ, языка, мягкого неба, лица, шеи. Возникает вследствие пареза или паралича мышц. Спастичность может проявляться во всех отделах речевого аппарата, но может быть и в отдельных его частях (например, напряжены мышцы языка, а губы и щеки в нормальном тонусе).

Напряжение круговой мышцы рта приводит к повышению тонуса губ, которые плотно сомкнуты. Ребенок испытывает трудности при открывании рта, страдают губные согласные звуки, гласные произносятся нечетко. При спастичности языка мышцы напряжены, язык «комом», оттянут назад. Спинка языка изогнута и поднята вверх, кончик языка не определяется. Такое положение языка в ротовой полости вызывает смягчение согласных звуков. Нарушается произношение переднеязычных свистящих звуков (приобретают губно–зубное положение). Из–за трудности при поднимании языка вверх страдают тонкие дифференцированные движения, вследствие чего нарушены шипящие звуки и вибранты. Звук [л] смягчается или становится плоскощелевым, двугубым. Аффрикаты [ц], [ч`] и [щ`] «расщепляются» и заменяются на [т`], [с`]. При спастичности мягкого неба появляется закрытая назализация. Спастичность голосовых складок приводит к озвончению глухих и к оглушению звонких согласных. Дифференциация согласных становится менее выраженной.

Гипотония (гипотонус) – понижение тонуса мышц. При гипотонии мышцы вялые, малоподвижные, присутствует гиперсаливация. Губы вялые, рот полуоткрыт, нарушается произношение лабиализованных гласных [y],

[о], губных согласных [ф], [в] и их мягких вариантов. Язык вялый, распластаный, в тяжелых случаях неподвижно лежит внизу ротовой полости. Характерно нарушение переднеязычных смычных согласных [т], [д], также нарушаются звуки верхнего подъема языка и вибранты. Могут нарушаться свистящие звуки (приобретают щечное произношение). Вялость мышц мягкого неба приводит к его провисанию, появляется открытая назальность.

Дистония – переменный тонус мышц, который может резко меняться: при спокойном состоянии тонус пониженный, а при напряжении (волнении, говорении, попытке произвольных движений) может резко повышаться и приводит к спазмированию мышц. Характерным признаком дистонии в звукопроизношении является непостоянство замен, искажений и пропусков звуков. У детей с такой патологией часто встречается смешанный и вариативный характер тонуса: одни мышцы напряжены (например, мышцы языка спастичны), а другие мышцы в это время в гипотонусе (например, мышцы щек) [4].

Нарушение артикуляционной моторики.

Это нарушение возникает в результате снижения подвижности артикуляционной мускулатуры, усиливаясь нарушением мышечного тонуса.

Нарушение моторики лицевой мускулатуры проявляется в ограничении движения области глаз, лба, щек и губ. Ребенок затрудняется надуть щеки, втянуть их и удержать в определенной позиции какое-то время, что влияет на направленность воздушной струи. При неправильном распределении воздушной струи нарушается произношение свистящих и шипящих звуков. Нарушение моторики нижней челюсти вызывает нарушения голоса – тембра и модуляции. Нарушение моторики губ влияет на произношение гласных и многих согласных звуков [14].

Нарушение координации движений артикуляционного аппарата влияет на точность, согласованность движений губ, языка щек, мягкого неба. При этом нарушении ребенок затрудняется в выполнении тонких

дифференцированных движений, не может найти нужную артикуляционную позу. Часто движения выполняются с гиперметрией, либо с гипометрией. Это нарушение приводит к трудности переключения с одной артикуляции к другой и проявляется чаще не в произношении отдельных звуков, а в слогах и словах [33].

Следующее нарушение при синдроме артикуляционных расстройств – насильственные движения и синкинезии. Синкинезии (непроизвольные сопутствующие движения), которые могут проявляться в общей, мимической и оральной моторике. Оральные синкинезии проявляются в непроизвольном открывании рта при выполнении каких-либо движений. Синкинезии мышц лица проявляются в непроизвольном сокращении артикуляционных мышц не только во время речи, но и при выполнении движений тела. Например, при движении языка вверх-вниз у ребенка напрягаются пальцы, движется голова, челюсть. В тяжелых формах дизартрии могут возникать насильственные движения (гиперкинезы и тремор) в артикуляционной и общей моторике, которые усиливаются с при волнении или когда ребенок старается выполнить артикуляционное движение. Это может привести к невозможности говорить.

При синдроме артикуляционных расстройств может наблюдаться нарушение проприоцептивной афферентной импульсами от мышц артикуляционного аппарата. Дети слабо ощущают положение языка, губ, направление их движений, что приводит к трудности при выполнении движений по подражанию. Возникает диспраксия – недостаточность артикуляционного праксиса.

Все вышеперечисленные нарушения моторики речевого аппарата могут проявляться изолированно или в комплексе при синдроме артикуляционных расстройств, вызывая специфические нарушения звукопроизношения у детей с дизартрией:

– нарушения звукопроизношения стойкие, преодоление их длительное, требующее систематической работы, прерывание которой приводит к потере приобретенных навыков;

- при высокой речевой нагрузке общее звучание речи может ухудшаться;
- нарушения звукопроизношения ярче выражены в потоке речи, чем при отдельном произношении слов;
- может быть нарушено произношение не только согласных, но и гласных звуков;
- звукопроизношение нарушается по типу искажения звуков;
- в нарушении свистящих и шипящих звуков преобладает их межзубное и боковое искажение; шипящие звуки оформляются в более простом, нижнем произношении и заменяют свистящие звуки;
- межзубное произношение переднеязычных звуков [т], [д], [н], [л], [с], [з] сочетается с отсутствием или горловым произношением звука [р];
- присутствует палатализация (смягчение) согласных звуков;
- нарушение звукопроизношения сложное, полиморфное (нарушены несколько групп звуков);
- автоматизация исправленных звуков затруднена, поставленный звук не всегда используется в свободной речи.

Особенности речедвигательного развития детей с дизартрией влияют на их психическое здоровья. При дизартрии могут быть нарушены и психические процессы (внимание, память, мышление), а также эмоционально–волевая сфера и поведение [76; 77].

При нарушениях внимания дошкольники быстро теряют интерес к речевой деятельности, часто отвлекаются от выполняемых упражнений, что вызывает трудности в автоматизации поставленных звуков и введения и формировании коммуникативных навыков [70; 73].

Таким образом, мы определили, что звукопроизношение нарушено при всех формах дизартрии, и степень нарушения зависит от степени тяжести дизартрии.

При дизартрии кроме проявлений речевой симптоматики, могут быть нарушены и психические процессы, которые в свою очередь затрудняют логопедическую работу по коррекции нарушений звукопроизношения.

1.3. Анализ существующих подходов к проблеме диагностики и коррекции нарушений звукопроизношения

Проблема диагностики и коррекции нарушений звукопроизношения у дошкольников глубоко изучена и раскрыта в логопедической научной литературе многими авторами: Л.В. Лопатиной [44], Г.В. Чиркиной [70], Г.А. Каше [36], Е.Ф. Собонович [63], О.Н. Усановой [43] и другими.

Многие авторы утверждают, что работа с детьми с дизартрией должна осуществляться не только через коррекционно–педагогическую помощь, но и сопровождаться клиническим лечением, так как заключение «дизартрия» является интегративным – неврологическим и логопедическим.

В логопедической практике по коррекции звукопроизношения у детей с дизартрией первой ступенью работы становится диагностическое обследование, при проведении которого следует придерживаться основным принципам, разработанным в Институте коррекционной педагогики РАО сотрудниками лаборатории логопедии под руководством Р.Е. Левиной:

1. Принцип системного подхода (учет неврологической симптоматики и структуры речевого дефекта, выделения ведущего расстройства, соотнесения речевой и неречевой симптоматики в структуре дефекта).
2. Принцип комплексности (согласования действий логопеда, невролога и других специалистов).
3. Онтогенетический принцип позволяет оценивать состояние речевых возможностей ребенка в соответствие с развитием речи в онтогенезе.
4. Принцип учета ведущей деятельности (у дошкольников – игровая).
5. Принцип взаимосвязи речи с другими сторонами психического развития ребенка предполагает оценку общей психической реакции ребенка, его

интеллектуального и эмоционального проявления (особенности развития мышления, внимания, памяти, сенсорных функций).

б. Принцип динамичности наблюдения и изучения развития ребенка.

На современном этапе развития логопедии существует большое множество технологий (диагностические комплекты, методики, тестовые диагностики, дидактические материалы и др.) обследования речи детей, которые содержат в себе обследование органов артикуляции, их строения и подвижности, особенностей звукопроизношения [31; 35; 45].

Прежде чем проводить обследование Г.В. Чиркина рекомендует ознакомиться с историей развития ребенка, с данными неврологического и отоларингологического обследований, ранним речевым развитием ребенка [70]. Полученные сведения можно внести в карту обследования речи ребенка, предложенную авторами диагностических пособий: Е.С. Зайцевой [34], О.И. Крупенчук [38], В.В. Коноваленко [41].

Для правильной организации обследования можно использовать рекомендации О.Е. Грибовой [30].

Во время обследования моторики артикуляционного аппарата необходимо оценивать состояние артикуляционной моторики в покое и во время мимических и общих движений, прежде всего артикуляционных. Важно отметить основные характеристики движений (их объём, темп, плавность переключения, истощаемость и т.д.), точность и соразмерность, состояние мышечного тонуса артикуляционного аппарата, наличие насильственных движений и синкинезий [40].

В методическом пособии Н.М. Трубниковой представлены пробы, направленные на исследование двигательных функций органов артикуляции и динамической организации движений артикуляционного аппарата, которые позволяют выявить сформированность кинестетического и кинетического праксиса. Качество выполняемых заданий оценивается по определённым критериям.

При обследовании органов артикуляции анализируются следующие функции:

- состояние мышечного тонуса (гипертонус, гипотонус, дистония);
- возможность выполнения движений (непроизвольных и произвольных);
- качество движений (точность, ритмичность, амплитуда, сила мышечного сокращения, время фиксации артикуляционной позы, количество правильно выполненных движений, переключаемость с одного движения на другое).

Для диагностики минимальных проявлений дизартрии Е.М. Мастюкова предлагает использовать функциональные пробы, которые свидетельствуют о наличии симптомов органического поражения центральной нервной системы.

Обследование звукопроизношения по общепринятой в логопедии методике осуществляется в индивидуальной форме. Ребенок произносит звук в составе слова в различных фонетических позициях (в начале, в середине, в конце слова и при стечении согласных) с использованием зрительной стимуляции (предметных картинок) или по подражанию (повторяя за педагогом). Ответы ребенка фиксируются в протоколе в точном фонетическом рисунке. Для скорости процесса рекомендуется использовать запись ответов на диктофон. В протоколе обследования фиксируется употребление звука в собственной речи, произношение звука отражено (изолированно, в слогах), а также отмечается характер нарушения: отсутствие, искажение, замена, смешение [69].

В методике Т.А. Фотековой и Т.В. Ахутиной по диагностике речевых нарушений проверяются следующие группы звуков: свистящие, шипящие, [л]–[л`], [р]–[р`], все остальные звуки [10]. После дается заключение: произношение нормальное, антропофонический дефект, фонологический дефект, полиморфное нарушение.

После обследования состояние звукопроизношения оценивается в баллах, что позволяет специалисту определить степень выраженности речевой симптоматики и, в дальнейшем, отследить динамику развития.

Изучением процесса коррекции звукопроизношения у дошкольников с дизартрией занимались многие ученые и специалисты в области логопедии: О.В. Правдина, Е.М. Мастюкова, К.А. Семенова, Л.В. Лопатина, Н.В. Серебрякова, Е.Ф. Архипова и др. [61]. Все авторы утверждают, что логопедическая работа должна проводиться систематически и иметь комплексный характер, который подразумевает коррекцию мышечного тонуса артикуляционного аппарата, звукопроизношения, дыхания, голоса, общей моторики и развитие неречевых психических процессов (памяти, внимания).

Изучив общепринятую методику, мы увидели, что авторы выделяют этапы работы по устранению недостатков произношения у дошкольников.

I. Подготовительный этап.

Цель: подготовка речевого аппарата к формированию артикуляционных укладов.

Содержание коррекционной работы:

1. Подготовка дыхания и формирование точных движений органов артикуляции:

а) с помощью логопедического массажа (самомассажа);

б) с помощью приёмов артикуляционной гимнастики.

2. Формирование направленной воздушной струи.

3. Отработка опорных звуков.

Спецификой работы на этом этапе является дифференцированный артикуляционный массаж (Е.Ф. Архипова, Е.А. Дьякова, О.Г. Приходько и др.), а основным средством коррекции остается артикуляционная гимнастика. В гимнастику входят упражнения для укрепления речевой мускулатуры, развития силы органов артикуляционного аппарата, подвижности и

дифференцированности движений органов, участвующих в речевом процессе [7; 39].

Разнообразие видов гимнастики широко и красочно представлено в логопедической литературе (Н.С. Жукова., Е.М. Мастюкова, Т.Б. Филичева, Е.Ф. Архипова, Л.В. Лопатина и др.). Автор многих методических пособий Н.В. Нищева предлагает проводить гимнастику в веселых стихах с помощью животных [48]. Интересные истории о Язычке предлагает Е.М. Косинова [42]. Интерактивные упражнения представлены в пособии О.И. Крупенчук.

На современном этапе используются компьютерные технологии [77] для проведения артикуляционной гимнастики, которые делают процесс коррекции увлекательным и интересным для ребенка («Игры для Тигры», «Говори правильно» и др.).

Необходимо обращать внимание на качество выполнения упражнений, но одной из самых важных рекомендаций (по утверждению большинства авторов) является ежедневное многократное выполнение комплекса упражнений [37].

II. Основной этап – формирование первичных произносительных умений.

Цель: постановка и автоматизация звуков, введение звуков в речь.

Содержание коррекционной работы:

1. Формирование артикуляционного уклада звука / постановка звука.

При постановке звуков у ребенка с дизартрией начинать работу целесообразно над теми звуками, к которым более подготовлен артикуляционный аппарат. У многих детей вначале легче осуществляется постановка и дальнейшая автоматизация звуков позднего онтогенеза, например шипящих или сонорных. При этом свистящие звуки будут корригироваться позже, после «созревания» дорсальной позиции, являющейся часто для детей с дизартрией одной из самых трудных [36].

2. Автоматизация звука по основным направлениям:

– изолированно;

- в слогах (открытых, закрытых, со стечением согласных);
- в словах (в начале, в конце, в середине, односложных, двусложных и т.д.);
- во фразе, в предложениях и текстах, в стихах;
- в спонтанной речи.

Автоматизация вызванного звука – наиболее сложное направление на втором этапе. Все авторы отмечают, что нарушения звукопроизношения при дизартрии стойкие и с трудом поддаются коррекции, именно поэтому закрепление появившихся звуков рекомендуют начинать на материале в позиции закрытого слога, затем открытого. Это объясняется тем, что в закрытой позиции, с одной стороны, ребенку легче переключить артикуляционные уклады, с другой стороны, опознать нужную фонему (кроме звонких звуков).

Далее звук вводится в слова различной слоговой структуры разной позиции: в начале, в конце, в середине слова [72]. Затем идет этап автоматизации во фразе и предложении на разном речевом материале. К примеру, А.И. Богомолова, в качестве материала для речевых упражнений, рекомендует использовать произведения Л.Н. Толстого, С.Я Маршака, А.Л. Барто, К. И. Чуковского и других авторов.

3. Дифференциация звука от сходного по звучанию, от смешиваемого. После автоматизации нужно отработать умение различать смешиваемые звуки (если дефектные звуки заменялись другими, похожими по звучанию или более легкими по артикуляции) в определенной последовательности: дифференциация на слух; дифференциация артикуляции изолированных звуков; произносительная дифференциация на уровне слогов, слов.

III этап – формирование коммуникативных умений и навыков.

Цель: введение сформированных речевых навыков в спонтанную речь.

Содержание работы:

- формирование у ребенка навыков самоконтроля;

- введение звука в речь в различных ситуациях и на различном речевом материале (в процессе развития лексики, грамматического строя речи, связной речи);
- предупреждение вторичных нарушений в письменной речи (в процессе подготовки к обучению грамоте).

Спецификой данного этапа является включение в лексический материал просодических средств: различной интонации, модуляция голоса по высоте и силе, изменение темпа и тембра голоса, определения логического ударения, соблюдение пауз.

Часто на этом этапе логопеды «отпускают» ребенка, полагая, что звуки прошли процесс автоматизации. Не все специалисты учитывают эффект «кабинетной речи», когда ребенок в специальных условиях произносит звук правильно, а в свободной речи, вне занятий, звук «теряется».

На этом этапе большую роль играет сформированность произвольного внимания. Волевым, произвольным или осознанным является внимание, которое возникает при сознательной постановке цели и задачи. Когда ребёнок осознает, что перед ним стоит определенная цель, тогда у него появляется произвольное внимание [13]. При недостаточности аналитико–синтетической деятельности мозга, нарушении внимания ребенок не сравнивает свое дефектное звукопроизношение с правильным, у него отсутствует контроль за своей речью [69].

На этом этапе работы с дошкольниками используются различные игры и игровые приемы для концентрации у ребенка внимания к своему произношению [74]. Поощрение и стимулы помогают обращать внимание на звукопроизношение и контролировать речь. Работать с ребенком на этом этапе целесообразно в подгрупповой форме (по 2–3 ребенка), тогда процесс введения в речь звуков будет более увлекательным и плодотворным.

Выводы по главе 1

Рассмотрев современное состояние проблемы диагностики и коррекции нарушений звукопроизношения у дошкольников с дизартрией в логопедической и психолого–педагогической литературе, мы можем сделать следующие выводы.

Процесс формирования речевой деятельности и усвоения системы родного языка, представленный в периодизации «речевого онтогенеза», происходит в 4 этапа:

- 1 период – подготовительный (от рождения до года);
- 2 период – преддошкольный (от 1 года до 3 лет);
- 3 период – дошкольный (от 3 до 7 лет);
- 4 период – школьный (от 7 до 17 лет).

Формирование звукопроизношения у ребенка заканчивается к 5 годам. В этом возрасте ребёнок уже умеет четко воспринимать и дифференцировать звуки речи на слух, владеет правильным грамматическим оформлением своего высказывания.

Несформированность звукопроизношения к концу дошкольного периода говорит о наличии речевой патологии у ребенка. На современном этапе выделяют специфические расстройства развития речи, при которых речь страдает на ранних этапах развития, и одним из них считается дизартрия.

Дизартрия – это нарушения звукопроизношения и просодики, обусловленные недостаточностью иннервации мышц речевого аппарата.

У всех детей с дизартрией поражаются двигательные механизмы речи, вследствие чего нарушается работа органов артикуляции.

Мы рассмотрели формы дизартрии по этиопатогенетической классификации М.С. Маргулиса (1926). Изучив логопедическую классификацию дизартрии, которая основана на принципе понятности речи

для окружающих, мы рассмотрели 4 степени тяжести нарушений речи у детей с дизартрией.

Подробно изучив синдром артикуляционных расстройств при дизартрии мы выделили специфические нарушения звукопроизношения:

- нарушения звукопроизношения стойкие, преодоление их длительное, требующее систематической работы, прерывание которой приводит к утрате приобретенных навыков;

- при большой речевой нагрузке звучание речи может ухудшаться;

- нарушения звукопроизношения ярче выражены в речевом потоке, чем при произношении отдельных слов;

- может быть нарушено произношение не только согласных, но и гласных звуков;

- звукопроизношение нарушается по типу искажения звуков;

- нарушения звукопроизношения сложные, полиморфные;

- автоматизация исправленных звуков затруднена, поставленный звук не всегда используется в свободной речи.

Особенности речедвигательного развития детей с дизартрией влияют на их психическое здоровье. При дизартрии могут быть нарушены и психические процессы (внимание, память, мышление).

При нарушениях внимания дошкольники быстро теряют интерес к речевой деятельности, часто отвлекаются от выполняемых упражнений, что вызывает трудности в автоматизации поставленных звуков и введения их в речь.

Проблема диагностики и коррекции нарушений звукопроизношения у дошкольников глубоко изучена и раскрыта в логопедической научной литературе многими авторами: Л.В. Лопатиной, Г.В. Чиркиной, Г.А. Каше, Е.Ф. Собонович, О.Н. Усановой и другими.

Нами были проанализированы методики диагностики нарушений звукопроизношения следующих авторов: Т.В. Ахутиной, Т.А. Фотековой,

А.М. Быховской, Н.А. Казовой, О.Б. Иншаковой, А.В. Мамаевой, Т.Б. Филичевой, О.И. Крупенчук и других.

В результате обследования логопед может проанализировать нарушения речи и наметить план наиболее эффективной помощи ребенку.

Логопедическое воздействие при дизартрии осуществляется последовательно и поэтапно. На каждом этапе работы решается определенная задача, подчиненная общей цели.

В многих научных разработках говорится, что учет нарушений внимания в работе с детьми с тяжелыми нарушениями речи, в том числе с дизартрией, ускоряет процесс коррекции. Но исследований в этом направлении недостаточно, поэтому существует проблема в определении содержания коррекционной работы с детьми с дизартрией с учетом нарушений внимания.

Анализируя литературные данные, мы увидели некоторое несоответствие: многие авторы указывают на нарушение внимания у детей с дизартрией и говорят о необходимости использования различных приемов в педагогической практике, но содержание логопедической работы по коррекции нарушений звукопроизношения с учетом нарушения внимания разработано недостаточно.

Таким образом, проблема коррекции нарушений звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с учетом нарушений внимания, приобретает особую актуальность.

ГЛАВА II. КОНСТАТИРУЮЩИЙ ЭКСПЕРИМЕНТ И ЕГО АНАЛИЗ

2.1. Организация и методики констатирующего эксперимента

Целью исследования на этапе констатирующего эксперимента стало выявление особенностей и уточнение механизмов нарушений звукопроизношения у детей 6–7 лет с дизартрией.

Экспериментальное исследование проводилось в январе 2021 года на базе муниципального бюджетного дошкольного образовательного учреждения (МБДОУ) города Саяногорска республики Хакасия.

В МБДОУ реализуются программы:

– Инновационная программа дошкольного образования «От рождения до школы» под редакцией Н.Е. Вераксы, Т.С. Комаровой, Э.М. Дорофеевой (для 218 детей).

– Адаптированная основная образовательная программа дошкольного образования для детей с тяжелыми нарушениями речи (для 58 детей) [66].

В данном учреждении функционирует 11 групп для детей с 2 до 7–8 лет, из них 5 групп для детей старшего дошкольного возраста: 1 группа компенсирующей направленности для детей 5–6 лет с тяжелыми нарушениями речи и 1 группа общеразвивающей направленности для детей 5–6 лет (старшие группы); 2 группы компенсирующей направленности для детей 6–7 лет с тяжелыми нарушениями речи и 1 группа общеразвивающей направленности для детей 6–7 лет (подготовительные к школе группы). Группы компенсирующей направленности комплектуются детьми с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) (тяжелые нарушения речи), имеющими заключение территориальной медико-психолого-педагогической комиссии (далее ПМПК). Воспитанники этих групп обучаются по АООП ДО для детей с ТНР [66].

В группах компенсирующей направленности кроме воспитателей, музыкальных руководителей и инструкторов по физической культуре работают учителя–логопеды и педагог–психолог.

В констатирующем эксперименте участвовало 2 группы детей: контрольная и экспериментальная (Приложение А).

При отборе детей мы руководствовались следующими критериями:

1. Возраст детей (6–7 лет, подготовительные к школе группы).
2. Дети экспериментальной группы обучаются по АООП для детей с тяжелыми нарушениями речи и имеют в заключении дизартрию.
3. Дети контрольной группы не имеют нарушений речи.

В экспериментальную группу вошли 20 детей двух подготовительных к школе групп компенсирующей направленности в возрасте 6–7 лет (Приложение А, таблица №1). Из них 65% мальчиков (13 детей), 35% девочек (7 детей).

Мы изучили педагогическую и медицинскую документацию, провели наблюдение за детьми, беседу с педагогами и получили следующие сведения.

Все дети данной группы (100%) второй год обучаются в группе компенсирующей направленности для детей с ТНР, имеют в заключении ПМПК дизартрию. Форма дизартрии не указана, но указана степень тяжести: 10% (2 детей) – дизартрия, 55% (11 детей) – дизартрия средней степени тяжести, 35% (7детей) – минимальные дизартрические расстройства. Форма дизартрии не уточнена неврологом у 100% детей.

У всех детей в анамнезе были выявлены осложнения в пренатальном, натальном либо в раннем постнатальном периоде (Приложение А, таблица №1).

У 100% детей нарушения зрения и слуха не выявлены, интеллект сохранен.

В заключениях территориальной ПМПК у всех детей экспериментальной группы выявлено ОНР (общее недоразвитие речи). По заключению логопеда ДООУ на момент поступления у 75% участников (15 детей) ОНР III уровня, у 20% (4 детей) ОНР II уровня, у 5% (1 ребенка) ОНР I уровня. На момент проведения эксперимента уровень ОНР у всех детей стал

выше: у 75% детей (15 человек) ОНР IV уровня, у 25% (5 детей) ОНР III уровня.

По данным педагога–психолога у 100% участников наблюдаются нарушения психических процессов:

- нарушение внимание у 80% участников эксперимента (16 детей);
- нарушение памяти у 45% (9 детей);
- несформированность логического мышления у 15% (3 детей);
- несформированность функций самоконтроля у 65% (13детей).

У детей экспериментальной группы наблюдается снижение уровня работоспособности, быстрая утомляемость. У 20% участников эксперимента (4 ребенка) отмечена эмоциональная неустойчивость: быстрая смена настроения, раздражительность, возбудимость. На момент обследования 10% детей (2 ребенка) были беспокойны, склонны к раздражительности.

В контрольную группу вошли 10 детей 6–7 лет одной подготовительной к школе группы общеразвивающей направленности (Приложение А, таблица №2). Из них 60% девочек (6 детей), 40% мальчиков (4 ребенка).

У 100% детей контрольной группы звукопроизношение не нарушено.

На основе наблюдений за детьми, беседы с педагогами группы, изучении педагогической документации мы получили следующие данные.

У 100% детей сведения об отклонениях в развитии в пренатальном, натальном и постнатальном периоде отсутствуют. Психомоторное развитие соответствует возрастной норме. Все дети легко идут на контакт, поддерживают диалог. Все дети достаточно активны, с программой подготовительной группы справляются.

По сведениям педагога–психолога у 30% детей (3 ребенка) нарушение произвольной памяти, у 30% (3 ребенка) недостаточно развито произвольное внимание. У 40% детей (4 ребенка) проявляется возбудимость, несдержанность в суждениях.

Контрольная группа необходима для сравнительной характеристики особенностей звукопроизношения у детей с дизартрией и нормой речевого развития.

Во время проведения констатирующего эксперимента применялись общепринятые в логопедии методы и приемы обследования артикуляционного аппарата и звукопроизношения, методы диагностики внимания:

- для обследования особенностей подвижности артикуляционного аппарата использовались методики А.М. Быховской, Н.А. Казовой, Н.М. Трубниковой;
- для обследования звукопроизношения пользовались общепринятыми в логопедии методиками (Н.С. Жуковой, Е.М. Мастюковой, Л.В. Лопатиной, Н.В. Серебряковой, Т.А.Ткаченко, Т.Б. Филичевой, и др.), адаптированным стимульным материалом О.Б. Иншаковой и бальной системой Т.В. Ахутиной и Т.А. Фотековой;
- для обследования внимания использовались методики Л.С. Цветковой, Н. Семаго, Г.А. Волковой.

Авторский вклад заключается в составлении схемы исследования, подборе диагностических методик, адаптации стимульного материала с учетом задач эксперимента и особенностью его участников.

Содержание констатирующего эксперимента представлено в схеме (рисунок 2).

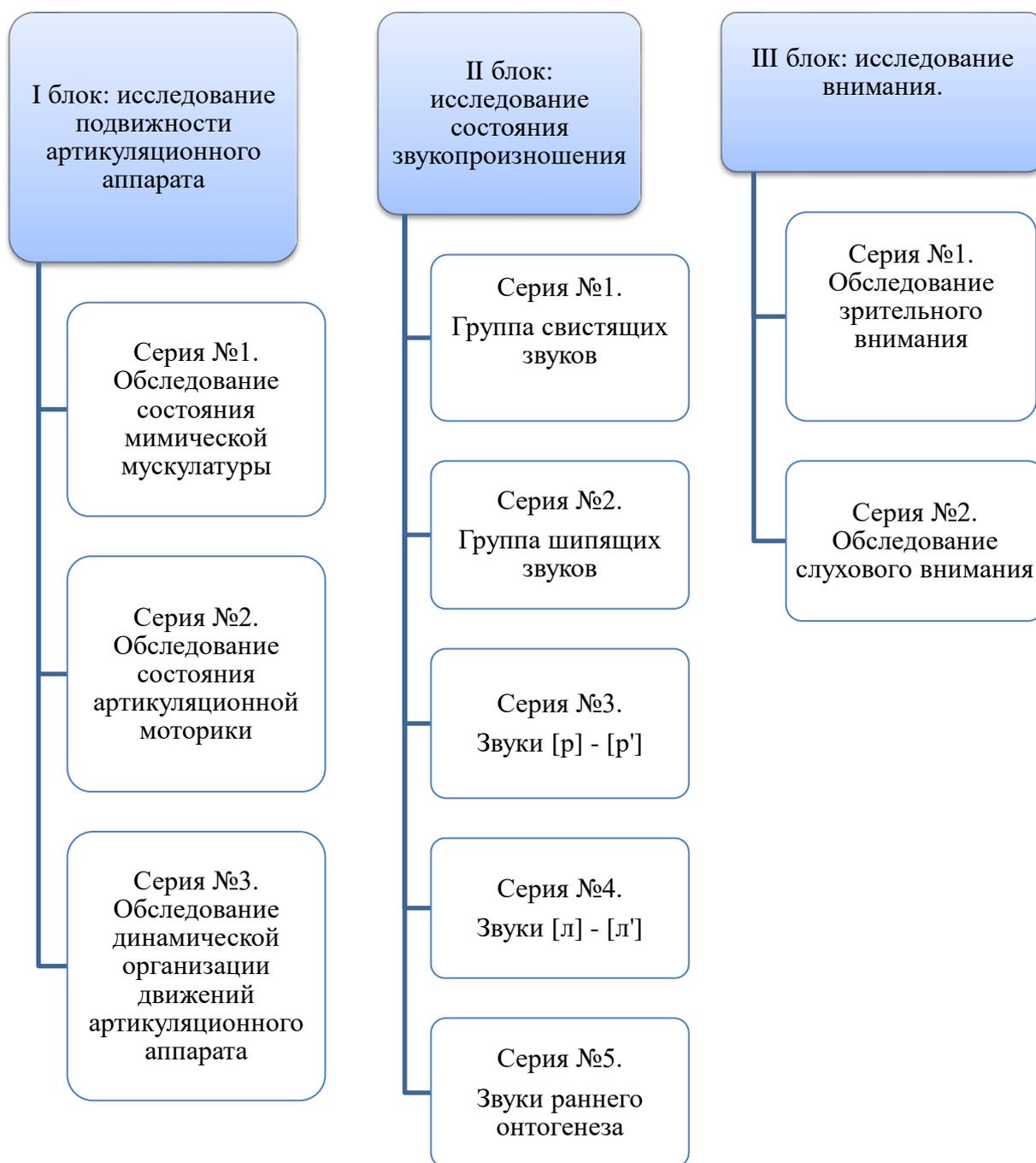


Рисунок 2 – Схема обследования детей на этапе констатирующего эксперимента

Констатирующий эксперимент состоит из трех блоков:

I блок – исследование состояния подвижности артикуляционного аппарата у детей 6–7 лет;

II блок – исследование состояния звукопроизношения у детей 6–7 лет;

III блок – исследование состояния внимания у детей 6–7 лет.

I блок – исследование подвижности артикуляционного аппарата.

Задача: оценить состояние подвижности артикуляционного аппарата у детей 6–7 лет экспериментальной и контрольной группы.

Методика: использовались общепринятые методы обследования в логопедии, интерпретация проб в каждой серии заданий взята из методики А.М. Быховской, Н.А. Казовой «Количественный мониторинг общего и речевого развития детей с ОНР» [16], методики Н.М. Трубниковой «Структура и содержание речевой карты» [79].

По I блоку использовалось 3 серии заданий:

Серия №1. Обследование состояния мимической мускулатуры.

Задача: выявить объем и точность движений, наличие синкинезий, определить мышечный тонус.

Серия состоит из 8 проб (для глаз, бровей, щек).

Серия №2. Обследование состояния артикуляционной моторики.

Задача: выявить отсутствие либо наличие нарушений в движениях нижней челюсти, губ, языка, мягкого неба, точность движений, мышечный тонус, способность к переключаемости, наличие саливации, гиперкинезов.

В серию входит 16 проб: 2 для нижней челюсти, 6 для губ, 7 для языка.

Серия №3. Обследование динамической организации движений органов артикуляционного аппарата.

Задача: выявить уровень подвижности органов артикуляционного аппарата, способность к переключаемости.

Серия состоит из 6 динамических проб.

Подробное описание процедуры обследования по I блоку, заданий по каждой серии представлено в приложении (Приложение Б).

Оценка результатов: использовалась бальная оценка, разработанная А.М. Быховской, Н.А. Казовой. Каждая проба оценивалась отдельно по шкале от 0 до 3 баллов (Приложение Б).

II блок: исследование состояния звукопроизношения.

Задача: оценить состояние звукопроизношения у детей 6–7 лет экспериментальной и контрольной группы.

Методика. Исследование звукопроизношения проводилось по общепринятым в логопедии методикам (Н.С. Жуковой, Е.М. Мастюковой, Л.В. Лопатиной, Н.В. Серебряковой, Т.А. Ткаченко, Т.Б. Филичевой, Г.В. Чиркиной, О.И. Крупенчук и др.), использовался адаптированный стимульный материал О.Б. Иншаковой [35] и бальная система Т.В. Ахутиной и Т.А. Фотековой [10].

Авторами предлагалось наиболее часто подвергающиеся нарушению звуки условно разделить на 5 групп:

- группа свистящих звуков: с, съ, з, зь, ц;
- группа шипящих звуков: ш, ж, ч, щ;
- звуки л, ль;
- звуки р, рь;
- звуки раннего онтогенеза г, к, х, б, д, н, й.

Стимульный картинный материал для обследования каждой группы звуков (Приложение II) был адаптирован с целью доступности для современных детей (использовались картинки, с наиболее знакомыми детям изображениями).

Оценка результатов: использовалась бальная оценка, разработанная Т.В. Ахутиной и Т.А. Фотековой. Мы адаптировали методику, дополнив еще один критерий оценки: звуки не всегда используются ребенком в свободной речи (не введены в речь). Правильное и нарушенное произношение звуков оценивалось по шкале от 0 до 4 баллов за каждую группу звуков (Приложение В).

III блок: исследование внимания.

Задача: оценить состояние внимания у детей 6–7 лет экспериментальной и контрольной группы.

Исследование внимания состояло из 2 серий: обследование зрительного произвольного внимания и обследование слухового произвольного внимания.

Методика. Для исследования произвольного зрительного внимания мы использовали методику Н.Н. Семаго, М.Я. Семаго «Шифровка» (адаптированную авторами для дошкольников методику «Проставь значки» Пьерона–Рузера) [62]. Для исследования произвольного слухового внимания были использованы задания нейропсихологической методики Л.С. Цветковой [69] и методика исследования слухового внимания Г.А. Волковой [21].

Серия №1. Обследование произвольного зрительного внимания.

Задача: оценка возможностей распределения и переключения внимания, работоспособности, темпа и целенаправленности деятельности.

Обследование по этой серии проводится со всеми детьми одновременно. Детям выдаются бланки для самостоятельного заполнения геометрических фигур различными знаками. По окончании 2 минут бланки собираются и оцениваются (Приложение М). Максимальное количество баллов за серию – 4 балла.

Серия №2. Обследование произвольного слухового внимания.

Задача: оценка устойчивости и способности к сосредоточению слухового внимания.

Задание 1. Исследование устойчивости слухового внимания.

Ребенку предлагалось прослушать серию ритмов и повторить.

Задание 2. Исследование способности к сосредоточению слухового внимания.

Мы демонстрировали ребенку звучание различных предметов (колокольчик, листы бумаги, карандаш, ножницы, ключи). Затем закрывали

руки ширмой, воспроизводили звучание одного из предметов. Ребенку предлагалось определить, какой звук слышится из-за ширмы.

Оценка результатов: использовалась бальная оценка результатов, предложенная авторами методик. Баллы присваивались за выполнение каждого задания в каждой серии по шкале от 0 до 4. Затем количество баллов суммировалось и переводилось в процентное соотношение (Приложение Д). Максимальное количество баллов за серию – 12 баллов.

2.2. Анализ результатов констатирующего эксперимента

Нами был проведен количественный и качественный анализ результатов обследования каждого блока и каждой серии заданий констатирующего эксперимента.

Баллы по каждой серии заданий в каждом блоке суммировались и переводились в процентное соотношение. Процентное выражение по каждой серии каждого блока соотносится с одним из четырех условно выделенных нами уровней успешности:

85–100% успешности – уровень выше среднего (ВС),

65–84% успешности – средний уровень (С),

45–64% успешности – уровень ниже среднего (НС),

0–44 % успешности – низкий уровень (Н).

Обратимся к анализу результатов по 1 блоку.

Результаты обследования 1 серии 1 блока: обследование состояния мимической мускулатуры (Приложение Б, протоколы №1, №1.1, рисунок 3).

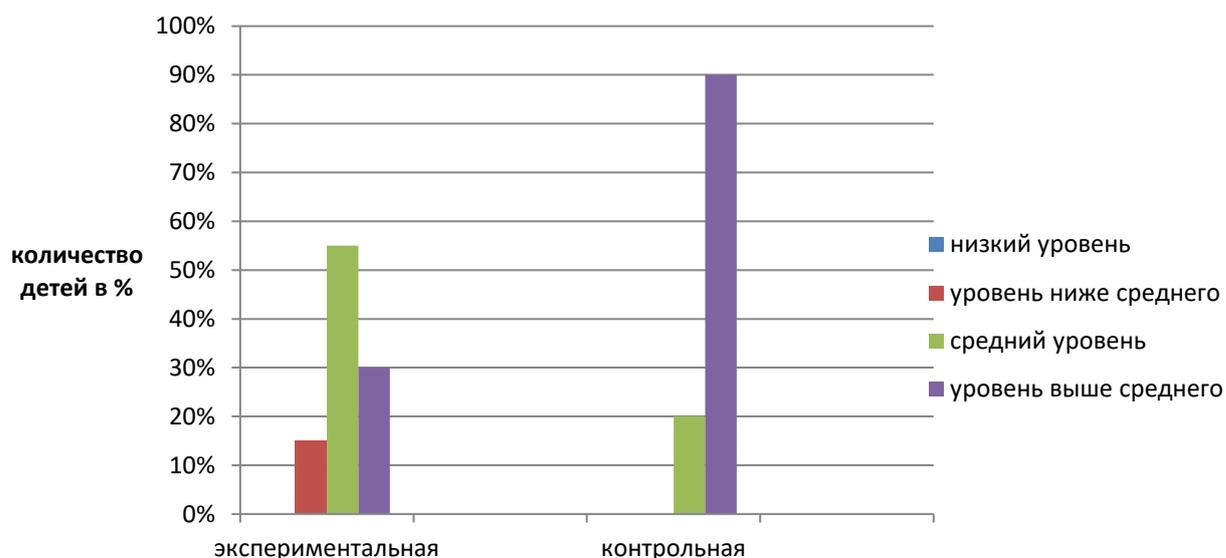


Рисунок 3 – Уровни сформированности мимической мускулатуры (%)

Сравнивая показатели двух групп – контрольной и экспериментальной – мы увидели, что у участников контрольной группы результаты гораздо выше. В контрольной группе преобладает уровень выше среднего, что продемонстрировали 80% детей (8 человек), тогда как в экспериментальной группе всего 30% участников (6 человек) показали высокие результаты. Средний уровень успешности показали 20% детей (2 ребенка) контрольной группы и большинство участников экспериментальной группы – 55% детей (11 человек). Участники контрольной группы не показали результатов среднего и ниже среднего уровней, а вот дети экспериментальной группы в 15% случаев (3 ребенка) оказались на уровне ниже среднего.

Качественный анализ всех 8 проб серии №1 показал, что наибольшие трудности у участников обеих групп возникли в задании «закрой левый глаз» и «закрой правый глаз». Но если в контрольной группе не смогли закрыть левый глаз 10% детей (1 ребенок), то в экспериментальной группе 10% (2 детей) не смогли закрыть левый глаз и 5% (1 ребенок) – правый глаз. При выполнении этих заданий у 55% (11 детей) экспериментальной группы проявились синкинезии (пальцев рук, наклоны головы, поднятие

соответствующего уголка рта) и 10% (1 ребенок) контрольной группы «помогали себе» наклоном головы и подниманием уголка рта.

Значительные проблемы возникли при надувании одной щеки. В экспериментальной группе не удалось выполнить упражнение 10% участников (2 детям) (один ребенок пытался выполнить движение языком), у 25% (5 детей) проявлялись синкинезии (сопутствующие движения пальцев рук, головы).

Прищурить глаза удалось всем детям. У 60% участников (12 детей) экспериментальной группы движения были не точные, недостаточно сильные, 5% (1 ребенок) испытывали значительные трудности (пытался помочь себе руками). В контрольной группе у 50% участников (5 детей) движения были не в полном объеме.

Мимическая мускулатура бровной части лица недостаточно активна у 10% участников (2 детей) экспериментальной группы, что проявилось в недостаточном объеме движений при поднятии и нахмурировании бровей, еще 15% (3 ребенка) затруднялись нахмурить брови.

Мускулатура щек страдает меньше всего, надуть обе щеки смогли все дети, а 5% участников (1 ребенок) при втягивании щек затруднялись, что проявлялось в недостаточном объеме движений, задержке дыхания и сопутствующих движениях пальцев рук.

Сравнив результаты выполнения проб по серии №1 мы пришли к выводам:

- наибольшие трудности вызвало выполнение пробы «закрой левый/правый глаз», у нескольких детей экспериментальной группы все попытки были неудачными;
- у детей экспериментальной группы возникли сложности в поочередном надувании щек, хотя задание надуть обе щеки не вызвало проблем;
- небольшие трудности возникли с нахмурированием и подниманием бровей.

Это говорит о том, что мимическая мускулатура недостаточно развита у детей экспериментальной группы, особенно страдают мышцы области лба

(лобная мышца, мышца гордецов и мышца, сморщивающая бровь), глаз (круговая мышца глаз), выражен пониженный тонус щек (жевательная мышца), что свойственно детям с дизартрией разной степени тяжести. У детей контрольной группы некоторые движения мимической мускулатуры были недостаточно точными, но в большинстве случаев дети успешно справились.

Результаты обследования состояния артикуляционной моторики представлены в приложении (Приложение Б, протоколы №2, №2.1) и в гистограмме (рисунок 4).

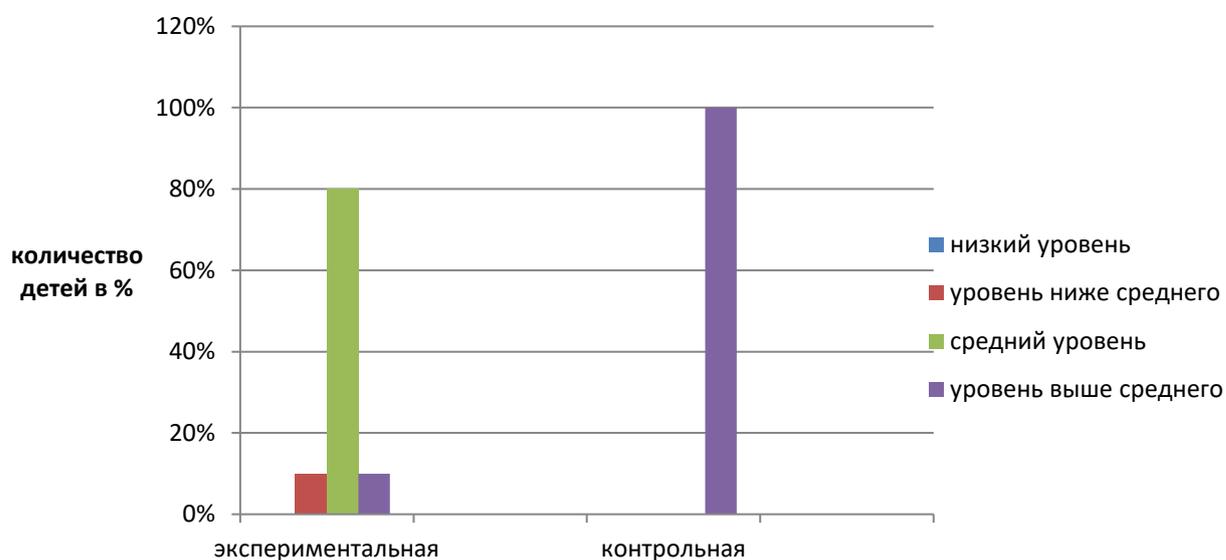


Рисунок 4 – Уровни сформированности артикуляционной моторики у детей экспериментальной и контрольной группы (%)

Из данных гистограммы видно, что уровень выше среднего продемонстрировали 100% детей (10 человек) контрольной группы (норма звукопроизношения).

В экспериментальной группе уровень выше среднего у 10% детей (2 ребенка). У этих детей наблюдались минимальные проявления дизартрии, которые были успешно скорректированы на логопедических занятиях. Средний уровень показали 80% (16 детей), которые набрали от 31 до 40 баллов из 48, что составляет от 68% до 83% от максимальной суммы, из них

у 60% (14 детей) – дизартрия средней степени тяжести и у 5% (1 ребенка) – дизартрия. Уровень ниже среднего показали 10% участников (2 детей), набрав 24–25 баллов, из них у 5% (1 ребенка) – дизартрия, у 5% (1 ребенка) – дизартрия средней степени тяжести.

Качественный анализ всех (16) проб второй серии (Приложение Б) показал, что у детей обеих групп лучше всего сформирована моторика нижней челюсти и мягкого неба. В контрольной группе все дети успешно справились с заданием, а в экспериментальной группе у 5% детей (1 ребенок) при движении челюсти вправо-влево проявлялись сопутствующие движения головой при многократных повторях (произвольно не смог контролировать себя), у 20% (4 детей) движения были не в полном объеме, вялые. С пробой «зевнуть» справились все дети обеих групп.

При выполнении проб для обследования состояния моторики губ самым сложным движением оказалась проба «подними верхнюю губу». В контрольной группе безошибочно движение выполнил 10% участников (1 ребенок), у остальных детей движения были недостаточно точные. В экспериментальной группе движение не удалось выполнить 35% участников (7 детям): 10% (2 детей) заменяли движение на более легкое «улыбка», 15% (3 ребенка) пытались тянуть обе губы вперед, 5% (1 ребенок) не смог поднять губу (выражен гипотонус губ – при движении были наполовину видны верхние зубы), 5% (1 ребенок) пытался помочь пальцами (без пальцев отказался выполнять упражнение). У 8 детей движения были не в полном объеме и проявлялись синкинезии: 15% участников (3 детей) сморщивали нос (т.е. в движении участвовали другие мышцы области щек), 10% (2 детей) поднимали одновременно голову и отклонялись назад, 10% (2 детей) могли поднять верхнюю губу только в сочетании с поднятием нижней. У 25% участников (5 детей) движения были не полные, не точные.

«Опустить нижнюю губу» безошибочно удалось 30% участникам (3 детям) контрольной группы, у остальных детей движение было совершенно недостаточно точно. В экспериментальной группе эта проба была выполнена

15% участников (3 детьми), у 75% (15 детей) движение было не полным, у 10% участников (2 детей) при опускании нижней губы тянулась вниз и верхняя.

В пробе «окошечко» у 20% (2 детей) контрольной группы движение было не в полном объеме (эти же дети затруднялись в поочередном движении губами), а остальные дети легко справились с заданием. В экспериментальной группе «окошечко» выполнили 40% (8 детей): у 20% (4ребенка) из них проявлялись синкинезии при «поднимании верхней губы» и у 20% (4ребенка) движения были недостаточно точные, у 30% (6 детей из 8) движения были не в полном объеме при «опускании нижней губы».

В пробах «улыбка», «трубочка», «улыбка – трубочка» дети контрольной группы не испытывали трудностей, так же, как и 45% (9 детей) в экспериментальной группе. У 5% участников (1 ребенок) во всех трех пробах движения были не в полном объеме, вялые, проявлялись синкинезии (гипотонус губ). У 5% детей (1 человек) движения были неточные, затруднялся в переключении с одной позы на другую. Эти 10% детей (2 ребенка) испытывали трудности во всех пробах для губ. У 25% (5 детей) возникли трудности в переключении движений в пробе «улыбка–трубочка», у 10% участников (2 ребенка) проявлялись синкинезии, еще у 10% человек (2 ребенка) движения в 2 пробах были выполнены не в полном объеме.

В пробах для исследования состояния мышечного тонуса языка дети контрольной группы из 7 проб испытывали трудности в упражнениях «жало», «лопата», «качели», т.е. затруднялись в переключении движений языком с одной позы на другую, некоторые из них стеснялись показывать язык. В остальных пробах движения выполняли правильно 90% участников (9 детей), а у 10% (1 ребенка) движения были недостаточно точные в упражнениях «чашечка» и «вкусное варенье».

В экспериментальной группе удачным для 90% участников (18 детей) было упражнение «маятник», а 10% (2 ребенка) испытывали трудности в выполнении всех 7 проб для языка. С упражнением «вкусное варенье» не

справилось 5% детей (1 ребенок), тонус языка повышен, особенно в динамических упражнениях. Это движение очень слабо выполнили еще 40% (8 детей) экспериментальной группы, чаще всего дети облизывали верхнюю губу, а нижнюю не получалось. Остальные дети с заданием справились, но у 40% из них (8 детей) движения были не в полном объеме.

Некоторые участники экспериментальной группы выполняли упражнения «жало» и «лопата» с небольшими ошибками, а переключить движения языка из положения «лопаты» в положение «жало» вызывало значительные трудности. С этими упражнениями справились 15% участников (3 ребенка), у 5% (1 ребенка) безошибочно получились изолированные упражнения, а в динамике движения были не в полном объеме. У 30% (6 детей) в упражнении «лопата» язык не удерживался в спокойном состоянии. У 45% (9 участников) в динамике проявлялись синкинезии, объем был не полный.

Обобщение данных серии №2 позволяет нам говорить о том, что у детей контрольной группы состояние артикуляционной моторики находится в лучшем состоянии по сравнению с детьми экспериментальной группы. У детей экспериментальной группы наиболее страдает моторика мышц языка и губ. Самыми сложными для детей с дизартрией оказались пробы «подними верхнюю губу», «лопата – жало», «вкусное варенье», что говорит о нарушении тонуса мышц языка и губ.

Результаты обследования динамической организации движений артикуляционного аппарата у детей контрольной и экспериментальной группы можно увидеть в таблицах протоколов (Приложении Б, протокол №3, №3.1) и в гистограмме (рисунок 5).

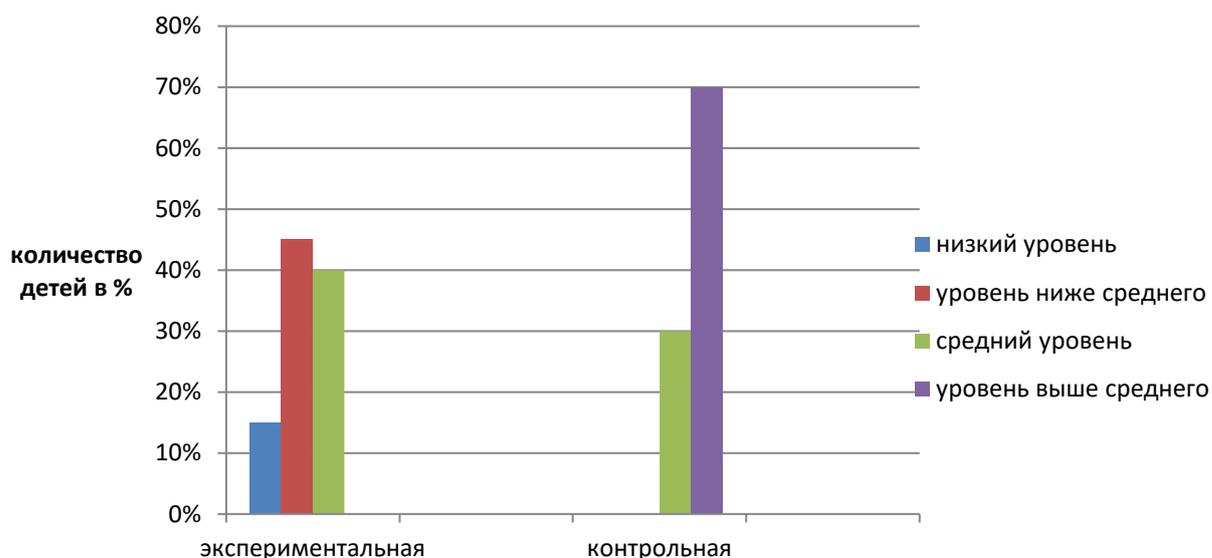


Рисунок 5 – Уровни сформированности динамической организации движений артикуляционного аппарата у детей экспериментальной и контрольной группы (%)

Из данных гистограммы видно, что у 70% детей (7 участников) контрольной группы динамическая организация движений артикуляционного аппарата на уровне успешности выше среднего, а у детей экспериментальной группы никто не справился с пробами на высоком уровне. На среднем уровне в контрольной группе оказалось 30% участников (3 ребенка), а в экспериментальной группе 40% участников (8 детей). В экспериментальной группе дети показали уровень ниже среднего в 45% случаев (9 детей) и низкий уровень в 15% случаев (3 ребенка), тогда как в контрольной группе нет детей на этих уровнях успешности.

Проведем качественный анализ результатов выполнения проб серии №3 «Динамическая организация движений артикуляционного аппарата». Из результатов (Приложение Б) видно, что меньше всего трудностей у детей обеих групп вызвало выполнение 3 и 6 проб этой серии: все дети контрольной группы справились с заданиями, 5% участников (1 ребенок) с нарушением речи не смогли с 1 попытки повторить звуковой и слоговой ряд и поменял местами звуки второй цепочки и еще 20% участников (4 детям)

этой группы понадобился повтор в 6 пробе; в 3 пробе у 35% (7 детей) экспериментальной группы объем движений был не достаточно полным.

С первой пробой не справились 5% участников (1 ребенок) экспериментальной группы: когда убирал язык за нижние зубы автоматически закрывал рот. Самыми сложными для детей с дизартрией оказались пробы 4 и 5 – динамические движения языка: два ребенка не справились с обоими заданиями (дотрагивались кончиком языка либо до губ, либо до зубов), 25% (5 детей) не выполнили пробу 4 (у этих же детей во время пробы 5 проявлялись сопутствующие движения губ, головы, плечей), еще 15% (3 ребенка) не выполнили пробу 5 («чашечка» получалась во рту, за пределами ротовой полости дети не могли выполнить движение). Только у 20% (4 детей) из этой группы движения были неполными, у остальных проявились еще и сопутствующие движения.

Таким образом, по результатам анализа серии №3 можно сделать вывод:

- данная серия заданий оказалась самой сложной для детей экспериментальной и контрольной группы;
- самыми сложными для детей экспериментальной группы оказались задания на выявление особенностей динамической организации языка (пробы 4 и 5);
- динамические движения являются самыми трудными для детей с дизартрией.

Мы суммировали результаты всех серий первого блока «Обследование подвижности артикуляционного аппарата» у детей экспериментальной и контрольной группы. Результаты представлены в таблице (Приложение Б) и в гистограмме (рисунок б).

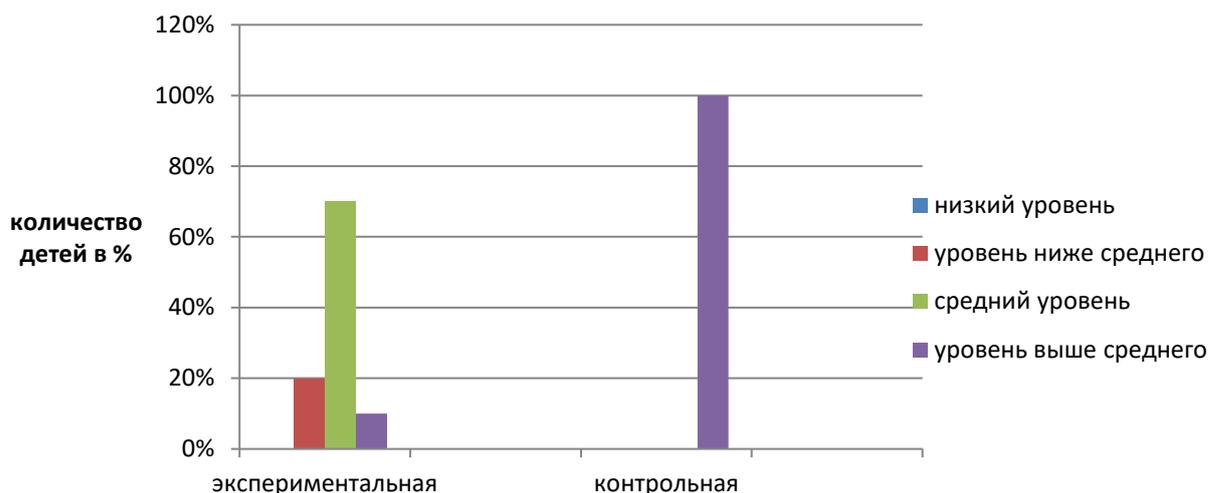


Рисунок 6 – Уровни сформированности подвижности артикуляционного аппарата у детей экспериментальной и контрольной группы (%)

Полученные данные говорят о том, что в контрольной группе у 100% детей (10 участников) с нормой речи уровень сформированности артикуляционного аппарата выше среднего. У детей экспериментальной группы преобладает средний уровень сформированности у 70% участников (14 детей), на уровне выше среднего 10% участников (2 ребенка) и 4 ребенка (20%) на уровне ниже среднего.

В контрольной группе у детей с нормой речи встречались единичные ошибки в выполнении заданий, но больше всего в серии №3.

В экспериментальной группе у детей с дизартрией встречались затруднения во всех сериях заданий, но больше всего ошибок было при выполнении заданий для динамических движений органов артикуляции и особенно заданий для моторики языка.

Сопоставляя полученные данные, мы пришли к выводу, что состояние артикуляционного аппарата у детей с дизартрией находится на более низком уровне сформированности в сравнении с детьми с нормой речевого развития.

Обратимся к анализу результатов второго блока констатирующего эксперимента. Данные обследования состояния звукопроизношения

представлены в таблице (Приложении В, протоколы №4 и №4.1) и в гистограмме (рисунок 7).

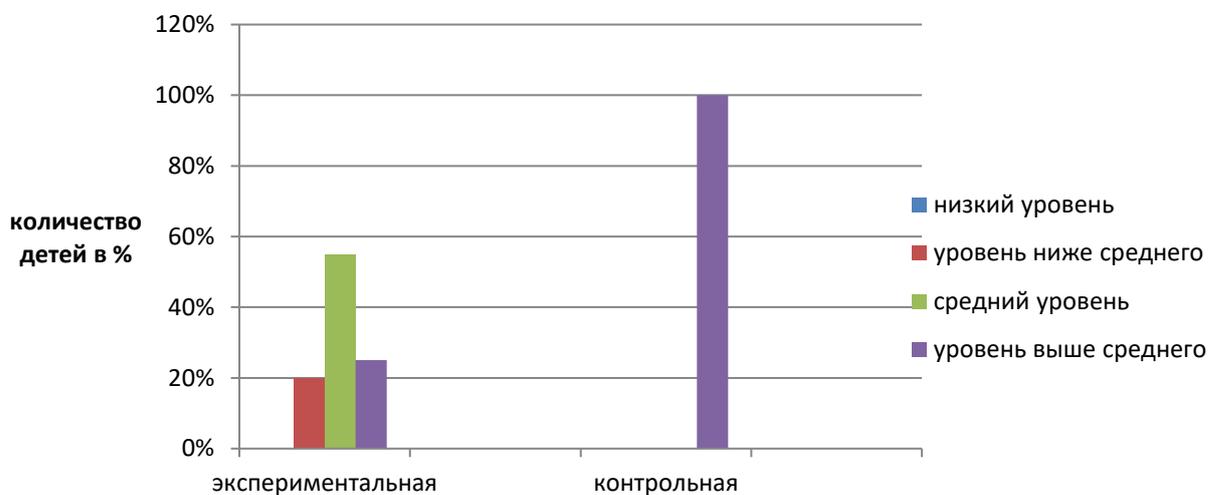


Рисунок 7 – Уровни сформированности звукопроизношения у детей экспериментальной и контрольной группы (%)

Из гистограммы видно, что у 100% детей (10 участников) контрольной группы звукопроизношение сформировано на уровне выше среднего.

В экспериментальной группе на этом уровне оказались 25% участников (5 детей). В этой группе преобладает средний уровень сформированности у 55% участников (11 детей), но также достаточно много участников эксперимента оказались на уровне ниже среднего – 20% (4 ребенка). Такие показатели объясняются тем, что дети в возрасте 6–7 лет второй год посещают компенсирующую группу для детей с ТНР и получают регулярную логопедическую помощь.

Обратимся к качественному анализу полученных данных. Для того, чтобы более подробно изучить характер нарушения звукопроизношения у детей экспериментальной группы, мы условно раздели наиболее часто подвергающиеся нарушению звуки на 5 групп:

- группа свистящих звуков: [с], [с’], [з], [з’], [ц];
- группа шипящих звуков: [ш], [ж], [ч’], [щ’];

- звуки [л], [л'];
- звуки [р], [р'];
- звуки раннего онтогенеза (рисунок 8).

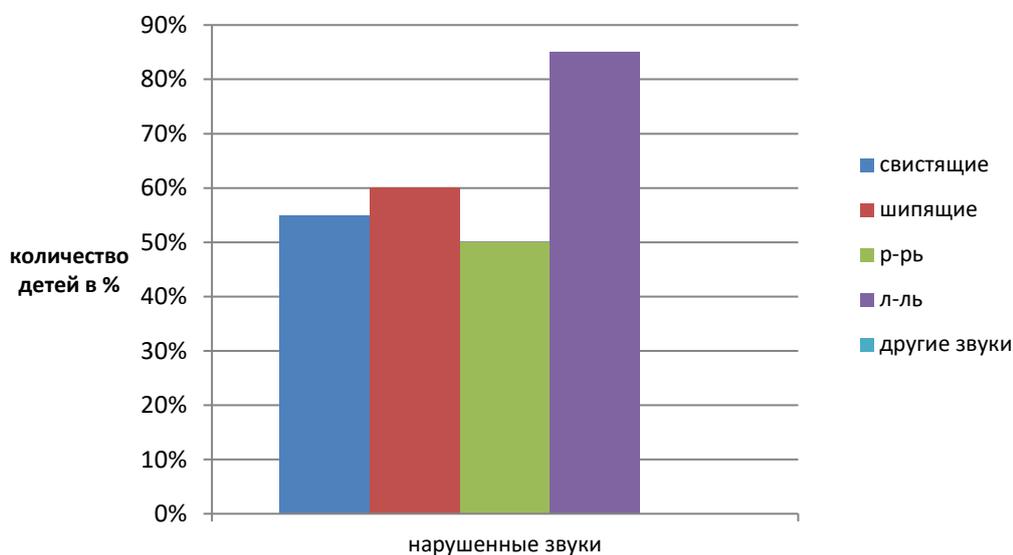


Рисунок 8 – Распределение детей экспериментальной группы в зависимости от нарушенных групп звуков (%)

Сопоставляя нарушенные группы звуков, мы пришли к выводу, что у большинства детей в 85% случаев (17 человек) нарушены звуки [л]–[л'] (рисунок 8). У 50% участников (10 детей) преобладает искажение звуков, а часть детей (7 участников) – заменяет: у 10% (2 детей) замена на гласный [л–ы краткий], у 20% (4 детей) замена – смешение [л–в, л'–в'], у 5% (1 ребенка) замена – смешение [л–р, л'–р']. Коррекционная работа над этими звуками ведется на этапе автоматизации со всеми детьми (рисунок 9): у 30% (6 детей) идет автоматизация в предложениях и словосочетаниях, у 10% (2 детей) в текстах и стихах, у 20% (4 детей) в словах разной слоговой структуры, у 25% (5 детей) звуки находятся в процессе введения в речь.

Группа свистящих звуков нарушена у 55% детей (11 человек): у многих детей наблюдается смягчение [с–с', з–з']. Коррекционная работа идет со всеми детьми: у 2 детей (10%) звуки только поставлены (дети произносят

их изолированно), у 40% (8 детей) звуки в процессе автоматизации, у 15% (3 детей) звуки в процессе введения в речь.

Группа шипящих звуков нарушена у 60% (12 детей). Коррекционная работа ведется со всеми детьми: у 10% (2 детей) есть только изолированное произнесение звуков, у 25% (5 детей) звуки в процессе автоматизации и дифференциации (в словосочетаниях и предложениях), у 35% (7 детей) – в процессе введения в речь.

Группа звуков [р-р'] нарушена у 50% участников (10 детей): у 20% (4 детей) увулярный ротацизм, у 10% (2 детей) замена [р-в], у 20% (4 детей) замена [р'-j]. Коррекционная работа ведется со всеми детьми: у 15% (3 ребенка) звуки в процессе постановки, 10% (2 ребенка) произносят твердый вариант изолированно (мягкий вариант произнести не могут), у 35% (7 детей) звуки в процессе автоматизации и дифференциации, у 15% (3 детей) – введение в речь.

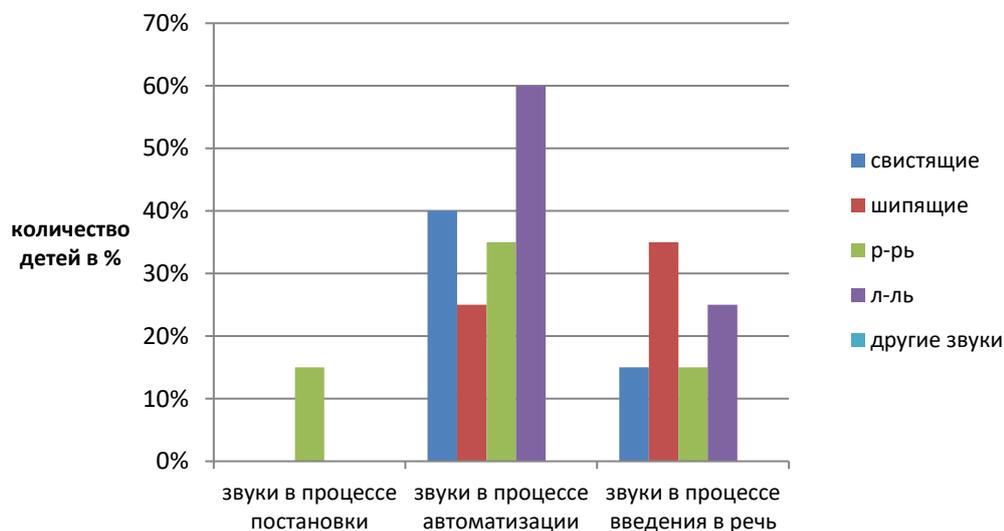


Рисунок 9 – Этапы логопедической работы по коррекции звукопроизношения у детей экспериментальной группы (%)

Группа звуков раннего онтогенеза не нарушена ни одного ребенка.

Из анализа результатов видно, что у всех детей есть нарушения звукопроизношения на этапе введения в речь. Большинство детей не используют в речи звуки [л]–[л`]. Мы предполагаем, что нарушение находится в прямой зависимости с нарушением внимания.

Сравнив результаты обследования звукопроизношения у детей экспериментальной и контрольной группы мы сделали следующие выводы:

– у детей контрольной группы звукопроизношение соответствует возрастной норме;

– у всех детей экспериментальной группы звукопроизношение нарушено (нарушения полиморфные, стойкие), у 25% участников (5 детей) уровень сформированности выше среднего (1–2 звука в процессе введения в речь);

– у детей с нарушением звукопроизношения, в большинстве случаев, ведется коррекционная работа по автоматизации звуков и формированию коммуникативных навыков.

Чтобы уточнить механизм нарушения звукопроизношения у детей экспериментальной группы мы сопоставили результаты обследования по 1 и 2 блоку эксперимента (таблица №3 и Приложение Г).

Таблица 3 – Сопоставление уровней сформированности подвижности артикуляционного аппарата и звукопроизношения у детей экспериментальной группы (%/человек).

Подвижность артик. аппарата Звукопроизношение	ВС	С	НС	Н
ВС	10/2	15/3		
С		50/10	5 /1	
НС		5 /1	15 /3	
Н				

В результате сопоставления нами выявлена тенденция к прямой зависимости между недостаточной сформированностью звукопроизношения и подвижностью артикуляционного аппарата у детей с дизартрией. У 75% участников (15 детей) произошло совпадение уровней успешности:

- выше среднего у 10% участников эксперимента (2 ребенка);
- средний уровень в 50% случаев (10 детей);
- ниже среднего у 15% участников эксперимента (3 ребенка).

Ближкие уровни сформированности в следующих случаях:

- у 15% участников (3 ребенка) уровень звукопроизношения выше среднего, а моторика артикуляционного аппарата на среднем уровне;
- у 5% детей (1 ребенок) уровень звукопроизношения средний, а моторика артикуляционного аппарата сформирована ниже среднего уровня.

Эти данные говорят о том, что у 15% участников (3 детей) несмотря на недостаточно сформированную подвижность артикуляционного аппарата нарушения звукопроизношения удастся скорректировать.

Ближкий уровень еще в 5% случаев (1 ребенок), однако, здесь мы видим, что уровень сформированности звукопроизношения ниже среднего уровня, а моторика артикуляционного аппарата на среднем уровне. Это говорит о том, что при достаточной сформированности артикуляционного аппарата не удастся преодолеть трудности звукопроизношения, и скорее всего, другие факторы влияют на процесс коррекции.

Обратимся к качественному анализу.

В 85% случаев (17 человек) нарушены звуки [л]–[л’], у этих детей недостаточно развита динамическая организация движений артикуляционного аппарата, переключаемость движений. Во всех случаях данные звуки находятся в процессе автоматизации, в 25% случаев (5 детей) – на этапе введения звуков в речь.

Группа свистящих звуков нарушена у 55% участников (11 детей). В 45% случаев (9 детей) артикуляционная моторика недостаточно развита, но

звуки находятся в процессе автоматизации (у 15% из них (3 ребенка) затруднения в процессе введения звуков в речь).

Группа шипящих звуков нарушена у 60% участников (12 детей), это обусловлено недостаточной точностью в выполнении упражнений «окошечко» (недостаточно подвижны мышцы губ), «чашечка» (движения языка недостаточно сформированы), но несмотря на недостаточную сформированность артикуляции в 25% приведенных случаев (5 детей) шипящие находятся в процессе автоматизации, а в 35% случаев (у 7 детей) на этапе введения в речь.

У 50% участников (10 детей) нарушена группа звуков [р-р'] и имеются трудности в выполнении упражнений «чашечка», «вкусное варенье», могут поднять язык вверх, но затрудняются в переключаемости «вниз – вверх». В 35% случаев из приведенных примеров (у 7 детей) нарушение данных звуков в процессе автоматизации, а в 15% случаев (3 ребенка) на этапе введения в речь.

Эти данные говорят о том, что у всех участников эксперимента проявляются нарушения подвижности артикуляционного аппарата, которые характерны для дизартрии, вследствие чего у всех участников эксперимента наблюдаются нарушения звукопроизношения. Но мы обратили внимание на особенность этих нарушений: многие нарушенные звуки находятся на этапе введения в речь. Этот факт дает нам право предположить, что нарушения звукопроизношения у детей с дизартрией могут быть связаны с нарушением внимания. Чтобы подтвердить или опровергнуть наше предположение мы обратимся к анализу 3 блока эксперимента.

Обратимся к анализу результатов III блока констатирующего эксперимента. Данные обследования состояния внимания представлены в таблице (Приложение Д, протоколы №5 и №5.1) и в гистограмме (рисунок 10).

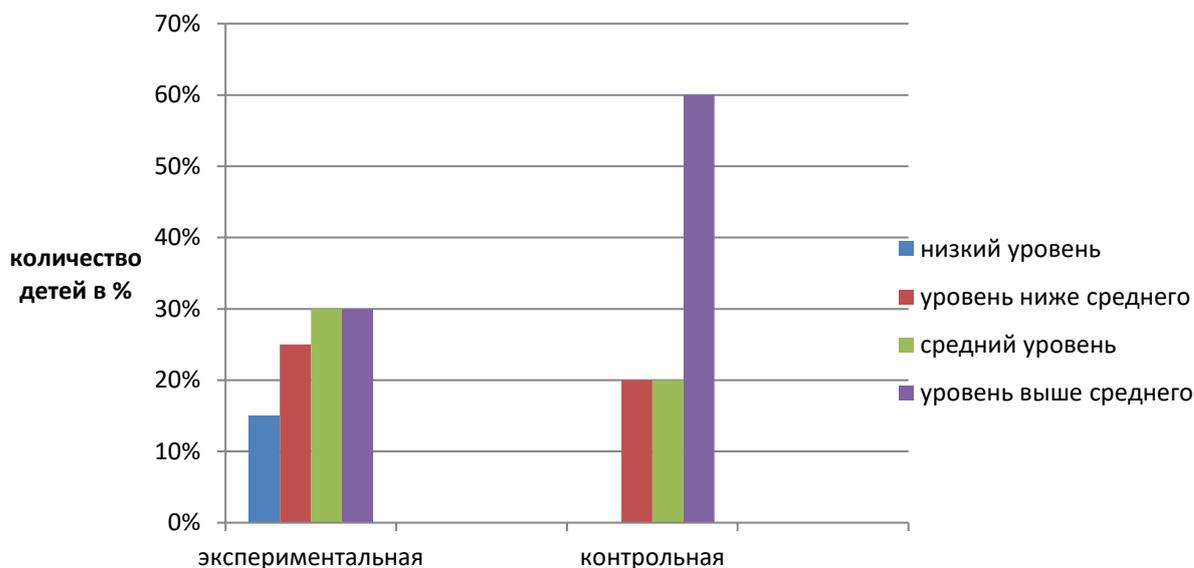


Рисунок 10 – Уровни сформированности внимания у детей экспериментальной и контрольной группы (%)

Из гистограммы видно, что у 60% детей (6 участников) контрольной группы внимание сформировано на уровне выше среднего. Средний уровень показали 20% участников (2 ребенка), такое же количество детей оказалось и на уровне ниже среднего – 20% участников.

В экспериментальной группе на высоком уровне оказались 30% участников (6 детей), на среднем уровне сформированности – 30%. У 25% (5 детей) внимание сформировано на уровне ниже среднего. Есть дети и с низкими показателями: 15% (3 ребенка) показали низкий уровень сформированности внимания.

При качественном рассмотрении результатов диагностики мы выявили:

1. Дети, показавшие уровень выше среднего, легко справились с заданием. Участники контрольной группы не совершили ошибок. В экспериментальной группе 15% (3 ребенка) сделали одну ошибку.
2. Дети, показавшие средний уровень сформированности внимания, испытывали трудности в выполнении задания. В контрольной группе 20% (2 ребенка) совершили 2 ошибки. В экспериментальной группе 25% участников

(5 детей): 15% участников (3 ребенка) совершили 2 ошибки во второй серии в задании №1, 10% участников (2 ребенка) совершили ошибки во второй серии (обследование слухового внимания).

3. На уровне ниже среднего оказались 20% детей (2 ребенка) контрольной группы. Эти участники совершили 5 ошибок в 3 заданиях. В экспериментальной группе 25% участников (5 детей) показали уровень ниже среднего, совершив 5 ошибок: 10% (2 ребенка) не справились с заданием №1 второй серии (повтори ритмы).

4. На низком уровне сформированности внимания в контрольной группе детей не оказалось, а в экспериментальной группе 15% (3 участника) набрали 5 баллов из 12, совершив 7 ошибок: 10% из них (2 ребенка) не справились с заданием №1 во второй серии (повтори ритмы), а 5% (1 ребенок) совершил большинство ошибок в первом задании каждой серии.

Далее мы сопоставили результаты обследования детей экспериментальной группы по II и III блоку эксперимента (таблица №4 и приложение E).

Таблица 4 – Сопоставление уровней успешности у детей экспериментальной группы по II и III блоку обследования (% / человек).

Внимание	ВС	С	НС	Н
Звукопроизношение				
ВС	20 / 4			5 / 1
С	5 / 1	20 / 4	25 / 5	5 / 1
НС	5 / 1	10 / 2		5 / 1
Н				

Из таблицы видно, что совпадение уровней сформированности звукопроизношения и внимания произошло в 40% случаев: выше среднего у

20% участников экспериментальной группы (4 ребенка), в среднем уровне совпадение в 20 % случаев (4 ребенка).

Ярко выраженная диссоциация у 5% (1 ребенка): звукопроизношение на уровне выше среднего, а внимание на низком уровне. У этого участника коррекционная работа над нарушениями звукопроизношения (группа свистящих звуков и звуков [л]–[л']) находится на этапе введения в речь продолжительное время (со слов логопеда), и нарушение внимания не позволяет справиться с нарушенными звуками.

У остальных детей диссоциация не так ярко выражена. У 35% (7 детей) уровень звукопроизношения преобладает над уровнем внимания:

– у 25% (5 детей) звукопроизношение на среднем уровне, а внимание ниже среднего;

– у 5% (1 ребенка) звукопроизношение на среднем уровне, внимание на низком;

– у 5% (1 ребенка) звукопроизношение на уровне ниже среднего, а внимание на низком уровне.

Надо отметить, что у всех детей, у которых звукопроизношение развито лучше, чем внимание, многие звуки находятся на этапе введения в речь и мы предполагаем, что именно нарушения внимания снижают эффективность логопедического воздействия. Этот факт позволяет нам говорить о прямой зависимости нарушений звукопроизношения и внимания.

У 20% (4 ребенка) уровень развития внимания выше, чем звукопроизношения:

– у 10% (2 детей) внимание на уровне выше среднего, при этом звукопроизношение у 5% (1 участника) на среднем уровне, у 5% (1 участника) ниже среднего;

– у 10% (2 ребенка) внимание на среднем уровне, а звукопроизношение ниже среднего.

Эти данные позволяют нам говорить, что у этих детей не все звуки поставлены, так как присутствуют яркие признаки дизартрии. Из беседы с

логопедом мы выяснили, что у данных участников автоматизация звуков идет сложно, а введение звуков в речь происходит практически незаметно, что подтверждает наши выводы

Мы обобщили результаты обследования детей экспериментальной группы по 3 блокам (рисунок 11, приложение Ж).

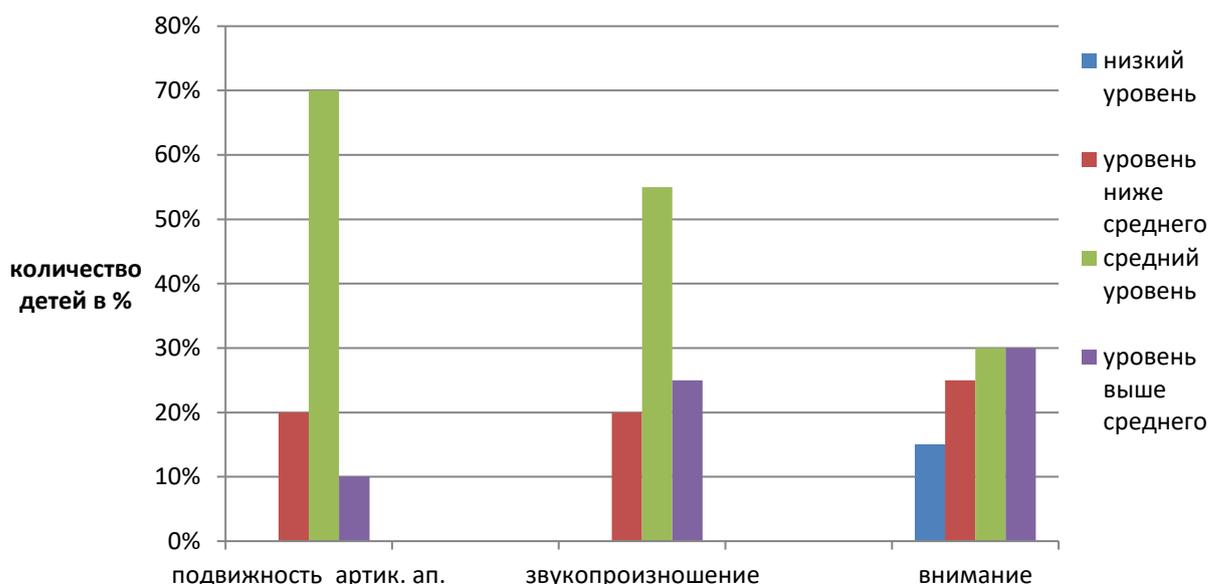


Рисунок 11 – Результаты участников экспериментальной группы констатирующего эксперимента по всем блокам исследования (% , уровни).

В гистограмме отображены уровни успешности по трем блокам:

– у 30% участников (6 детей) внимание сформировано достаточно, причем только у 2 детей имеются трудности в звукопроизношении, которые связаны с недостаточной подвижностью артикуляционного аппарата.

– у 70% детей (14 участников) внимание нарушено и имеются трудности в звукопроизношении и в подвижности артикуляционного аппарата.

Можно сделать следующие выводы:

1. У 50% (10 детей) артикуляционная моторика достаточно сформирована, звукопроизношение сформировано относительно и выявлены

трудности на этапе введения звуков в речь, которые связаны с нарушением внимания. С этими детьми логопедическую работу нужно строить с учетом нарушений внимания.

2. У 20% участников (4 ребенка) есть звуки на этапе постановки и автоматизации, коррекция звукопроизношения не завершена и стойкие трудности звукопроизношения связаны с нарушением артикуляционной моторики. При этом у детей выявлено нарушение внимания, с которым уже на данном этапе необходимо работать, так как в дальнейшем возникнут проблемы на этапе введения в речь.

3. У 30% (6 детей) имеются трудности в подвижности артикуляционного аппарата, которые у 10% из них затрудняют коррекцию нарушений звукопроизношения, а у 20% звукопроизношение страдает незначительно (несколько звуков в процессе введения в речь). Внимание у этих участников не нарушено. С этими детьми работа будет идти по классической схеме и специфические методы для развития внимания не требуются.

Подводя итог, можно сказать, что у 100% детей с дизартрией нарушения звукопроизношения связаны с нарушением подвижности артикуляционного аппарата. У 70% участников нарушения звукопроизношения обусловлены еще и нарушением внимания, поэтому этим детям, наряду с общепринятыми методами по развитию подвижности артикуляционной моторики, в содержании логопедической работы необходимо использовать подходы, направленные на развитие внимания.

Таким образом, нами выявлена тенденция к прямой зависимости между сформированностью внимания и нарушениями звукопроизношения у 70% участников с дизартрией. Мы предполагаем, что эффективность логопедической работы по коррекции нарушений звукопроизношения повысится с применением подходов на развитие внимания.

Выводы по главе II

Исходя из задач констатирующего эксперимента нами было проведено изучение уровня сформированности звукопроизношения у детей 6–7 лет с дизартрией. Диагностический этап состоял из 3 блоков обследования:

- 1 блок – обследование подвижности артикуляционного аппарата,
- 2 блок – обследование звукопроизношения.
- 3 блок – обследование внимания.

После проведения обследования по 3 диагностическим блокам мы провели анализ полученных данных и выявили незначительные нарушения подвижности артикуляционного аппарата и развития внимания у детей контрольной группы, при этом нарушений звукопроизношения выявлено не было.

У 100% участников экспериментальной группы выявлены специфические признаки нарушения звукопроизношения и подвижности артикуляционного аппарата, характерные для нарушений звукопроизношения при дизартрии, что подтверждает имеющиеся ранее данные: нарушения звукопроизношения у детей полиморфные, проявляются по типу искажения и связаны с нарушением артикуляционной моторики. С другой стороны нарушения звукопроизношения у 70% участников осложнены нарушениями внимания, что в свою очередь, затрудняет процесс автоматизации и введение звуков в речь.

Нами выдвинуто предположение, что эффективность логопедической работы по коррекции нарушений звукопроизношения у участников экспериментальной группы будет повышена, если будут применяться специфические подходы, направленные на развитие внимания.

ГЛАВА III. ФОРМИРУЮЩИЙ ЭКСПЕРИМЕНТ ПО КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДИЗАРТРИЕЙ

3.1. Теоретические основы, организация и содержание формирующего эксперимента по коррекции нарушений звукопроизношения у детей 6–7 лет с дизартрией

Цель формирующего эксперимента – коррекция нарушений звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста (6–7 лет) с дизартрией с учетом нарушения внимания.

Формирующий эксперимент был организован с 1 февраля по 1 мая 2021 года на базе МБДОУ города Саяногорска.

Для проведения эксперимента нами были скомплектованы 2 группы: контрольная и экспериментальная. В каждой группе 10 детей 6–7 лет с дизартрией, обучающихся по АООП ДО для детей с ТНР (Приложение И).

При распределении детей на группы мы учитывали следующие показатели:

- равное количество участников в каждой группе;
- дети обеих групп были участниками констатирующего эксперимента;
- группы сформированы с учетом равных возможностей детей – одинаковое количество детей, находящихся на одном уровне сформированности подвижности артикуляционного аппарата, звукопроизношения и внимания (по результатам констатирующего эксперимента).

Таким образом в экспериментальную и контрольную группу вошли 10 детей, у которых на этапе констатирующего эксперимента уровни сформированности звукопроизношения, артикуляционной моторики и внимания были примерно одинаковые.

В течение трех месяцев мы проводили логопедическую работу по коррекции нарушений звукопроизношения с участниками экспериментальной группы на этапе формирующего эксперимента.

На основе анализа литературы и результатов констатирующего эксперимента нами были определены основные принципы, направления и этапы работы по развитию звукопроизношения у старших дошкольников.

Логопедическая работа по формированию правильного звукопроизношения должна строиться на основе, как специфических, так и общедидактических принципов и подходов. В качестве ведущих нами определены следующие принципы и подходы.

- В качестве **ведущего** принципа на этапе формирующего эксперимента стал **принцип связи речи с другими сторонами психики**. В соответствии с этим принципом работа по коррекции нарушений звукопроизношения предполагает воздействие не только на компоненты речевой системы, но и на другие психические процессы. Исходя из этого определены основные направления работы для повышения уровня сформированности звукопроизношения у детей с дизартрией: развитие моторики артикуляционного аппарата, коррекция нарушений звукопроизношения, использование специфических приемов на развитие внимания.
- Принцип комплексности. Система коррекционных мероприятий с детьми с нарушениями речи осуществляется в результате комплексной психолого–медико–педагогической помощи. В соответствии с этим принципом работа с детьми с нарушениями речи проводится всеми участниками образовательного процесса: воспитатели, педагог – психолог, музыкальный руководитель, инструктор по физической культуре. Целесообразно привлекать к педагогическому процессу родителей детей, как инициаторов оказания коррекционной помощи ребенку. Согласно этому принципу мы, в первую очередь, согласовывали работу с педагогом-психологом, так как выявленные нами результаты указывают

на необходимость коррекции у участников эксперимента нарушений внимания. Так же мы применяли специфические подходы на развитие внимания во всех видах детской деятельности и во всех образовательных областях.

- Принцип развития поможет строить работу на основе тех задач, трудностей и этапов, которые находятся в зоне ближайшего развития дошкольника. У участников эксперимента в зоне ближайшего развития находятся те звуки речи, которые требуют коррекции на этапе, постановки, автоматизации и введения их в речь ребенка. Мы использовали специфические подходы, чтобы оптимизировать коррекционно – педагогическую работу.
- Принцип учета ведущего вида деятельности ребенка. Принимая во внимание, что участники эксперимента дошкольники и ведущий вид деятельности у них игра, мы будем учитывать игровую деятельность, но в силу того, что дети проходят заключительный этап дошкольного периода обучения необходимо готовить их к школьному обучению, а значит формировать учебную деятельность. В связи с этим, кроме коррекционных задач мы будем решать еще и следующие: развивать умение слушать и слышать, понимать и принимать учебную задачу, свободно владеть вербальными средствами общения, целенаправленно и последовательно выполнять учебные действия и действия контроля и оценки. Приемы направленные на развитие внимания помогают решать эти задачи и подготовить ребенка к школьному этапу жизни.
- Принцип системности учитывается во взаимосвязи всех компонентов речевой системы. Принимая во внимание то, что участники эксперимента дети с ОНР, мы подбираем речевой материал для занятий с учетом того, какая лексическая тема недели, над какими лексико–грамматическими категориями ведется работа логопеда, какой звук и букву изучают на занятиях по подготовке к обучению грамоте и т.д.

- Учитывая принцип доступности, работа строится с учетом речевых возможностей ребенка. Для детей, у которых звуки находятся на этапе автоматизации мы подбираем речевой материал с учетом возможностей ребенка использовать поставленный звук в словах различной слоговой структуры, словосочетаниях, предложениях. Для детей, у которых формируются коммуникативные навыки мы усложняем задачу, используя слова со стечением согласных, различные предложно–падежные конструкции, рифмовки и мини спектакли (моноспектакли) на материале хорошо знакомых текстов и разученных стихотворений.
- Принцип наглядности в условиях нашего эксперимента учитывается при подборе материала для занятий с ребенком. Индивидуальные и подгрупповые занятия предусматривают широкое использование наглядности, которая может служить опорой при самостоятельной деятельности. При подборе наглядного материала мы опирались на требования В.В. Воронковой:
 - подбирать наглядность, которая служит решению основной задачи;
 - заранее определять место и вид наглядности, используемой на занятии;
 - строго ограничивать количество наглядности на занятии;
 - самодельные наглядные пособия должны быть выполнены качественно и соответствовать требованиям, предъявляемым к пособиям (дети лучше различают черные объекты на белом фоне; лучше воспринимают заполненные фигуры, чем контурные; величина картинок определяется в зависимости от возраста и зрительных возможностей; сложный фон сюжетных картинок должен быть свободен от лишних деталей).
- В процессе коррекции звукопроизношения будем опираться на принцип дифференцированного подхода, который осуществляется на основе этиологии, механизмов, симптоматики, структуры речевого дефекта при дизартрии, возрастных и индивидуальных особенностей ребенка, особенностей психических процессов [25].

Содержание логопедической работы определим дифференцированно для 2 групп детей:

Подгруппа А: дети, у которых нарушения звукопроизношения на этапе постановки и автоматизации звуков (2 ребенка).

Подгруппа Б: дети, у которых нарушения звукопроизношения на этапе формирования коммуникативных навыков (8 детей).

Учитывая данный принцип распределили количество индивидуальных занятий: с детьми группа А – 3 раза в неделю; с детьми группы Б – 2 раза в неделю. Дети, у которых звуки на этапе постановки посещали индивидуальные занятия до момента автоматизации поставленных звуков в чистоговорках и словосочетаниях. Дети, у которых одинаковые звуки в процессе автоматизации посещали занятия по 2–3 человека, как и дети, у которых звуки на этапе формирования коммуникативных навыков.

Соблюдение вышеперечисленных принципов поможет нам в достижении положительных результатов при организации логопедической работы по коррекции звукопроизношения с применением специфических подходов на развитие внимания.

С участниками экспериментальной группы на этапе формирующего эксперимента в течении трех месяцев на регулярной основе проводились занятия с использованием предложенного нами комплекса упражнений. Кроме того, были созданы условия для взаимодействия логопеда, воспитателей и родителей.

Авторский вклад заключается в разработке комплекса приемов и упражнений на развитие внимания для использования в работе по коррекции звукопроизношения на всех этапах логопедической работы. Комплексы разработаны исходя из возрастных и речевых особенностей участников эксперимента. Кроме того, нами подобраны дидактические пособия из различного игрового материала и предметов быта, подобран картинный материал для автоматизации разных групп звуков.

Содержание логопедической работы было разработано поэтапно:

I этап: автоматизация поставленных звуков в слогах и словах.

II этап: автоматизация поставленных звуков во фразах, в предложениях, стихах и текстах.

III этап: формирование коммуникативных умений.

На каждом этапе работы с детьми подбирались приемы и упражнения с учетом нарушения внимания в соответствии с задачами (Приложение Т). Для логопедической работы определили задачи и разработали комплекс упражнений на каждом этапе дифференцированно, в зависимости от речевых возможностей детей (таблица 5).

Таблица 5 – Содержание логопедической работы.

Содержание логопедической работы на I этапе	
Задача	Комплекс упражнений с учетом нарушения внимания
развивать подвижность артикуляционного аппарата	упражнения на внимание с целью снятия напряжения
формировать навык использования правильной артикуляции звуков в слогах	упражнения на развитие внимание с наглядной опорой
формировать навык использования правильной артикуляции звуков в словах разной слоговой структуры	упражнения на развитие внимание мотивирующие к самоконтролю и взаимоконтролю
Содержание логопедической работы на II этапе	
укреплять моторику артикуляционного аппарата	упражнения на внимание с целью снятия напряжения
использовать правильную артикуляцию звуков в чистоговорках	упражнения на развитие внимание с наглядной опорой
использовать правильную артикуляцию звуков в словосочетаниях	упражнения на развитие внимания к речи собеседника и своей
использовать правильную артикуляцию звуков в предложениях	упражнения на развитие внимания к речи собеседника и своей
использовать правильную артикуляцию звуков в стихах	упражнения на развитие внимания к своей речи
Содержание работы на III этапе	
формировать коммуникативные навыки с использованием правильной артикуляции поставленных звуков	упражнения на развитие внимания к собственной речи

Для решения задач на каждом этапе логопедической работы мы определили структуру занятий, с учетом того, что дети обучаются на последнем этапе дошкольного образования и активно идет подготовка к учебной деятельности, так же определили примерное содержание занятий по коррекции звукопроизношения с учетом нарушения внимания.

Структура занятий:

1. Вводная часть – мотивирование детей на занятие.
2. Подготовительная часть – подготовка артикуляционного аппарата.
2. Основная часть – автоматизация, дифференциация звуков и формирование коммуникативных умений.
3. Итоговая часть – рефлексия (оценивание результатов).

В качестве визуальных мотивирующих предметов мы использовали «Шкатулки успеха», наклейки, «Скрепыши», а так же различные приемы (Приложение Р, Т). Задача этих предметов и приемов: мотивировать ребенка к положительному результату, к учебной деятельности, развивать внимание к правильному произношению всех звуков в собственной речи, вызывать положительные эмоции.

В качестве наглядных оценочных предметов служили камешки «марблс». Задача предметов: в течение занятия развивать внимание к речи напарника (ребенка или педагога) и к собственной, оценка результата своей речевой деятельности, развитие целенаправленного внимания на протяжении времени занятия.

Описание примерного содержания занятия.

1. После объявления темы занятия, каждый ребенок выбирал себе «Шкатулку успеха» и желаемый приз (наклейку, скрепыша и т.п.), которую получит в конце занятия, и прятал её в «Шкатулку успеха» (Приложение Р).
2. Дети (или один ребенок) выполняли комплекс артикуляционных упражнений в схематическом плане (Приложение С).
3. Выполняли упражнения на проговаривание речевого материала с применением упражнений на развитие внимания. Например, «Квест» (для

автоматизации звука [с] в предложениях): «Дети отыскивали в помещении (в кабинете логопеда) картинки с изображениями «совы» и рассказывали друг другу, что они увидели на картинке: «у совы на сундуке стакан и сок». Во время этого игрового упражнения дети обращали внимание на произношение своего партнера и если замечали ошибку, то давали ему камешек (наглядный оценочный предмет)».

4. Рефлексия. Дети оценивают свою речевую деятельность и получают ранее выбранное вознаграждение.

Конспект одного занятия представлен в приложении (Приложение У).

Специфические приемы и упражнения (Приложение Т), применяемые на логопедических занятиях по автоматизации, дифференциации и введения поставленных звуков в речь направлены:

- на снятие напряжения;
- на мотивирование детей на выполнение предложенных упражнений;
- на формирование самоконтроля за правильным произношением автоматизируемых звуков;
- на стимулирование взаимоконтроля речи и развития внимания к собственному произношению.

Примеры приемов и упражнений.

1. Упражнения на внимание с целью снятия напряжения:

«Поймай комара». Снятие напряжения, автоматизация изолированного звука [з] ([з`] – «маленький комарик»).

Описание. Как пищит комар? Давайте представим, что наступило лето, я открыла форточку, и к нам в комнату влетел комар. По команде «Начали!» мы будем «ловить комара» и при этом пищать ззззззз (ребенок «ловит комара» в своем темпе). По команде «Стой!» мы должны сесть. В результате ребенок внимателен к речи педагога, следит за правильным произношением звука, сочетая речь с движением больше концентрируется на «ловле комара» и меньше устает.

2. Упражнения на развитие внимание с наглядной опорой:

«Доббль». Эту игру мы использовали, как логопедическую. Дети, переворачивая карточку, не только отыскивают и хватают картинку – совпадение, но и называют правильно слово – совпадение. Если слово названо неверно карточка переходит к сопернику. У кого больше карточек, тот победил (Приложение Р).

3. Упражнения на развитие внимания к речи собеседника и своей:

«Кто быстрее». Парное упражнение. У детей одинаковый речевой картинный материал (например, для составления предложений «у Маши кошка, а у Паши шахматы» и т.д.). Для соревнования понадобится секундомер в телефоне, мы засекали время и давали телефон сопернику для отслеживания. Ребенок проговаривает все речевые упражнения по картинке, но если произносит какое-то слово неверно, то должен исправить ошибку сразу. Соперник следит за ним и останавливает время по окончании. Мы давали 3 попытки. Кто быстрее произнесет все предложения по картинке, тот победитель.

Использование комплексов упражнений было дифференцировано для двух подгрупп детей экспериментальной группы с учетом речевых возможностей (таблица 6).

Таблица 6 – Дифференцированный подход.

Подгруппа А	Подгруппа Б
Занятия с содержанием работы первого этапа до момента использования поставленных звуков без видимой трудности для ребенка	Занятия с содержанием второго и третьего этапа
Артикуляционные упражнения для постановки определённых звуков	Общий комплекс артикуляционной гимнастики
Артикуляционная гимнастика длительнее по времени	Время гимнастики значительно сокращено
Проговаривание изолированных звуков и слогов для автоматизации занимает большую часть занятия	Произнесение изолированных звуков для уточнение артикуляции
Использование приемов для снятия напряжения	Используются приемы для развития внимания к речи
Речевой материал на уровне слов без	Речевой материал более сложный

стечения согласных звуков	
Упражнения на внимание к собственной речи с опорой на зрительный контроль за артикуляцией звуков	Упражнения на внимание к речи другого и к собственной

Для коррекции звукопроизношения мы подобрали упражнения на развитие внимания к картинному материалу для автоматизации звуков [с], [з], [ш], [ж], [р], [л] в словах, фразах, словосочетаниях и предложениях, которые можно использовать на материале ко всем автоматизируемым звукам. Пример картинок в Приложении Р.

Приведем пример упражнений.

«Лупа». Автоматизация звука [л] в словосочетаниях (Приложение Р).

Ребенок берет прозрачную «Лупа» синего цвета и называет предметы на картинках: «Синяя луна, синий лук, синий волк и т.д.». Лупа может быть разного цвета (синяя, желтая, красная, зеленая). Ребенок проговаривает речевой материал, задумываясь при этом над согласованием «синий волк», а не над своим произношением.

«Позвони». У ребенка кнопка – звонок на столе и картинки для звука [р]. Он произносит слова и нажимает на звонок, если в слове нет данного звука.

Такие упражнения позволяют распределить внимание ребенка между собственным произношением и работой с картинками.

С подобными упражнениями мы работали индивидуально и в подгруппах, дифференцируя задания к разным звукам.

Занятия с детьми с использованием данных подходов проводили до момента, когда ребенок свободно пользовался поставленными звуками в речи. Занятия были увлекательными и развивали не только речь, но другие психические процессы.

Таким образом, в работе с участниками экспериментальной группы мы применяли специфические подходы (приемы и упражнения), направленные

на коррекцию нарушений звукопроизношения с учетом нарушения внимания.

3.2. Контрольный эксперимент и его анализ

С целью определения эффективности содержания логопедической работы по коррекции нарушений звукопроизношения у старших дошкольников с дизартрией с применением специфических подходов для развития внимания был проведен контрольный эксперимент. Содержание контрольного эксперимента полностью совпадает с содержанием констатирующего. Подробные результаты представлены в протоколах (Приложение И).

Обратимся к анализу данных по I блоку формирующего эксперимента у детей с дизартрией экспериментальной и контрольной группы (рисунок 12).

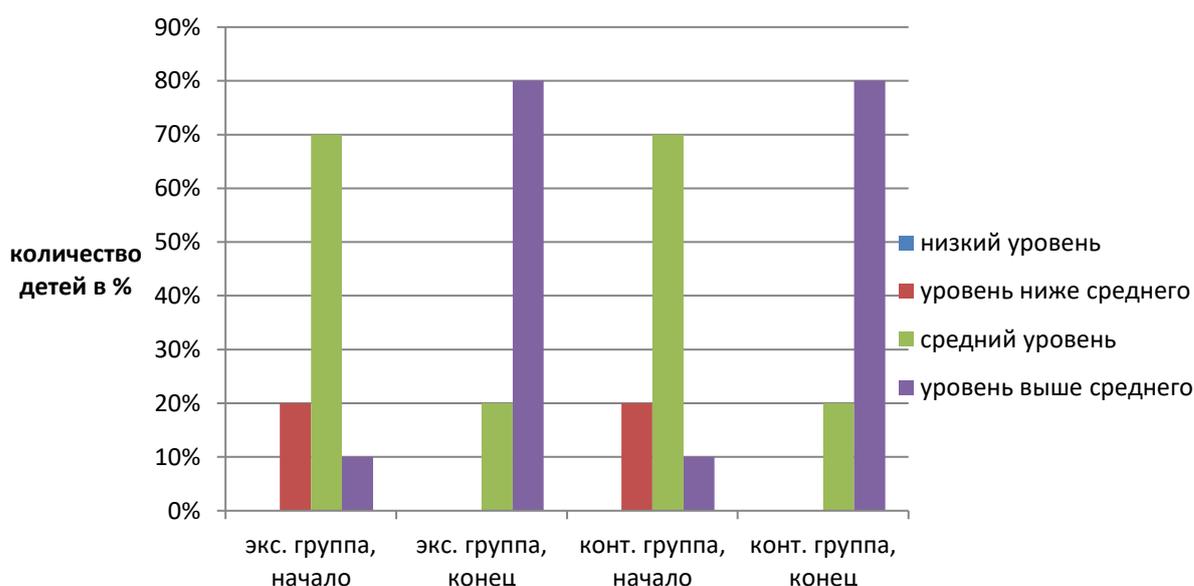


Рисунок 12 – Уровни сформированности подвижности артикуляционного аппарата у детей экспериментальной и контрольной группы на этапе констатирующего и контрольного эксперимента (%)

Мы сравнили результаты исследования констатирующего и контрольного этапов эксперимента. На основе полученных данных

контрольного эксперимента по I блоку «Состояние подвижности артикуляционного аппарата» можно подвести итоги:

- низкий и ниже среднего уровни не выявлены на контрольном этапе эксперимента в обеих группах;
- средний уровень сформированности у 20 % (2 ребенка) обеих групп;
- уровень сформированности выше среднего у 80% (8 детей) каждой группы.

На гистограмме мы видим, уровень подвижности артикуляционного аппарата повысился у всех детей экспериментальной и контрольной группы:

- на констатирующем этапе эксперимента на низком уровне детей не было, а в 20% случаев (2 ребенка) в обеих группах уровень ниже среднего повысился на контрольном этапе до среднего уровня сформированности.
- на среднем уровне было 70% участников каждой группы (7 детей), их уровень сформированности на контрольном этапе повысился до уровня выше среднего.

Эти данные говорят о том, что нарушение подвижности артикуляционного аппарата удалось преодолеть не всем детям с дизартрией, и даже у детей с уровнем сформированности выше среднего остались незначительные несовершенства.

Отметим, что занятия с детьми по развитию подвижности артикуляционного аппарата на формирующем этапе эксперимента в экспериментальной группе мы проводили по классической схеме работы с детьми с дизартрией.

Таким образом, правомерно говорить о том, что классическая схема логопедической работы достаточно эффективна в преодолении нарушений подвижности артикуляционного аппарата.

Обратимся к анализу данных по II блоку на констатирующем и контрольном этапе эксперимента у детей с дизартрией экспериментальной и контрольной группы, с которыми можно познакомиться в приложении (протокол №9, Приложение К) и в гистограмме (рисунок 13).

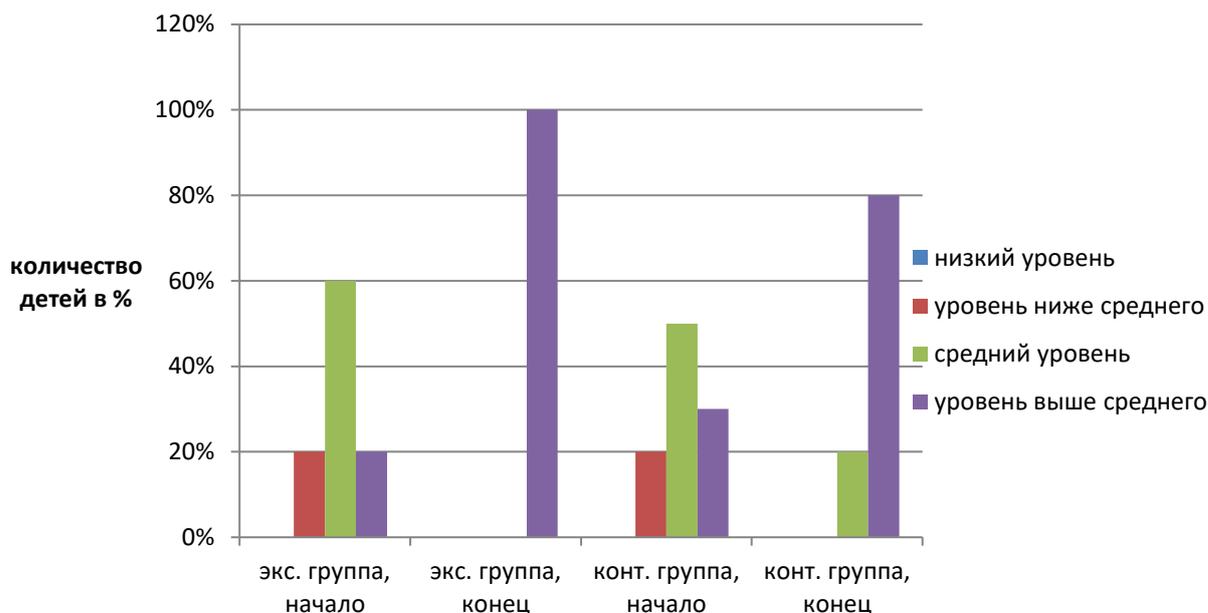


Рисунок 13 – Уровни сформированности звукопроизношения у детей экспериментальной и контрольной группы на констатирующем и контрольном этапе эксперимента (%)

На основе полученных данных по II блоку «Исследование состояния звукопроизношения» у детей экспериментальной и контрольной группы на этапе контрольного эксперимента мы получили следующие данные:

- на низком уровне детей нет на обоих этапах эксперимента;
- на уровне ниже среднего в экспериментальной и контрольной группе на констатирующем этапе эксперимента было по 20% участников (2 ребенка), на контрольном этапе – нет детей (данные идентичные);
- на среднем уровне в экспериментальной группе на констатирующем этапе эксперимента было 60% участников (6 детей), на контрольном этапе эксперимента – нет детей; в контрольной группе на констатирующем этапе эксперимента было 50% участников (5 детей), на контрольном этапе 20% участников эксперимента (2 ребенка) оказались на среднем уровне.
- сформированность звукопроизношения на уровне выше среднего на констатирующем этапе показали 20% детей (2 ребенка) экспериментальной группы и 30% детей (3 ребенка) контрольной группы, а на контрольном этапе

– 100% участников экспериментальной группы и 80% участников (8 детей) контрольной.

По данным гистограммы видно, что уровень сформированности звукопроизношения повысился до уровня выше среднего в экспериментальной группе на 80%, а в контрольной группе на 50%.

Рассмотрим, на каком этапе логопедической работы у детей экспериментальной группы остались нарушенные звуки (рисунок 14).

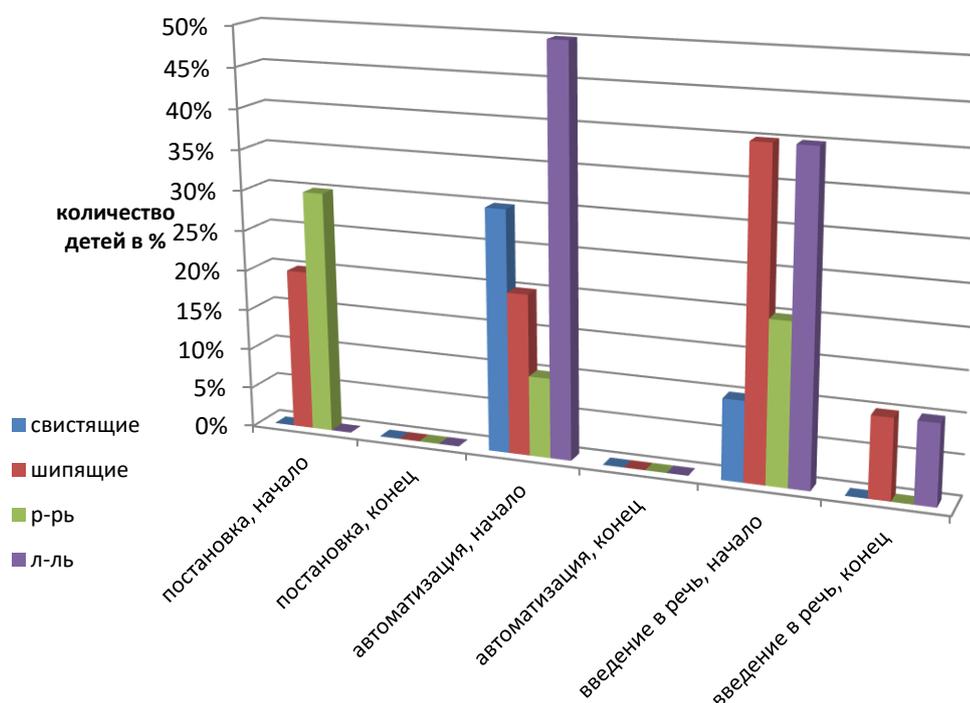


Рисунок 14 – Распределение детей экспериментальной группы на этапах логопедической работы по коррекции звукопроизношения на констатирующем и контрольном этапе эксперимента (%)

Из гистограммы мы видим, что у детей экспериментальной группы на констатирующем этапе эксперимента были проблемы со звукопроизношением на всех этапах коррекции, наиболее неблагоприятными были этапы автоматизации и введения звуков в речь. На контрольном этапе эксперимента у 10% (1 ребенка) остались трудности на этапе введения в речь

шипящих звуков и звуков [л]–[л`]. Надо отметить, что у этого ребенка уровень сформированности моторики артикуляционного аппарата и звукопроизношения находились на уровне ниже среднего, а внимание на низком уровне.

Рассмотрим данные участников контрольной группы (рисунок 15).

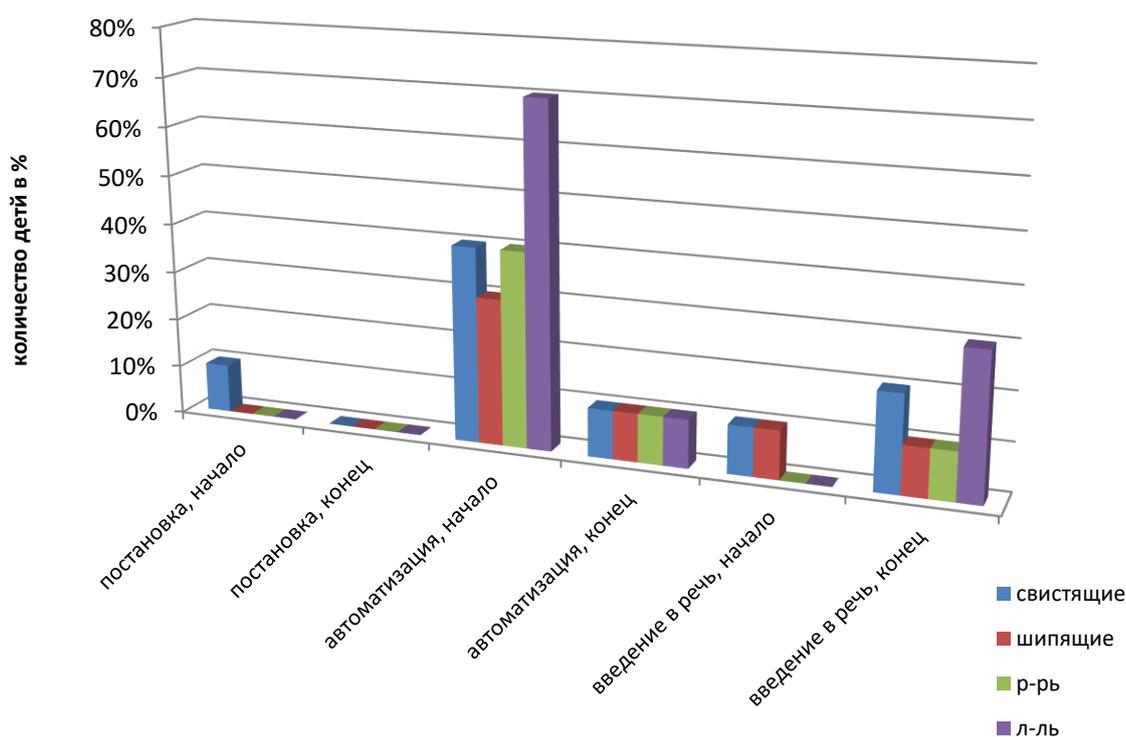


Рисунок 15 – Распределение детей контрольной группы на этапах логопедической работы по коррекции звукопроизношения на констатирующем и контрольном этапе эксперимента (%)

Из данных гистограммы мы видим, что у участников контрольной группы на констатирующем этапе эксперимента наибольшие трудности были на этапе автоматизации звуков. На конечном этапе трудности автоматизации снизились и остались у 20% участников (2 ребенка), но нарушения

произношения этих звуков сохраняются у многих участников на этапе введения звуков в речь: свистящие у 20% (2 детей), шипящие и звуки [p]–[p`] у 10% (1 ребенка), группа звуков [л]–[л`] у 30% (3 детей).

Анализируя данные второго блока обеих групп, участники которых были распределены в примерно равных уровнях развития по трем блокам эксперимента, мы сравнили показатели и увидели следующее:

– у 10% детей (1 ребенок) участников экспериментальной группы нарушения звукопроизношения в группе шипящих звуков и звуков [л]–[л`] остались на этапе введения звуков в речь;

– у участников контрольной группы нарушения звукопроизношения остались во всех группах звуков: у 10% участников (1 ребенок) свистящие и шипящие звуки остались на этапе автоматизации, у 20% (2 детей) группа свистящих звуков на этапе введения звуков в речь; группа шипящих звуков у 10% (1 ребенка) на этапе введения в речь, и у 10% в процессе автоматизации; группа звуков [p]–[p`] у 10% (1 ребенок) на этапе введения в речь, у 10% (1 ребенок) в процессе автоматизации; группа звуков [л]–[л`] у 30% участников (3 детей) на этапе введения в речь.

Подводя итог по показателям второго блока эксперимента можно сказать, что в экспериментальной группе уровень сформированности звукопроизношения значительно вырос: нарушения звукопроизношения на этапе введения звуков в речь остались у 20% участников (2 ребенка). В контрольной группе нарушения звукопроизношения на этапе введения в речь остались у 50% детей (5 человек), на этапе автоматизации у 10% участников (1 ребенка).

Таким образом, уровень сформированности звукопроизношения повысился у участников обеих групп, но у 50% (5 детей) участников контрольной группы остались трудности на этапе введения звуков в речь, тогда как у участников экспериментальной группы трудности выявились всего в 10% случаев (1 ребенок).

Обратимся к результатам III блока контрольного эксперимента «Исследование состояния внимания», с которыми можно познакомиться в протоколе обследования (приложение Л) и в гистограмме (рисунок 16).

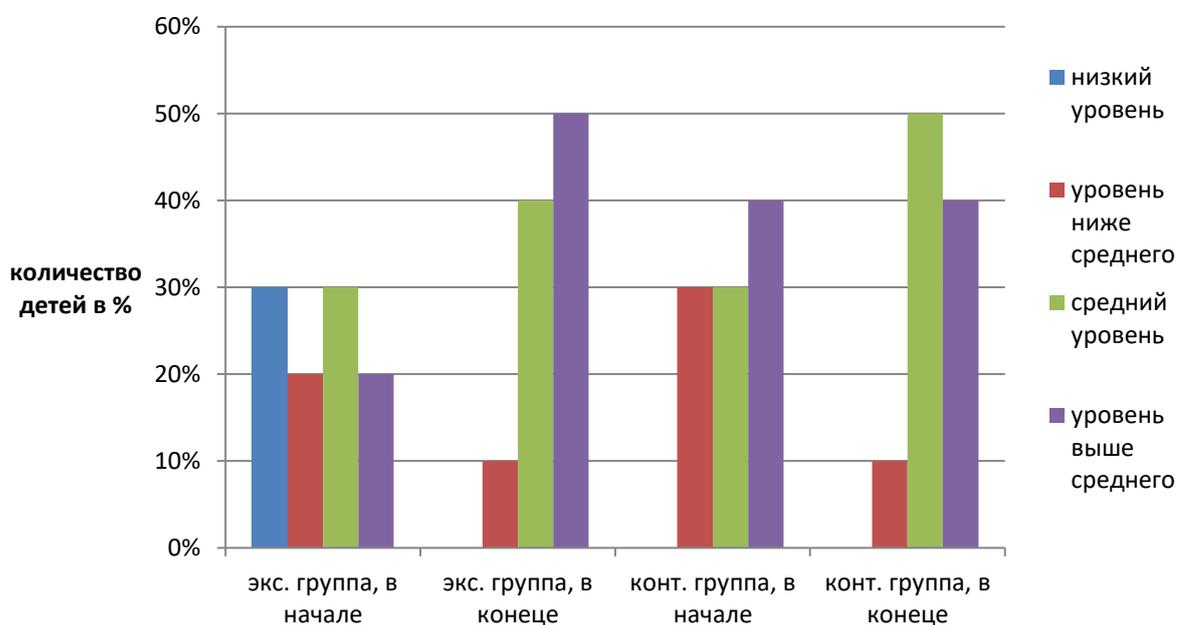


Рисунок 16 – Уровни сформированности внимания у детей экспериментальной и контрольной группы на констатирующем и контрольном этапе эксперимента (%)

Из данных гистограммы мы видим, что у участников обеих групп положительная динамика:

- на низком уровне сформированности внимания: на констатирующем этапе эксперимента было 30% участников (3 детей) экспериментальной группы, и никто не показал в контрольной группе; на контрольном этапе никто из участников обеих групп не показал низкий уровень развития;

- на уровне ниже среднего в экспериментальной группе было 20% детей (2 ребенка), стало 10% (1 ребенок); в контрольной группе было 30% участников (3 ребенка), стало 10% участников;

- на среднем уровне в экспериментальной группе было 30% (3 ребенка) – стало 40% (4 ребенка), в контрольной группе было 30% детей (3 ребенка) – стало 50% (5 детей);

– на уровне выше среднего в экспериментальной группе было 20% (2 ребенка) – стало 50%, в контрольной группе было 40% участников (4 ребенка) и осталось такое же количество участников.

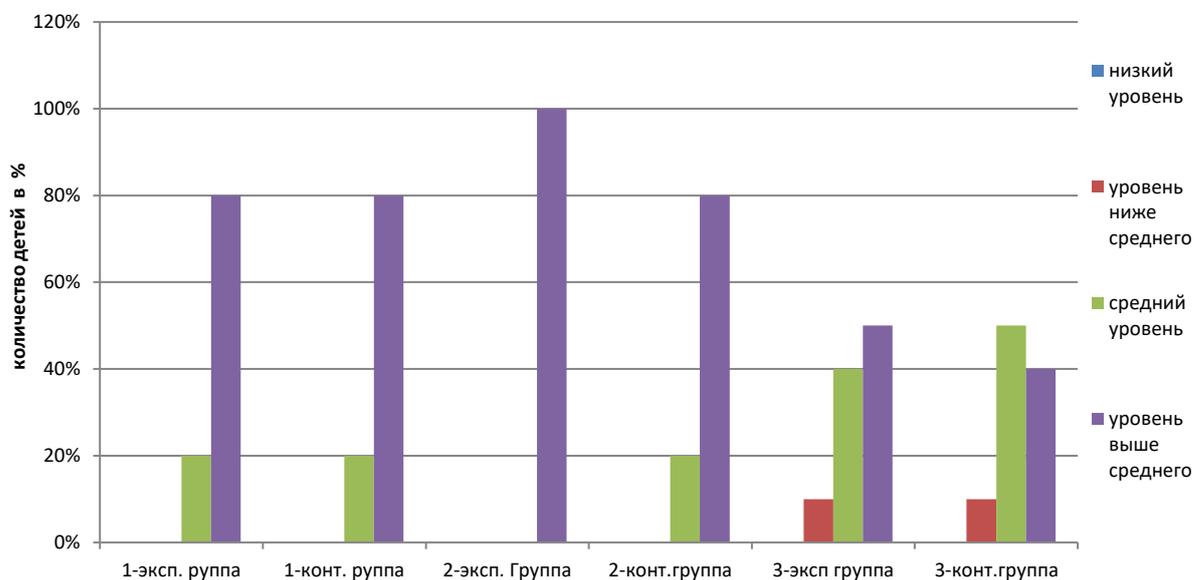
Таким образом, уровень сформированности внимания повысился у участников обеих групп:

1. В экспериментальной группе уровень выше среднего повысился на 30%, у 20% участников (2 детей) уровень сформированности вырос на 2 пункта – с низкого до среднего;

2. В контрольной группе уровень выше среднего не изменился, но у 20% участников (2 детей) уровень ниже среднего повысился до среднего уровня сформированности.

Это говорит об эффективности применения подходов на развитие внимания в экспериментальной группе.

Мы сопоставили показатели по всем блокам контрольного эксперимента (Приложение М и рисунок 17).



Результаты: 1 – подвижность артикуляционного аппарата, 2 – звукопроизношение, 3 – внимание

Рисунок 17 – Результаты участников экспериментальной и контрольной группы по трем блокам контрольного эксперимента (% , уровни)

Из гистограммы мы видим, как изменились результаты детей после проведения формирующего эксперимента:

– у 20% детей (2 ребенка) обеих групп остались трудности в подвижности артикуляционного аппарата. Это свидетельствует о проявлениях дизартрии.

– у 20% (2 детей) контрольной группы остались трудности в звукопроизношения (несколько звуков на этапе введения в речь). В экспериментальной группе всем детям удалось преодолеть трудности звукопроизношения.

– у 50% участников (5 детей) уровень сформированности внимания увеличился до выше среднего, а у участников контрольной группы уровень выше среднего не вырос.

Таким образом, используя подходы для развития внимания, нам удалось повысить уровень сформированности внимания у участников экспериментальной группы, что повысило эффективность логопедической работы по коррекции нарушений звукопроизношения и участники экспериментальной группы показали хорошие результаты. Дети контрольной группы получали логопедическую помощь по классической схеме, и коррекционная работа принесла хорошие результаты, но не все участники контрольной группы смогли достичь таких высоких результатов, хотя уровень звукопроизношения на начальном этапе было немного выше. В этой группе у 20% участников (2 детей) остался средний уровень сформированности звукопроизношения.

Выводы по главе III

На основе результатов констатирующего эксперимента нами было составлено содержание логопедической работы с учетом нарушения внимания с детьми экспериментальной группы: определены основные принципы, подобраны специфические подходы, направленные на развитие внимания, определена структура занятий систематизированы приемы направленные на развитие внимания.

Апробация предложенного нами содержания логопедической работы, проводилась с февраля по май 2021 года с участниками экспериментальной группы на базе ДОО города Саяногорска. Здесь же была сформирована контрольная группа детей, с целью сравнения результатов и определения эффективности предложенного нами содержания логопедической работы.

После формирующего эксперимента нами был проведен контрольный эксперимент, который включал в себя задания, аналогичные констатирующему эксперименту.

Результаты контрольного эксперимента сопоставили с результатами констатирующего и обнаружили улучшение количественных и качественных показателей. Эти показатели оказались выше у участников экспериментальной группы.

Таким образом, положительные результаты контрольного обследования позволяют нам подтвердить наше предположение: логопедическая работа, с применением специфических подходов, направленных на развитие внимания, дает положительную динамику.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подробно изучив синдром артикуляционных расстройств при дизартрии мы выделили специфические нарушения звукопроизношения: нарушения звукопроизношения стойкие, полиморфные, преодоление их длительное, требующее систематической работы, звукопроизношение нарушается по типу искажения, автоматизация исправленных звуков затруднена.

При этом большинство исследователей отмечают, что у детей с дизартрией на фоне общего недоразвития речи проявляются нарушения произвольного внимания и уже нарушения внимания затрудняют работу по коррекции звукопроизношения.

Многие авторы указывают, что учет нарушений внимания в работе с детьми с тяжелыми нарушениями речи, в том числе с дизартрией, ускоряет процесс коррекции. Но исследований в этом направлении недостаточно, поэтому существует проблема в определении содержания коррекционной работы с детьми с дизартрией с учетом нарушений внимания.

Таким образом, проблема коррекции нарушений звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с использованием подходов, направленных на развитие внимания, приобретает особую актуальность.

С целью решения второй задачи и выявления особенностей и механизмов нарушения звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией нами был организован констатирующий эксперимент в январе 2021 года на базе одного из муниципальных бюджетных дошкольных образовательных учреждений города Саяногорска республики Хакасия. В данном учреждении было сформировано 2 группы детей в возрасте 6–7 лет: контрольная и экспериментальная. В экспериментальную группу вошли 20 дошкольников с дизартрией, а в контрольную – 10 детей с нормой звукопроизношения.

Исследование состояло из 3 блоков обследования:

1 блок – обследование подвижности артикуляционного аппарата,

2 блок – обследование звукопроизношения.

3 блок – обследование внимания.

После проведения обследования и сопоставления результатов всех блоков мы выявили, что у участников экспериментальной группы звукопроизношение нарушено на разных уровнях: у некоторых детей звуки в процессе автоматизации, а у большинства участников звуки поставлены и автоматизированы, но находятся на этапе введения в речь. с целью выявления механизмов была проанализирована взаимозависимость между нарушением звукопроизношения с одной стороны и нарушением артикуляционной моторики с другой, что позволило нам сделать вывод о полиморфных механизмах. Исследование подтверждает общепринятую точку зрения о связи нарушений звукопроизношения с нарушениями артикуляционной моторики, но при этом, у 70% участников эксперимента это осложнено нарушением внимания.

На основе анализа литературы и результатов констатирующего эксперимента нами было определено содержание формирующего эксперимента: определены основные принципы, этапы работы, разработана структура занятий, составлен комплекс упражнений для автоматизации, дифференциации и введения звуков в речь с учетом нарушений внимания.

Содержание логопедической работы было разработано для экспериментальной группы детей с февраля по май. Данная логопедическая работа была апробирована на базе муниципального бюджетного дошкольного образовательного учреждения города Саяногорска республики Хакасия.

Для определения эффективности содержания логопедической работы нами был проведен контрольный эксперимент, который включал в себя задания, аналогичные констатирующему эксперименту. Мы сопоставили результаты констатирующего и контрольного эксперимента, которые нам позволяют сделать выводы о более значительной динамике в плане

коррекции звукопроизношения в экспериментальной группе, что подтверждает эффективность подобранного нами комплекса.

Таким образом, цели и задачи исследования реализованы. Результаты эксперимента не противоречат выдвинутой гипотезе. В качестве дальнейшей перспективы предполагается разработка содержания логопедической работы по коррекции нарушений звукопроизношения с использованием специфических подходов на развитие внимания для детей идентичной нозологической группы в течении двух лет, начиная со старшей группы.

Библиография

1. Абелева, И.Ю. Речь о речи. Коммуникативная система человека / И.Ю. Абелева. – М.: Логос, 2004. – 301 с.
2. Анищенкова, Е.С. Артикуляционная гимнастика для развития речи дошкольников / Е.С. Анищенкова. – М.: Астрель, 2007. – 61 с.
3. Арно, А. Грамматика общая и рациональная. Пор-Рояля / А. Арно, Кл. Лансо. Пер. с фр., коммент. и послесл. Н.Ю. Бокардовой; общ. ред. и вступ. статья Ю.С. Степанова.
https://vk.com/doc31958068_402061129?hash=919281f779c950158f&dl=bad682c566106b440
4. Артеменко, О.Н. Нарушения звукопроизношения у дошкольников с минимальными дизартрическими расстройствами / О.Н. Артеменко, И.А. Хлюстова // Международный журнал экспериментального образования. – М., 2011. – № 8. – С. 43-44
5. Архипова, Е.Ф. Логопедическая работа с детьми раннего возраста: учебное пособие для студентов пед. вузов / Е.Ф. Архипова. – М.: АСТ Астрель, 2007. – 224 с.
http://pedlib.ru/Books/5/0079/5_0079-29.shtml#book_page_top
6. Архипова, Е.Ф. Логопедическая помощь детям раннего возраста: Учебное пособие / Е.Ф. Архипова. – М.: МОЗАИКА–СИНТЕЗ, 2015. – 256 с.
7. Архипова, Е.Ф. Логопедический массаж при дизартрии / Е.Ф. Архипова. – М.: Астрель, 2008. – 115с.
8. Архипова, Е.Ф. Особенности логопедической работы при дизартрии / Е.Ф. Архипова // Коррекционная педагогика: научно-методический журнал. – 2004. – №1. – С. 36–42
9. Ахметзянова, А.И. Логопедический атлас (периферический речевой аппарат): учеб. Пособие / А.И. Ахметзянова, Т.Ю. Корнийченко, Л.Н. Суздальцева. – Казань: Казан. Ун-та, 2016. – 52 с.

10. Ахутина, Т.В. Диагностика речевых нарушений школьников с использованием нейропсихологических методов: Пособие для логопедов и психологов / Т.В. Ахутина, Т.А. Фотекова. – М., 2002. – 136 с.
11. Бабина, Е.В. Практикум по дисциплине Логопедия. Раздел Дизартрия : учебно-методическое пособие / Е.В Бабина, Л.И Белякова, Р.Е Идес. – М.: Прометей, 2012. – 104 с.
12. Белякова, Л.И. Логопедия. Дизартрия / Л.И. Белякова, Н.Н. Волосков. – М.: Владос, 2009. – 287 с.
13. Бильчугов, Л.Ф. Формирование внимания у детей / Л.Ф. Бильчугов. – СПб.: Питер, 2012. – 125с.
14. Блыскина, И.В. Комплексный подход к коррекции речевой патологии у детей. Логопедический массаж: Методическое пособие для педагогов дошкольных образовательных учреждений / И.В. Блыскина. – СПб.: ДЕТСТВО ПРЕСС, 2017. – 112 с.
15. Брюховских, Л.А. Дизартрия. Учебно-методическое пособие. Изд–е 2, перераб. И доп./ Л.А. Брюховских. Красноярск: Краснояр. Гос. Пед. ун–т им В.П. Астафьева, 2015. –180 с.
16. Быховская, А.М. Количественный мониторинг общего и речевого развития детей с ОНР / авт.–сост. А.М. Быховская, Н.А. Казова. – СПб.: ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2012. – 32 с.
17. Визель, Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. Для студентов вузов / Т.Г. Визель. – М.: АСТ: Астрель Транзиткнига, 2005. – 384 с.
18. Винарская, Е.Н. Раннее речевое развитие ребенка и проблемы дефектологии: Периодика раннего развития. Эмоциональные предпосылки освоения языка / Е.Н. Винарская. – М.: Просвещение, 1987. –166 с.
19. Винарская, Е.Н. Дизартрия / Е.Н. Винарская. – М.: АСТ: Астрель, 2006. –141 с.

20. Винарская, Е.Н. Возрастная фонетика / Е.Н. Винарская, Г.М. Богомазов. – М.: АСТ: Астрель, 2005. – 208 с.
21. Волкова, Г.А. Методика психолого-логопедического обследования детей с нарушениями речи. Вопросы дифференциальной диагностики: Учебно – методическое пособие. – СПб.: ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2004. – 144 с.
22. Волкова, Г.А. Альбом для исследования фонетической и фонематической сторон речи дошкольника / Г.А. Волкова. – СПб.: ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2006. – 144 с.
23. Волкова, Л.С. Логопедия: учебник для студ. Фак. высш. Учеб. заведений / Под ред. Л.С. Волковой. – М., 2007. – 213 с.
24. Воробьева, Т.А. Логопедические упражнения. Артикуляционная гимнастика/ Т.А. Воробьева, О.И. Крупенчук. – СПб.: ДЕТСТВО–ПРЕСС, 2007. – 64 с.
25. Выготский, Л.С. Психология: Учебное пособие для вузов / Л.С. Выготский. – М.: ЭКСМО – Пресс, 2005. – 324 с.
26. Гаркуша, Ю.Ф. Коррекционно-педагогическая работа в дошкольных учреждениях для детей с нарушениями речи / Под ред. Ю.Ф. Гаркуши. – М.: ТЦ «Сфера», НИИ Школьных технологий, 2008. – 128 с.
27. Гвоздев, А.Н. Вопросы изучения детской речи / А.Н. Гвоздев. – СПб.: ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2007. – 472 с.
28. Глухов, В.П. Психолингвистика: учебник и практикум для академического бакалавриата / В.П. Глухов. – М.: Юрайт, 2017. – 361 с.
29. Глухов, В.П. Основы психолингвистики: учеб. Пособие для студентов педвузов / В.П. Глухов. – М.: АСТ: Астрель, 2005. – 351 с.
http://pedlib.ru/Books/4/0356/index.shtml?from_page=254
30. Грибова, О.Е. Технология организации логопедического обследования: Методическое пособие / О.Е. Грибова. – М.: Айрис пресс, 2005. – 96 с.

31. Гуровец, Г.В. К вопросу диагностики стертых форм псевдобульбарной дизартрии / Г.В. Гуровец, С.И. Маевская // Вопросы логопедии. – 1978. – № 5. – С. 27–37.
32. Заваденко, Н.Н. Расстройства развития речи у детей: ранняя диагностика и терапия / Н.Н. Заваденко // Журнал неврологии и психиатрии. – 2016. – №12. С. 119–125.
<https://www.mediasphera.ru/issues/zhurnal-nevrologii-i-psikhiatrii-im-s-s-korsakova/2016/12/downloads/ru/1199772982016121119>
33. Зайцева, Л.А. Нарушения произносительной стороны речи и их коррекция: Учеб. Метод. Пособие / Л.А. Зайцева, И.С. Зайцев, С.Ф. Левяш, И.Н. Ясова. – Мн.: БГПУ им. М. Танка [Электронный ресурс: http://pedlib.ru/Books/4/0434/4_0434-1.shtml].
34. Зайцева, Л.А. Обследование детей с речевой патологией. Методические рекомендации / Л.А. Зайцева. – Мн.: НМ Центр, 1994. – 20 с.
35. Иншакова, О.Б. Альбом для логопеда. – 2-е изд. Испр. И доп./ О.Б. Иншакова. – М.: Владос, 2011. – 280 с.
36. Каше, Г.А. Подготовка к школе детей с недостатками речи: Пособие для логопеда / Г.А. Каше. – М.: Просвещение, 2001. – 171 с.
37. Крупенчук, О. И. Исправляем произношение: Комплексная методика коррекции артикуляционных расстройств / О.И. Крупенчук, Т. А. Воробьева. – СПб.: «Литера», 2009. – 96 с., ил.
38. Крупенчук, О.И. Речевая карта для обследования ребенка дошкольного возраста / О.И. Крупенчук. – М.: Литера, 2011. – 30 с.
39. Куликовская Т.А. Артикуляционная гимнастика в стихах и картинках. Пособие для логопедов, воспитателей и родителей / Т.А. Куликовская. – М.: Гном, 2019. – 64 с.
40. Козырева, О.А. Логопедические технологии: учебное пособие, изд. 2-е, перераб. И доп./ О.А. Козырева. – Красноярск, 2015. – 192 с.
41. Коноваленко, В.В., Коноваленко, С.В. Экспресс-обследование звукопроизношения у детей дошкольного и младшего школьного

- возраста. Пособие для логопедов / В.В. Коноваленко, С.В. Коноваленко. – М.: «Гном–Пресс», 2000. – 32 с.
42. Косинова, Е.М. Сборник сказок о веселом язычке / http://www.mbdou-krepysh.ru/logoped/sbornik_skazok_veselyj_jazychok.pdf
43. Логинова Н.А. Единая теория психических процессов Л.М. Веккера в современной психологии / Н.А. Логинова, М.В. Осорина, М.А. Холодная, Т.В. Чередникова // Психологический журнал. – 2018. – Т. 39, №6. – С. 102–113.
44. Лопатина, Л.В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников (коррекция стертой дизартрии): учебное пособие. / Л.В. Лопатина, Н.В. Серебрякова. – СПб.: Изд-во «СОЮЗ», 2000. – 192 с.
45. Мамаева А.В. протоколы логопедического обследования дошкольников: метод. Рекомендации / [А.В. Мамаева, Н.В. Сиско, Т.В. Зиновьева и др.]; под ред. А.В. Мамаевой; Красноярск. Гос. Пед. ун–т им. В.П. Астафьева. – Красноярск, 2019. – 44с.
46. Мастюкова, Е.М. Нарушение речи у детей с церебральным параличом / Е.М. Мастюкова, М.В. Ипполитова. – М.: Просвещение, 1985. – 187с.
47. Микиртумов Б.Е., Кощавцев А.Г., Гречаный С.В. Клиническая психиатрия раннего детского возраста. – СПб: Питер, 2011. – 256 с.
48. Нищева, Н.В. Весёлая артикуляционная гимнастика / Н.В. Нищева. – М.: ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2009. – 32 с.
49. Ньюкиктъен, Чарльз. Детская поведенческая неврология. В двух томах. Том 1 / Чарльз Ньюкиктъен; пер. с англ. Д.В. Ермолаев, Н.Н. Заваденко, Н.Н. Полонская; под ред. Н.Н. Заваденко. – 2-е изд. (эл.) – М.: Теревинф, 2012. – 288 с.
50. Парамонова, Л.Г. Упражнения для развития речи / Л.Г. Парамонова. – СПб.: АСТ, Астрель, 2011. – 250 с.
51. Петроченко, В.И. Фонетика для логопедов: учеб. Пособие. Красноярский государственный педагогический университет им.

- В.П. Астафьева / В.И. Петроченко, Л.А. Брюховских. – Красноярск, 2013. – 112 с.
52. Пименова, Т.И. Выговаривать хочу... Исправление недостатков звукопроизношения у детей: Дидактический материал / И.Т. Пименова. – СПб.: КАРО, 2009. – 96 с.: ил.
53. Подхалюзина, Л.И. Особенности обследования звуковой стороны речи у детей общеобразовательного дошкольного учреждения / Л.И. Подхалюзина // Гуманитарные и социально-экономические науки. – 2006. – № 6. – С. 200-203.
54. Поваляева, М.А. Справочник логопеда / М.А. Поваляева. – Ростов н/Д: Феникс, 2002. – 448 с.
55. Понятийно – терминологический словарь логопеда. / Под ред. В.И. Селиверстова. – М.: ВЛАДОС, 1997. – 400 с.
56. Правдина, О. В. Логопедия. Учеб. Пособие для студентов дефектолог. Фак-тов пед. ин-тов. Изд. 2-е, доп. И перераб. / О.В. Правдина. – М.: «Просвещение», 1973. – 272 с.
57. Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития / Под ред. В.М. Астапова, Ю.В. Микадзе. – СПб.: – Питер, 2008. – 256 с.
58. Пятница, Т.В. Логопедия в таблицах, схемах, цифрах/ Т.В. Пятница. – Изд. 3–е. Ростов н/Д: Феникс. 2011. – 173 с.
59. Рибо, Т. Психология внимания / Т. Рибо. – СПб.: Изд–во Ф. Павленкова, 2010. – 369 с.
60. Сапогова, Е.Е. Психология развития человека / Е.Е. Сапогова. – М.: Аспект пресс, 2001. – 460 с.
61. Соловьева, Л.Г. Логопедия: учебник и практикум для прикладного бакалавриата / Л. Г. Соловьева, Г. Н. Градова. – 2–е изд., испр. И доп. – М.: Издательство Юрайт, 2018. – 191 с.

62. Семаго Н., Психолого-педагогическая оценка готовности ребенка к началу школьного обучения: Программа и методические рекомендации / Н. Семаго, М. Семаго. – М.: ООО «Чистые пруды», 2005. – 32 с.
63. Соботович, Е.Ф. Проявления стертых дизартрий и методы их диагностики / Е.Ф. Соботович, А.Ф., Чернопольская // Дефектология. http://pedlib.ru/Books/2/0021/2_0021-1.shtml
64. Сохин, Ф.А. Психолого – педагогические основы развития речи дошкольников / Ф.А. Сохин. – М.: Издательство Московского психолого-социального института, 2012. – 224 с.
65. Ткаченко, Т.А. Специальные символы в подготовке детей 4 лет к обучению грамоте. Пособие для воспитателей, логопедов и родителей / Т.А. Ткаченко. – М.: ГНОМ и Д, 2000. – 48 с.
66. Туманова, Т.В. Формирование звукопроизношения у дошкольников. Учебно-методическое пособие для логопедов и воспитателей детских садов /Под ред. Профессора Т.Б. Филичевой. – М.: ГНОМ и Д, 2001. – 48 с. <http://pedlib.ru/Books/4/0366/4-0366-1.shtml>
67. Федеральный государственный образовательный стандарт обучающихся с ограниченными возможностями здоровья: утв. Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.12.2014 № 1598. <https://fgos-ovz.herzen.spb.ru/>
68. Федосова, О.Ю. Коррекция звукопроизношения у дошкольников с легкой степенью дизартрии с учетом фонетического контекста. Автореф. Канд. Дисс. – Самара, 2005. – 24 с. https://rusneb.ru/catalog/000200_000018_RU_NLR_bibl_848533/viewer/?page=5
69. Цветкова, Л.С. Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста: учеб. Пособие / Л.С. Цветкова, А.В. Семенович, С.Н. Котягина и др. – В.: «Воронеж», 2006. – 295 с.

70. Чиркина, Г.В. Методы обследования речи детей: Пособие по диагностике речевых нарушений / Под общ. Ред. Профессора Г.В. Чиркиной. 3-е изд., доп. – М.: АРКТИ, 2003. – 240 с.
<https://docviewer.yandex.ru>
71. Чиркина, Г.В. Основы логопедической работы с детьми: Учеб. Пособие для логопедов, воспитателей дет. Садов, учителей нач. кл., студентов пед. училищ. 2-е изд., испр. / Г.В. Чиркина. – М.: АРКТИ, 2003. – 240с.
72. Четверушкина, Н.С. Слоговая структура слова: Системный метод устранения нарушений / Н.С. Четверушкина. – М.: Национальный книжный центр, 2015. –192 с.
73. Шохор-Троцкая, М.К. Как будет говорить ваш ребенок, зависит от вас / М.К. Шохор-Троцкая // Наука и жизнь. – 2006. – №8. – С. 39-43.
74. Якушева, С.Л. Особенности внимания детей старшего дошкольного возраста / С. Л. Якушева // Психолог в детском саду. Ежеквартальный научно- практический журнал. – 2010. – № 4. – С. 58–60
75. Шичанина, О.В. Игровые приемы коррекционной работы по автоматизации поставленных звуков / О.В. Шичанина // Логопед. – 2005. – № 5. – С. 96–99.
76. Nancy J. Cohen, Denise D. Vallance, Melanie Barwick, Nancie Im, Rosanne Menna, Naomi B. Horodezky, Lila Isaacson (2003). The Interface between ADHD and Language Impairment: An Examination of Language, Achievement, and Cognitive Processing, 41: 3, 353-362,
DOI: 10.1111/1469-7610.00619
77. Rebecca Palmer & Pamela Enderby. Methods of speech therapy treatment for stable dysarthria: A review // Advances in Speech Language Pathology, Volume 9, 2007 – Issue 2, 2009
DOI:<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14417040600970606>

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

Списки и анамнестические данные участников констатирующего эксперимента

Таблица 1 – Список детей экспериментальной группы

№ участника	Возраст	Заключение	Данные анамнеза (взяты из речевой карты, указаны со слов матери)
№1	6л. 3мес.	ОНР III дизартрия	внутриутробная гипоксия, РОП ЦНС
№2	6л. 6мес.	ОНР IV дизартрия	поражение ЦНС
№3	6л. 8мес.	ОНР IV дизартрия	поражение ЦНС
№4	6л. 9мес.	ОНР III дизартрия	родовая травма, поражение ЦНС
№5	6л. 6мес.	ОНР IV дизартрия	асфиксия плода, поражение ЦНС
№6	6л. 5мес.	ОНР IV дизартрия	поражение ЦНС
№7	6л. 5мес.	ОНР IV дизартрия	поражение ЦНС
№8	6л. 4мес.	ОНР IV дизартрия	поражение ЦНС
№9	6л. 8мес.	ОНР III дизартрия	РОП ЦНС, ЗРР (ишемия мозга)
№10	6л. 8мес.	ОНР IV дизартрия	поражение ЦНС
№11	6л. 7мес.	ОНР IV дизартрия	ПЭП, синдром двигательных расстройств,
№12	6л. 2мес.	ОНР IV дизартрия	поражение ЦНС
№13	6л. 4мес.	ОНР IV дизартрия	поражение ЦНС
№14	6л. 9мес.	ОНР III дизартрия	РОП ЦНС
№15	6л. 7мес.	ОНР IV дизартрия	РОП ЦНС,
№16	6л. 9мес.	ОНР IV дизартрия	РОП ЦНС
№17	7л. 1мес.	ОНР III дизартрия	ПЭП, синдром двигательных расстройств,
№18	6л. 8мес.	ОНР IV дизартрия	поражение ЦНС
№19	6л. 3мес.	ОНР IV дизартрия	поражение ЦНС
№20	6л. 7мес.	ОНР IV дизартрия	поражение ЦНС

Таблица 2 – Список детей контрольной группы

№ участника	Возраст	Заключение
№1	6л. 9мес.	Норма речевого развития
№2	6л. 7мес.	Норма речевого развития
№3	6л. 8мес.	Норма речевого развития
№4	6л. 9мес.	Норма речевого развития
№5	6л. 6мес.	Норма речевого развития
№6	6л. 11мес.	Норма речевого развития
№7	6л. 8мес.	Норма речевого развития
№8	6л. 4мес.	Норма речевого развития
№9	6л. 10мес.	Норма речевого развития
№10	6л. 8мес.	Норма речевого развития

Схема и протоколы обследования I этапа констатирующего эксперимента

Описание процедуры обследования по I блоку. Обследование детей проводилось индивидуально, перед настенным зеркалом. Каждому ребенку давалась устная инструкция для самостоятельного выполнения заданий. Если ребенок не мог выполнить задание по устной инструкции, то предлагался показ образца. Здесь возможен многократный показ с целью запоминания испытуемым последовательности выполнения (в случаях многоуровневой инструкции особенно). Баллы за выполнение присваивались при понимании ребенком задания и выполнении самостоятельно.

Оценка результатов: использовалась бальная оценка, проба оценивалась отдельно по шкале от 0 до 3 баллов:

3 балла – объем движений полный, движения точные, синкинезии отсутствуют, мышечный тонус в норме.

2 балла – движения не всегда точные, темп замедленный, синкинезии отсутствуют, мышечный тонус в норме;

1 балл – движения не в полном объеме, не всегда точные, переключаемость снижена, темп замедленный, мышечный тонус нарушен, наблюдаются синкинезии;

0 баллов – не выполняет движение.

Максимальная сумма баллов по результатам серии №1 – 24 балла, серии №2 – 48 баллов, серии №3 – 18 баллов., за блок – 90 баллов.

Серия №1. Обследование состояния мимической мускулатуры. .

Упражнения выполняются по речевой инструкции / по подражанию (перед зеркалом).

Серия №2. Обследование состояния артикуляционной моторики.

Упражнения выполняются по речевой инструкции и по подражанию (перед зеркалом).

Пробы для челюсти:	– улыбка–трубочка	– лопата–жало,
– закрыть, открыть рот;	– поднятие верхней губы,	– качели,
– подвигать челюстью вправо – влево.	– опускание нижней губы,	– маятник,
	– окошечко.	– чашечка,
Пробы для губ:	Пробы для языка:	– вкусное варенье.
– улыбка;	– лопата,	Проба для мягкого нёба:
– трубочка;	– жало,	– открыть широко рот и зевну

Серия №3. Обследование динамической организации движений органов артикуляционного аппарата.

Упражнения выполняются по речевой инструкции и по подражанию (перед зеркалом). Ниже указаны номер пробы и описание:

- 1 – оскалить зубы, открыть рот, положить язык на нижнюю губу, занести язык за нижние зубы, закрыть рот;
- 2 – открыть рот широко, растянуть губы в улыбку, вытянуть губы в трубочку, закрыть рот, сомкнуть губы;
- 3 – широко раскрыть рот, затем попросить полузакрывать и закрыть его;
- 4 – широко открыть рот, дотронуться кончиком языка до нижней губы, поднять кончик языка к верхним зубам, затем опустить за нижние зубы и закрыть рот;
- 5 – положить широкий язык на нижнюю губу, приподнять боковые края и кончик языка, чтобы получилась «чашечка», занести эту «чашечку» в рот, опустить кончик языка за нижние зубы и закрыть рот;
- 6 – повторить звуковой или слоговой ряд несколько раз (последовательность звуков и слогов изменяется) «а–и–у», «у–и–а», «ка–па–та», «па–ка–та».

Протокол №1. Обследования состояния мимической мускулатуры экспериментальной группы детей

№ ребенка	пробы								всего баллов (макс.24)	% соотношение	уровень успешности
	закрывать правый глаз	закрывать левый глаз	прищурить глаза	поднять брови	нахмурить брови	надуть лев./прав. Щеку	надуть обе щеки	втянуть обе щеки			
1	3	1	2	2	2	0	3	2	15	63%	НС
2	3	1	2	3	3	3	3	3	21	87%	ВС
3	3	1	2	3	3	3	3	3	21	87%	ВС
4	2	0	2	3	2	1	3	3	16	66%	С
5	3	3	3	3	3	1	3	3	21	87%	ВС
6	2	1	2	3	3	1	3	3	18	75%	С
7	3	1	3	3	3	2	3	3	21	87%	ВС
8	3	3	2	3	3	3	3	3	23	96%	ВС
9	2	1	2	2	2	2	2	1	14	58%	НС
10	2	1	3	3	3	2	3	3	20	83%	С
11	2	1	3	3	3	2	3	2	19	79%	С
12	2	1	3	3	3	3	3	3	21	87%	ВС
13	1	1	2	2	3	2	3	3	17	71%	С
14	0	2	2	3	3	1	3	3	17	71%	С
15	1	0	2	3	2	0	3	3	14	58%	НС
16	2	1	3	3	3	2	3	3	20	83%	С
17	3	2	2	2	2	1	3	2	16	66%	С
18	2	2	2	1	2	3	3	3	20	83%	С
19	3	2	1	3	3	2	3	3	20	83%	С
20	2	1	3	3	3	1	3	3	19	79%	С

Протокол №1.1. Обследования состояния мимической мускулатуры контрольной группы детей .

№ ребенка	пробы								всего баллов (24)	% соотношение	уровень
	закрывать правый глаз	закрывать левый глаз	прищурить глаза	поднять брови	нахмурить брови	надуть лев./прав. Щеку	надуть обе щеки	втянуть обе щеки			
1	3	2	3	3	2	3	3	3	22	92%	BC
2	3	0	2	3	3	1	3	3	18	75%	C
3	2	3	2	3	3	3	3	3	22	92%	BC
4	3	3	3	3	3	3	3	3	24	100%	BC
5	3	3	2	3	3	3	3	3	23	96%	BC
6	3	2	2	3	3	3	3	3	22	92%	BC
7	2	2	2	3	3	2	3	3	20	83%	C
8	3	3	3	3	3	3	3	3	24	100%	BC
9	2	1	3	3	3	3	3	3	21	87%	BC
10	3	3	3	3	3	3	3	3	24	100%	BC

Продолжение приложения Б

Протокол №2. Обследования состояния артикуляционной моторики детей экспериментальной группы.

Порядк овый номер ребенк а	пробы (оценивается в баллах)																всего балло в (мак 48)	% соот нош шен ие	урове нь
	н. челюсть		губы						язык							мяг. Нёб о			
	открыть- закрыть	подвигать впр.- влево	улыбка	трубочка	улыбка трубочка	подними в. Губу	опусти н. губу	окошечко	лопата	жало	лопата жало	качели	маятник	чашечка	вкусное варенье	зевнуть			
1	3	3	1	2	1	0	2	1	1	2	1	2	2	1	1	3	25	52%	НС
2	3	3	3	3	3	1	3	3	1	3	1	2	3	2	1	3	39	81%	С
3	3	3	3	3	3	1	2	3	2	2	2	1	3	2	1	3	37	77%	С
4	3	1	2	2	2	0	1	2	2	2	2	3	3	2	1	3	34	71%	С
5	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	1	2	3	3	3	3	37	77%	С
6	3	2	3	3	3	0	2	1	3	2	2	2	3	1	1	3	33	68%	С
7	3	3	3	3	3	1	3	3	3	2	2	3	3	2	2	3	42	87%	ВС
8	3	3	3	3	3	0	2	2	2	3	1	2	3	3	2	3	38	79%	С
9	3	3	3	3	1	1	2	3	1	2	1	2	3	2	1	3	33	68%	С
10	3	3	3	2	2	1	2	2	2	2	2	2	3	1	2	3	35	72%	С
11	3	2	3	3	2	0	2	2	2	1	1	2	3	3	3	3	35	72%	С
12	3	3	3	2	3	1	2	2	3	3	3	2	3	2	2	3	40	83%	С
13	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	1	3	1	1	3	39	81%	С
14	3	2	3	2	2	0	2	2	2	2	1	2	3	1	1	3	31	65%	С
15	3	2	3	1	1	0	1	1	1	2	1	2	2	1	0	3	24	50%	НС
16	3	3	3	3	3	1	2	3	1	2	1	2	3	3	2	3	38	79%	С
17	3	3	3	3	2	2	3	2	3	3	2	2	3	3	2	3	41	85%	ВС
18	3	3	3	3	3	1	2	2	1	3	1	2	3	2	2	3	37	77%	С
19	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	1	3	2	2	3	40	83%	С
20	3	3	3	3	2	2	2	3	2	2	2	2	3	2	3	3	40	83%	С

Протокол №2.1. Обследования состояния артикуляционной моторики детей контрольной группы.

Порядковый № ребенка	пробы (оценивается в баллах)																всего баллов (48)	% соотн ошен ие	урове нь
	нижняя челюсть		губы						язык						мяг. Небо				
	открыть- закрыть	подвигать впр.- влев	улыбка	трубочка	улыбка трубочка	подними в. Губу	опусти н. губу	окошечко	лопата	жалю	лопата жалю	качели	маятник	чашечка	вкусное варенье	зевнуть			
1	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	45	94%	BC
2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	44	91%	BC
3	3	3	3	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	45	94%	BC
4	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	2	2	3	3	3	3	42	87%	BC
5	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	45	94%	BC
6	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	44	91%	BC
7	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	2	2	3	3	3	3	42	87%	BC
8	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	45	94%	BC
9	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	2	2	3	42	87%	BC
10	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	45	94%	BC

Продолжение приложения Б

Протокол №3. Обследования динамической организации движений артикуляционного аппарата детей экспериментальной группы.

№ ребенка	пробы (оценка в баллах)						всего баллов(18)	% соот-ношение	уровень
	1	2	3	4	5	6			
1	1	2	2	0	0	2	7	39%	Н
2	2	3	3	1	0	3	13	72%	С
3	1	3	3	0	2	2	11	61%	НС
4	0	3	3	1	1	2	10	55%	НС
5	3	2	3	2	1	3	13	72%	С
6	1	3	3	0	0	3	10	55%	НС
7	3	2	2	2	2	3	14	78%	С
8	2	2	2	0	1	3	10	55%	НС
9	1	2	2	0	0	3	8	44%	Н
10	3	3	3	1	1	3	13	72%	С
11	1	2	2	0	1	3	9	50%	НС
12	3	2	3	2	2	3	15	83%	С
13	1	2	3	1	0	3	10	55%	НС
14	2	1	3	1	1	2	10	55%	НС
15	2	2	2	0	1	1	8	44%	Н
16	2	3	3	2	1	3	14	78%	С
17	1	2	3	1	1	3	11	61%	НС
18	2	2	3	1	1	3	12	66%	С
19	2	2	3	1	1	3	12	66%	С
20	1	1	2	1	1	3	9	50%	НС

Протокол №3.1. Обследования динамической организации движений артикуляционного аппарата детей контрольной группы.

№ребенка	пробы (оценка в баллах)						всего баллов (18)	% соотношение	уровень
	1	2	3	4	5	6			
1	3	3	3	2	2	3	16	89%	BC
2	3	3	3	1	2	3	15	83%	C
3	3	2	3	2	2	3	15	83%	C
4	3	3	3	2	2	3	16	89%	BC
5	3	3	3	2	2	3	16	89%	BC
6	3	2	3	2	2	3	15	83%	C
7	2	2	3	2	2	3	16	89%	BC
8	3	3	3	3	3	3	18	100%	BC
9	2	3	3	2	2	3	16	89%	BC
10	3	3	3	3	3	3	18	100%	BC

Таблица 3 – Сводная таблица состояния подвижности артикуляционного аппарата у детей экспериментальной группы.

№ ребенка	результат серии (оценка в баллах)			всего баллов(90)	% соотношение	уровень
	№1	№2	№3			
1	15	25	7	47	52%	НС
2	21	39	13	73	81%	С
3	21	37	11	69	77%	С
4	16	34	10	60	67%	С
5	21	37	13	71	78%	С
6	18	33	10	61	68%	С
7	21	42	14	77	85%	ВС
8	23	38	10	71	79%	С
9	14	33	8	55	61%	НС
10	20	35	13	68	75%	С
11	19	35	9	63	70%	С
12	21	40	15	76	85%	ВС
13	17	39	10	66	73%	С
14	17	31	10	58	64%	НС
15	14	24	8	46	51%	НС
16	20	38	14	72	80%	С
17	16	41	11	68	75%	С
18	20	37	12	69	77%	С
19	20	40	12	72	80%	С
20	19	40	9	68	75%	С

Таблица 4 – Сводная таблица состояния подвижности артикуляционного аппарата у детей контрольной группы.

№ ребенка	результат серии (оценка в баллах)			всего баллов(90)	% соотношение	уровень
	№1	№2	№3			
1	22	45	16	83	92%	BC
2	18	44	15	77	85%	BC
3	22	45	15	82	91%	BC
4	24	42	16	82	91%	BC
5	23	45	16	84	93%	BC
6	22	44	15	81	90%	BC
7	20	42	16	78	87%	BC
8	24	45	18	87	97%	BC
9	21	42	16	79	88%	BC
10	24	45	18	87	97%	BC

Схема и протоколы обследования по II блоку констатирующего эксперимента (обследование состояния звукопроизношения)

Обследование состояния звукопроизношения

Задача: оценить состояние звукопроизношения у детей 6–7 лет экспериментальной и контрольной группы.

Исследование звукопроизношения проводилось по общепринятым в логопедии методикам.

Предлагалось наиболее часто подвергающиеся нарушению звуки условно разделить на 5 групп:

- группа свистящих звуков: с, съ, з, зь, ц;
- группа шипящих звуков: ш, ж, ч, щ;
- звуки л, ль;
- звуки р, рь;
- звуки раннего онтогенеза (нарушения редко встречаются): г, к, х, б, д, н, й.

Процедура обследования.

Была проведена предварительная беседа с ребенком, в ходе которой отмечались особенности звукопроизношения в свободной речи. Далее ребенку предъявлялись картинки для называния, где обследуемый звук находится в разных позициях – в начале, в конце, в середине слова. Часть слов повторяет отраженно. В случае выявленных нарушений произношения звука в словах, ребёнку предлагалось изолированное произнесение звука по подражанию. В процессе называния слов фиксировались нарушенные звуки раннего онтогенеза (если были нарушены), которые уточнялись в изолированном произношении при необходимости. На основе полученных данных, определялся характер нарушения произношения: искажение, отсутствие, замена, смешение звуков, звуки в процессе автоматизации, звуки в процессе введения в речь.

Оценка результатов: использовалась бальная оценка.

4 балла – нормативное произношение всех звуков группы;

3 балла – все звуки группы произносятся правильно, но не всегда используются в свободной речи;

2 балла – 1 или несколько звуков группы произносятся изолированно, идет автоматизация;

1 балл – не поставлен 1 звук группы;

0 баллов – нарушены все или несколько звуков группы.

Протокол №4. Обследование состояния звукопроизношения детей экспериментальной группы.

Звуки № ребен- ка	свистящие					бал -лы	шипящие				бал -лы	р-рь		бал -лы	л-ль		бал -лы	ран- него онто- генеза	бал -лы	всего бал- лов (20)	% соот- ноше- ние	уров- ень
	с	сь	з	зь	ц		ш	ж	ч	щ		р	рь		л	ль						
1	вр	+	вр	+	вр	3	и	и	и	и	0	и	-	0	+	+	4	+	4	11	55%	НС
2	+	+	+	+	+	4	вр	вр	+	+	3	ав	-	0	вр	вр	3	+	4	14	70%	С
3	ав	+	ав	+	ав	2	+	+	+	+	4	+	+	4	вр	вр	3	+	4	17	85%	ВС
4	+	+	+	+	+	4	вр	вр	ав	и	2	вр	вр	3	вр	вр	3	+	4	16	80%	С
5	ав	и	ав	и	и	0	вр	вр	вр	вр	3	+	+	4	ав	+	2	+	4	13	65%	С
6	+	+	+	+	+	4	и	и	+	+	2	вр	вр	3	ав	ав	2	+	4	15	75%	С
7	+	+	+	+	+	4	вр	вр	вр	вр	3	+	+	4	вр	+	3	+	4	18	90%	ВС
8	+	+	+	+	+	4	вр	вр	+	+	3	вр	-	1	+	ав	3	+	4	15	75%	С
9	вр	+	вр	+	вр	3	ав	ав	ав	ав	2	ав	ав	2	ав	ав	2	+	4	13	65%	НС
10	вр	вр	вр	вр	вр	3	+	+	+	+	4	+	+	4	вр	+	3	+	4	18	90%	ВС
11	ав	ав	ав	ав	ав	2	+	+	+	+	4	+	+	4	ав	+	2	+	4	16	80%	С
12	+	+	+	+	+	4	вр	вр	+	+	3	+	+	4	+	+	4	+	4	19	95%	ВС
13	ав	+	ав	+	ав	2	+	+	+	+	4	+	+	4	ав	ав	2	+	4	16	80%	С
14	ав	+	ав	+	ав	2	ав	ав	+	+	2	+	+	4	ав	ав	2	+	4	14	70%	С
15	ав	ав	ав	ав	ав	2	ав	ав	ав	ав	2	ав	ав	2	ав	+	2	+	4	12	60%	НС
16	+	+	+	+	+	4	+	+	+	+	4	ав	и	2	ав	ав	2	+	4	16	80%	С
17	ав	и	ав	и	и	0	ав	ав	ав	ав	2	+	ав	2	+	+	4	+	4	12	60%	НС
18	ав	ав	ав	ав	ав	2	+	+	+	+	4	+	+	4	ав	+	2	+	4	16	80%	С
19	+	+	+	+	+	4	+	+	+	+	4	+	+	4	ав	+	2	+	4	18	90%	ВС
20	+	+	+	+	+	4	+	+	+	+	4	ав	ав	2	ав	+	2	+	4	16	80%	С

Протокол №4.1. Обследование состояния звукопроизношения детей контрольной группы.

Звуки № ребен- ка	свистящие					бал -лы	шипящие				бал -лы	р-рь		бал -лы	л-ль		бал -лы	ран- него онто- генеза	бал -лы	всего бал- лов (20)	% соотно- шение	уровен ь
	с	сь	з	зь	ц		ш	ж	ч	щ		р	рь		л	ль						
1	+	+	+	+	+	4	+	+	+	+	4	+	+	4	+	+	4	+	4	20	100%	BC
2	+	+	+	+	+	4	+	+	+	+	4	+	+	4	+	+	4	+	4	20	100%	BC
3	+	+	+	+	+	4	+	+	+	+	4	+	+	4	+	+	4	+	4	20	100%	BC
4	+	+	+	+	+	4	+	+	+	+	4	+	+	4	+	+	4	+	4	20	100%	BC
5	+	+	+	+	+	4	+	+	+	+	4	+	+	4	+	+	4	+	4	20	100%	BC
6	+	+	+	+	+	4	+	+	+	+	4	+	+	4	+	+	4	+	4	20	100%	BC
7	+	+	+	+	+	4	+	+	+	+	4	+	+	4	+	+	4	+	4	20	100%	BC
8	+	+	+	+	+	4	+	+	+	+	4	+	+	4	+	+	4	+	4	20	100%	BC
9	+	+	+	+	+	4	+	+	+	+	4	+	+	4	+	+	4	+	4	20	100%	BC
10	+	+	+	+	+	4	+	+	+	+	4	+	+	4	+	+	4	+	4	20	100%	BC

Сопоставление I и II блока результатов констатирующего эксперимента

Таблица 5 – Сопоставление уровней успешности по результатам I и II блока у детей экспериментальной группы.

№ ребенка	Уровень моторики артикуляционного аппарата	Уровень звукопроизношения
1	НС	НС
2	С	С
3	С	ВС
4	С	С
5	С	С
6	С	С
7	ВС	ВС
8	С	С
9	НС	НС
10	С	ВС
11	С	С
12	ВС	ВС
13	С	С
14	НС	С
15	НС	НС
16	С	С
17	С	НС
18	С	С
19	С	ВС
20	С	С

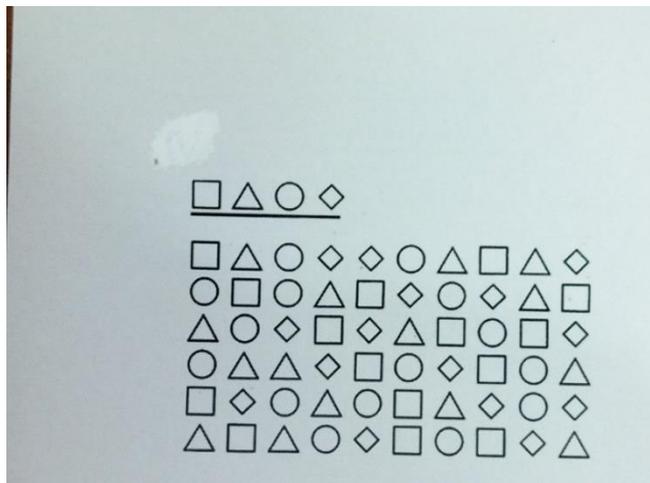
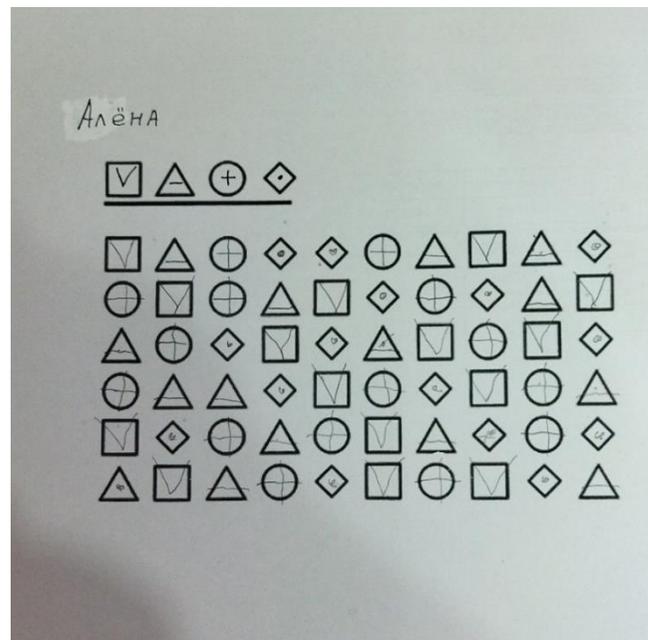
Таблица 6 – Сопоставление уровней успешности детей экспериментальной группы по I – II блоку обследования (%/человек).

Подвижность артик-го аппарата Звукопроизношение	ВС	С	НС	Н
ВС	10/2	15/3		
С		50/10	5/1	
НС		5/1	15/3	
Н				

Схема и протоколы обследования внимания по III блоку констатирующего эксперимента

Серия №1. Обследование состояния зрительного внимания

10 столов для каждого ребенка, настенная доска, простые карандаши, бланки формата А5 для каждого ребенка.	
<i>Процедура</i>	<p>Диагностическая проба проводится одновременно с 10 детьми. На доске нарисованы четыре пустые фигуры (квадрат, треугольник, круг, ромб), которые в процессе проговаривания инструкции логопед заполняет соответствующими знаками, такими же, как в образце на индивидуальных бланках. Перед началом выполнения задания ребенку показывают рисунок и объясняют, что в каждом из квадратиков, треугольников, кружков и ромбиков надо проставить тот знак, который задан вверху на образце, т.е., соответственно, галочку, черту, плюс или точку. Основную часть инструкции можно повторить дважды: в каждой фигуре ставите свой знак, заполняйте все фигуры по очереди. С этого момента отсчитывается время выполнения задания (2 минуты). Инструкция больше не повторяется. Можно уточнять: как надо заполнять фигуры — показано на образце у них на бланке.</p>
<i>Инструкция</i>	<p>Посмотрите внимательно. Здесь нарисованы фигуры. В каждой из них стоит свой значок. Сейчас вы будете ставить в пустые фигуры знаки. Это надо делать так: в каждом квадрате поставить точку, в каждом треугольнике — вертикальную палочку, в кружке вы будете рисовать горизонтальную палочку (сопровождается соответствующим показом), а ромбик останется пустым. В нем вы не рисуете ничего. У вас на листе (показывает на бланке образец заполнения) показано, что нужно рисовать. Найдите это у себя на листе (покажите пальцем, поднимите руку, кто увидел...). Все фигуры нужно заполнять по очереди, начиная с самого первого ряда (сопровождается жестом руки по первому ряду фигур слева направо по отношению к сидящим перед специалистом детям). Не спешите, будьте внимательны. А теперь возьмите простой карандаш и начинайте работать. Остановить по окончании времени.</p>
<i>Оценка</i>	<p>4 балла – безошибочное выполнение или единичное собственное исправление (или единичный пропуск); одна случайная ошибка (в особенности в конце, когда ребенок перестает обращаться к эталонам заполнения);</p> <p>3 балла – одна случайная ошибка (проставлен не правильный знак) или наличие двух самостоятельных исправлений; при двух пропусках, исправлениях или двух ошибках; задание выполняется без ошибок, но ребенок не успевает доделать его до конца в отведенное для этого время (остается незаполненной не более одной с половиной строчки);</p> <p>2 балла – два пропуска заполняемых фигур и одна ошибка, исправление и две ошибки в заполнении, три ошибки или три пропуска; безошибочное (или с единичной ошибкой) заполнение фигур, но пропуск целой строки или части 2 строк;</p> <p>1 балл – при одной-двух ошибках в сочетании с пропусками и исправлениями ребенок не успел выполнить все задание за отведенное время (остается незаполненной более одной (последней и части предпоследней) строки).</p> <p>0 баллов – имеются метки в фигурах, не соответствующие образцам, ребенок не способен удержать инструкцию (то есть начинает заполнять вначале все кружочки, потом все квадратики и т.п., и после замечания педагога продолжает выполнять задание в том же стиле); три и более ошибок (не считая исправлений), даже если все задание выполнено; при невозможности выполнить задание в целом (например, ребенок начал делать, но не смог закончить даже одной строчки, или сделал несколько неправильных заполнений в разных углах и больше ничего не сделал, или допустил множество ошибок).</p>

Пустой бланк*Заполненный ребенком бланк*

Протокол №5. Обследование внимания у детей экспериментальной группы

№ ребенка	количество баллов			общее количество баллов (12)	% соотношение	Уровень развития
	серия 1	серия 2				
	1	1	2			
1	4	2	4	10	83%	С
2	3	4	4	11	92%	ВС
3	1	1	3	5	42%	Н
4	2	1	4	7	58%	НС
5	3	1	3	7	58%	НС
6	3	2	4	9	75%	С
7	4	4	4	12	100%	ВС
8	2	0	3	5	42%	Н
9	2	0	3	5	42%	Н
10	3	4	4	11	92%	ВС
11	4	2	4	10	83%	С
12	4	3	4	11	92%	ВС
13	2	1	4	7	58%	НС
14	3	0	4	7	58%	НС
15	3	4	4	11	92%	ВС
16	3	0	3	7	58%	НС
17	4	2	3	8	67%	С
18	4	2	4	10	83%	С
19	4	4	4	12	100%	ВС
20	4	1	3	8	67%	С

Протокол №5.1. Обследование внимания у детей контрольной группы

№ ребенка	количество баллов			общее кол-во баллов (12)	% соотношение	Уровень развития
	серия 1	серия 2				
	1	1	2			
1	4	4	4	12	100%	ВС
2	3	4	4	11	92%	ВС
3	3	4	4	11	42%	ВС
4	2	1	4	7	58%	НС
5	3	4	4	11	58%	ВС
6	3	2	4	9	75%	С
7	3	0	4	7	58%	НС
8	4	4	4	12	100%	ВС
9	2	4	4	10	83%	С
10	4	4	4	12	100%	ВС

Сопоставление результатов экспериментальной группы детей по II и III блоку констатирующего эксперимента

Таблица 7 – Сопоставление уровней успешности детей экспериментальной группы по II и III блоку эксперимента.

№ ребенка	Уровень звукопроизношения	Уровень внимания
1	НС	С
2	С	ВС
3	ВС	Н
4	С	НС
5	С	НС
6	С	С
7	ВС	ВС
8	С	Н
9	НС	Н
10	ВС	ВС
11	С	С
12	ВС	ВС
13	С	НС
14	С	НС
15	НС	ВС
16	С	НС
17	НС	С
18	С	С
19	ВС	ВС
20	С	С

Продолжение приложения Е

Сопоставление результатов обследования детей экспериментальной группы по трем блокам констатирующего эксперимента

Таблиц 8 – Сопоставление уровней успешности участников экспериментальной группы по трем блокам.

Блоки № участника	подвижность моторики артик-го аппарата		звукопроизношение		внимание	
	%	уровень	%	уровень	%	уровень
1	52%	НС	55%	НС	80%	С
2	81%	С	70%	С	90%	ВС
3	77%	С	85%	ВС	20%	Н
4	67%	С	80%	С	60%	НС
5	78%	С	65%	С	60%	НС
6	68%	С	70%	С	80%	С
7	85%	ВС	90%	ВС	100%	ВС
8	79%	С	75%	С	20%	Н
9	61%	НС	65%	НС	20%	Н
10	75%	С	90%	ВС	90%	ВС
11	70%	С	80%	С	80%	С
12	85%	ВС	95%	ВС	90%	ВС
13	73%	С	80%	С	60%	НС
14	64%	НС	70%	С	50%	НС
15	51%	НС	60%	НС	90%	ВС
16	80%	С	80%	С	50%	НС
17	75%	С	60%	НС	70%	С
18	77%	С	80%	С	80%	С
19	80%	С	90%	ВС	100%	ВС
20	75%	С	80%	С	80%	С

Список участников формирующего и контрольного эксперимента

Таблица 9 – Список участников формирующего эксперимента.

Экспериментальная группа			Контрольная группа		
№ участника	Возраст на начальном этапе	Возраст на конечном этапе	№ участника	Возраст на начальном этапе	Возраст на конечном этапе
№1	бл. 3мес.	бл. 8мес.	№1	бл. 7мес.	7л.
№2	бл. 6мес.	бл. 11мес.	№2	бл. 2мес.	бл. 7мес.
№3	бл. 8мес.	7л. 1мес.	№3	бл. 4мес.	бл. 9мес.
№4	бл. 9мес.	7л. 2мес.	№4	бл. 9мес.	7л. 2мес.
№5	бл. 6мес.	бл. 11мес.	№5	бл. 7мес.	7л.
№6	бл. 5мес.	бл. 10мес.	№6	бл. 9мес.	7л. 2мес.
№7	бл. 5мес.	бл. 10мес.	№7	7л. 1мес.	7л. 1мес.
№8	бл. 4мес.	бл. 9мес.	№8	бл. 8мес.	7л. 1мес.
№9	бл. 8мес.	7л. 1мес.	№9	бл. 3мес.	бл. 8мес.
№10	бл. 8мес.	7л. 1мес.	№10	бл. 7мес.	7л.

Результаты обследования детей I блока контрольного этапа эксперимента

Протокол №6. Обследования состояния мимической мускулатуры у детей на контрольном этапе эксперимента.

№ участника/ № ребенка	пробы								всего баллов (макс.24)	% соотношение	уровень успешности
	закрывать правый глаз	закрывать левый глаз	прищурить глаза	поднять брови	нахмурить брови	надуть лев./прав. Щеку	надуть обе щеки	втянуть обе щеки			
Экспериментальная группа											
1/1	3	1	3	3	2	2	3	3	20	83%	С
2/2	3	1	3	3	3	3	3	3	23	96%	ВС
3/3	3	1	3	3	3	3	3	3	23	96%	ВС
4/4	3	0	3	3	3	3	3	3	21	87%	ВС
5/5	3	3	3	3	3	3	3	3	24	100%	ВС
6/6	3	1	3	3	3	3	3	3	22	92%	ВС
7/7	3	1	3	3	3	3	3	3	22	92%	ВС
8/8	3	3	3	3	3	3	3	3	24	100%	ВС
9/9	2	1	3	3	3	2	3	3	20	83%	С
10/10	3	1	3	3	3	3	3	3	22	92%	ВС
Контрольная группа											
1/11	2	1	3	3	3	3	3	3	21	87%	ВС
2/12	2	1	3	3	3	3	3	3	21	87%	ВС
3/13	2	2	3	3	3	3	3	3	21	87%	ВС
4/14	1	2	3	3	3	3	3	3	21	87%	ВС
5/15	1	0	2	3	3	2	3	3	17	71%	С
6/16	2	1	3	3	3	3	3	3	21	87%	ВС
7/17	3	1	2	3	3	3	3	3	21	87%	ВС
8/18	3	1	3	3	3	3	3	3	21	87%	ВС
9/19	3	2	3	3	3	2	3	3	22	92%	ВС
10/20	2	2	3	3	3	3	3	3	22	92%	ВС

Продолжение приложения К

Протокол №7. Обследования состояния артикуляционной моторики детей на контрольном этапе эксперимента.

порядк овый номер ребенк а	пробы (оценивается в баллах)																всего балло в (мак 48)	% соотн оше ние	уров ень
	н. челюсть		губы						язык						мяг. Нёб о				
	открыть- закрыть	подвигать впр.- влев	улыбка	трубочка	улыбка трубочка	подними в. Губу	опусти н. губу	окошечко	лопата	жало	лопата жало	качели	маятник	чашечка	вкусное варенье	зевнуть			
Экспериментальная группа																			
1	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	2	2	1	3	39	81%	С
2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	2	3	44	91%	BC
3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	47	98%	BC
4	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	45	94%	BC
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	47	98%	BC
6	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	46	96%	BC
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	48	100%	BC
8	3	3	3	3	3	1	3	3	2	3	2	3	3	3	2	3	43	89%	BC
9	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2	2	3	3	2	3	3	42	87%	BC
10	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	2	3	2	3	3	3	43	89%	BC
Контрольная группа																			
11	3	3	3	3	3	2	1	2	2	3	2	3	3	3	2	3	41	85%	BC
12	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	2	3	3	2	2	42	87%	BC
13	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	2	3	1	1	3	41	85%	BC
14	3	3	3	3	3	1	2	2	3	3	2	2	3	3	2	3	41	85%	BC
15	3	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	3	39	81%	С
16	3	3	3	3	3	1	3	3	2	2	2	2	3	3	2	3	41	85%	BC
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	45	94%	BC
18	3	3	3	3	3	2	2	3	2	3	2	2	3	2	2	3	41	85%	BC
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	46	96%	BC
20	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	45	94%	BC

Продолжение приложения К

Протокол №8. Контрольное обследования динамической организации движений артикуляционного аппарата детей на конечном этапе формирующего эксперимента.

№ ребенка	пробы (оценка в баллах)						всего баллов (18)	% соотношение	уровень
	1	2	3	4	5	6			
Экспериментальная группа									
1	3	3	2	1	1	3	13	72%	С
2	3	3	3	2	2	3	16	89%	BC
3	2	3	3	2	3	3	16	89%	BC
4	3	3	3	2	2	3	16	89%	BC
5	3	3	3	2	2	3	16	89%	BC
6	3	3	3	2	2	3	16	89%	BC
7	3	3	3	2	2	3	16	89%	BC
8	3	3	3	2	2	3	16	89%	BC
9	2	3	3	1	1	3	13	72%	С
10	3	3	3	2	2	3	16	89%	BC
Контрольная группа									
11	3	3	3	2	2	3	16	89%	BC
12	3	3	3	3	2	3	17	94%	BC
13	3	3	3	3	2	3	17	94%	BC
14	3	2	3	2	2	3	15	83%	С
15	3	3	2	1	1	3	13	72%	С
16	3	3	3	3	2	3	16	89%	BC
17	2	2	3	2	2	3	14	78%	С
18	3	3	3	2	2	3	16	89%	BC
19	3	3	3	2	2	3	16	89%	BC
20	3	3	3	2	2	3	16	89%	BC

Таблица 10 – Контрольный сводный протокол состояния подвижности артикуляционного аппарата у детей.

№ ребенка	результат серии (оценка в баллах)			всего баллов(90)	% соотношение	уровень
	№1	№2	№3			
Экспериментальная группа						
1	20	39	13	74	81%	С
2	23	44	16	83	92%	ВС
3	23	47	16	86	95%	ВС
4	21	45	16	82	91%	ВС
5	24	47	16	87	97%	ВС
6	22	46	16	84	94%	ВС
7	22	48	16	86	95%	ВС
8	24	43	16	86	95%	ВС
9	20	42	13	75	83%	С
10	22	43	16	81	90%	ВС
Контрольная группа						
11	21	41	16	78	86%	ВС
12	21	42	17	80	89%	ВС
13	21	41	17	79	88%	ВС
14	21	41	15	76	84%	С
15	17	39	13	76	84%	С
16	21	41	16	78	86%	ВС
17	21	45	14	80	89%	ВС
18	21	41	16	78	86%	ВС
19	22	46	16	80	89%	ВС
20	22	45	16	79	88%	ВС

Протокол №9. Обследование состояния звукопроизношения детей на контрольном этапе эксперимента.

Звуки № ребен- ка	свистящие					бал -лы	шипящие				бал -лы	р-рь		бал -лы	л-ль		бал -лы	ран- него онто- генеза	бал -лы	всего бал- лов (20)	% соотно- шение	уров- ень
	с	сь	з	зь	ц		ш	ж	ч	щ		р	рь		л	ль						
Экспериментальная группа																						
1	+	+	+	+	+	4	+	+	+	+	4	+	вр	3	+	+	4	+	4	19	95%	BC
2	+	+	+	+	+	4	+	+	+	+	4	+	+	4	+	+	4	+	4	20	100%	BC
3	+	+	+	+	+	4	+	+	+	+	4	+	+	4	+	+	4	+	4	20	100%	BC
4	+	+	+	+	+	4	+	+	+	+	4	+	+	4	+	+	4	+	4	20	100%	BC
5	+	+	+	+	+	4	+	+	+	+	4	+	+	4	+	+	4	+	4	20	100%	BC
6	+	+	+	+	+	4	+	+	+	+	4	+	+	4	+	+	4	+	4	20	100%	BC
7	+	+	+	+	+	4	+	+	+	+	4	+	+	4	+	+	4	+	4	20	100%	BC
8	+	+	+	+	+	4	+	+	+	+	4	+	+	4	+	+	4	+	4	20	100%	BC
9	+	+	+	+	+	4	вр	вр	+	+	3	+	+	4	вр	вр	3	+	4	18	90%	BC
10	+	+	+	+	+	4	+	+	+	+	4	+	+	4	+	+	4	+	4	20	100%	BC
Контрольная группа																						
11	+	+	+	+	+	4	+	+	+	+	4	+	+	4	+	+	3	+	4	19	100%	BC
12	+	+	+	+	+	4	+	+	+	+	4	+	+	4	+	+	4	+	4	20	100%	BC
13	+	+	+	+	+	4	+	+	+	+	4	+	+	4	вр	вр	3	+	4	19	95%	BC
14	ав	+	ав	+	ав	2	ав	ав	+	+	2	+	+	4	+	+	4	+	4	16	80%	C
15	+	+	+	+	+	4	+	+	+	+	4	+	+	4	+	+	4	+	4	20	100%	BC
16	+	+	+	+	+	4	+	+	+	+	4	вр	вр	3	вр	+	3	+	4	17	85%	BC
17	вр	+	вр	+	+	3	вр	вр	+	+	3	+	+	4	+	+	4	+	4	18	90%	BC
18	вр	вр	вр	вр	вр	3	+	+	+	+	4	+	+	4	+	+	3	+	4	18	90%	BC
19	+	+	+	+	+	4	+	+	+	+	4	+	+	4	+	+	4	+	4	20	100%	BC
20	+	+	+	+	+	4	+	+	+	+	4	ав	+	2	ав	+	2	+	4	16	80%	C

Протокол №10. Обследование внимания у детей на контрольном этапе эксперимента.

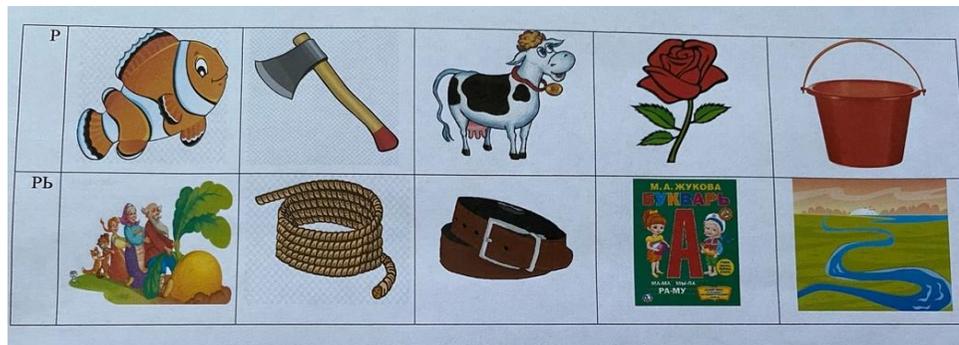
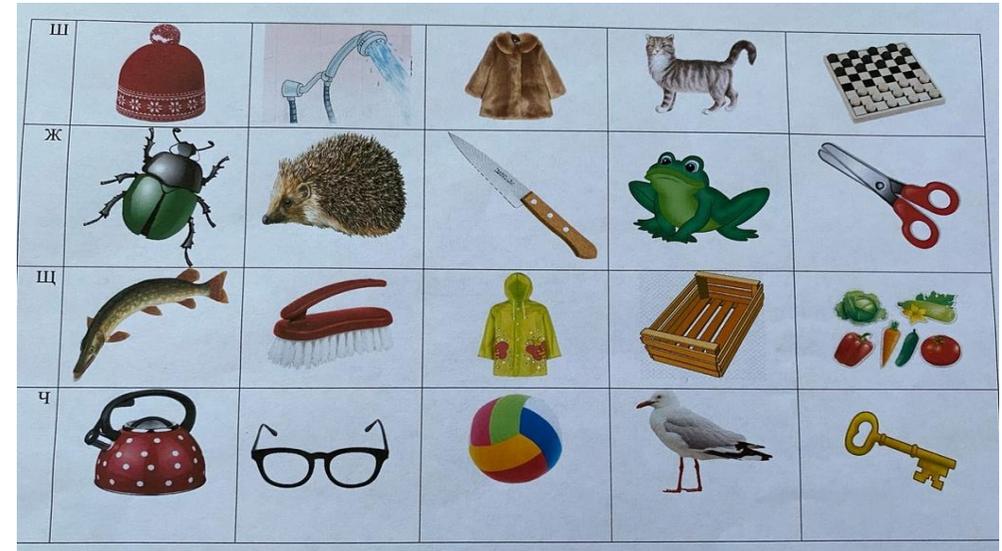
№ ребенка	количество баллов			общее кол-во баллов (12)	% соотношение	Уровень развития
	серия 1	серия 2				
	1	1	2			
Экспериментальная группа						
1	4	3	4	11	92%	BC
2	3	4	4	11	92%	BC
3	1	2	4	7	58%	HC
4	2	4	4	10	83%	C
5	3	3	4	10	83%	C
6	3	4	4	11	92%	BC
7	4	4	4	12	100%	BC
8	2	1	4	7	58%	HC
9	2	1	4	7	58%	HC
10	4	3	4	11	92%	BC
Контрольная группа						
11	3	4	4	11	92%	BC
12	4	4	4	12	100%	BC
13	4	2	4	10	83%	C
14	3	1	3	7	58%	HC
15	3	4	4	11	92%	BC
16	3	2	4	9	75%	C
17	4	2	4	10	83%	C
18	4	2	4	10	83%	C
19	4	4	4	12	100%	BC
20	4	2	4	10	83%	C

Результаты обследования детей по трем блокам контрольного эксперимента

Протокол №11. Сводные результаты по трем блокам контрольного эксперимента

Блоки № участника	подвижность моторики артик-го аппарата		звукопроизношение		внимание	
	%	уровень	%	уровень	%	уровень
экспериментальная группа						
1	81%	С	95%	BC	92%	BC
2	92%	BC	100%	BC	92%	BC
3	95%	BC	100%	BC	58%	HC
4	91%	BC	100%	BC	83%	С
5	97%	BC	100%	BC	83%	С
6	94%	BC	100%	BC	92%	BC
7	95%	BC	100%	BC	100%	BC
8	95%	BC	100%	BC	58%	HC
9	83%	С	90%	BC	58%	HC
10	90%	BC	100%	BC	92%	BC
контрольная группа						
11	86%	BC	100%	BC	92%	BC
12	89%	BC	100%	BC	100%	BC
13	88%	BC	95%	BC	83%	С
14	84%	С	80%	С	58%	HC
15	84%	С	100%	BC	92%	BC
16	86%	BC	85%	BC	75%	С
17	89%	BC	90%	BC	83%	С
18	86%	BC	90%	BC	83%	С
19	89%	BC	100%	BC	100%	BC
20	88%	BC	80%	С	83%	С

Стимульный материал для диагностики звукопроизношения представлен картинным пособием



Дидактический материал к упражнениям

«Шкатулка успеха»



«Садим огород»



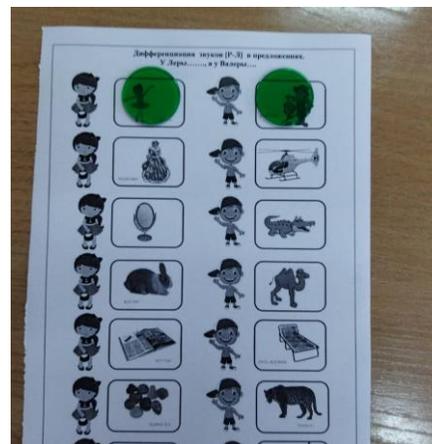
«Корзина неправильных слов»



«Квазиомонимы» с фишками



Речевой материал и «Фишки»



«Крышка – крышка на кружке – кружка на крышке»



Дидактический материал к упражнениям

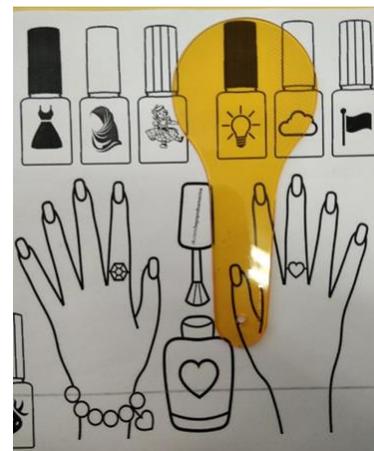
«Коврики» (варианты): красный стульчик на красном кружке, под зеленым яблоком красный кружок, и т.д.



«Добль» (пример на тему «Урожай»)

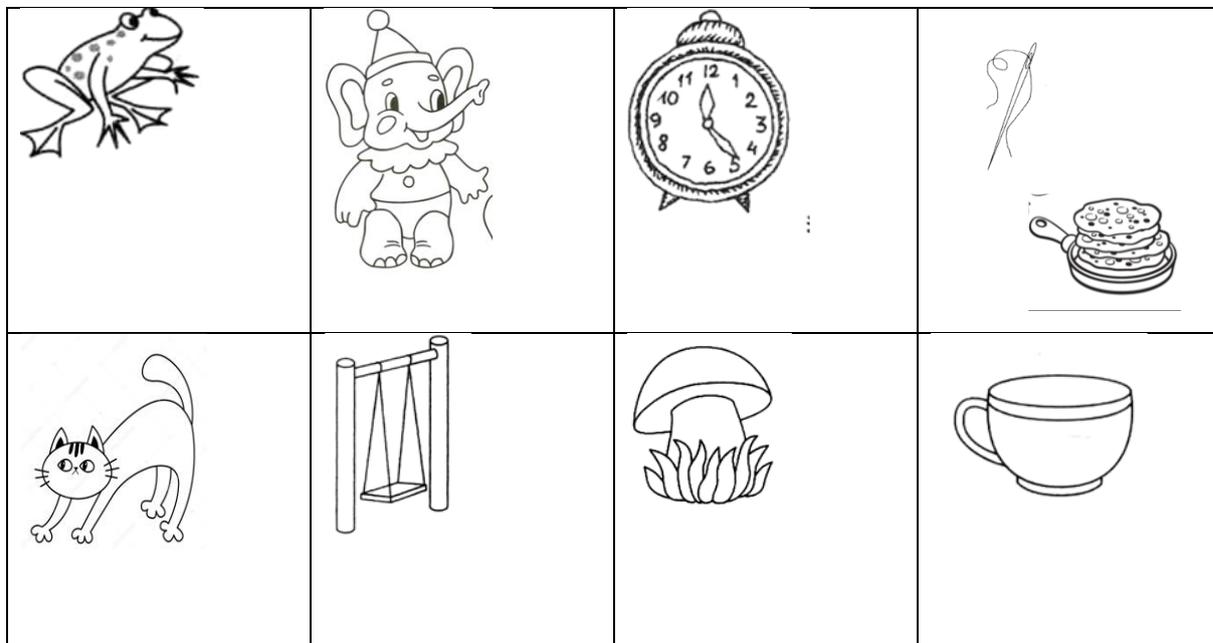


«Лупа» на звук Л

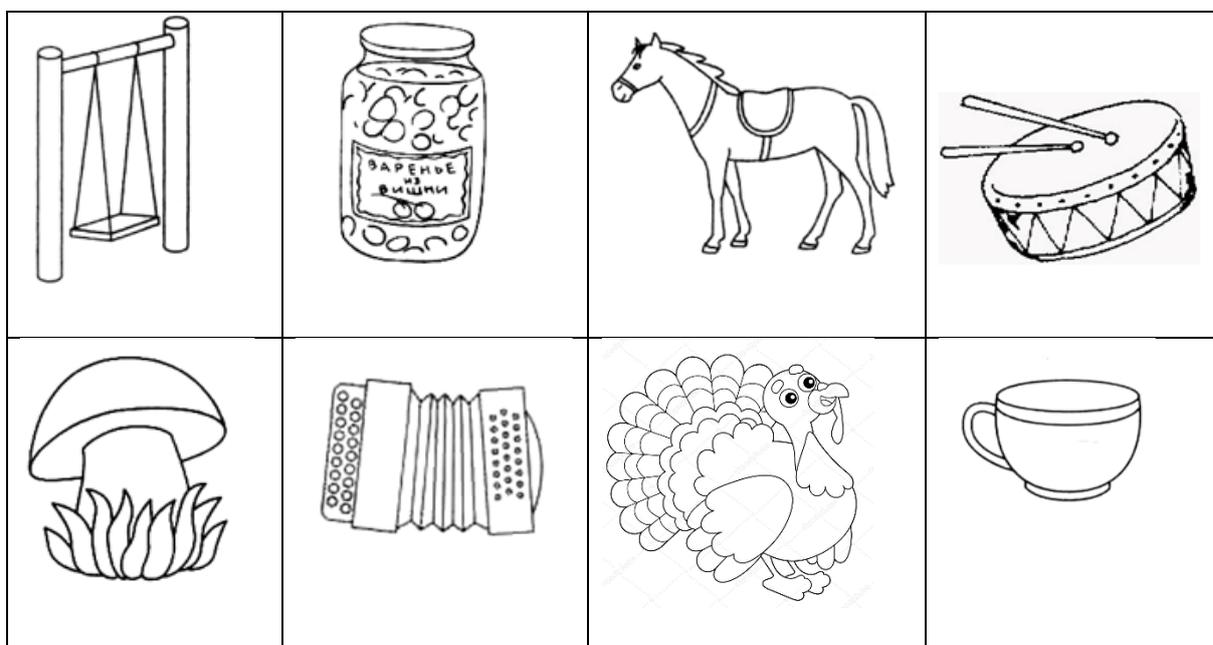


Схемы комплекса артикуляционных упражнений

1. Общий комплекс: лягушка, слоник, часики, иголочка–блинчик, киска сердится, качели, грибок, чашечка.



2. Комплекс для верхнего подъема языка: качели, вкусное варенье, лошадка, барабанщик, грибок, гармошка, индюшата, чашечка.



Комплекс упражнений на автоматизацию звуков в слогах и словах с учетом нарушения внимания

Название	Задача	Краткое содержание
Поймай комара	Снятие напряжения, автоматизация изолированного звука [з] ([з'] – «маленький комарик»).	Как пищит комар? Давайте представим, что наступило лето, я открыла форточку, и к нам в комнату влетел комар. По команде «Начали!» мы будем «ловить комара» и при этом пищать ззззззз (ребенок «ловит комара» в своем темпе). По команде «Стой!» мы должны сесть.
Передай настроение	Снятие напряжения, развитие самоконтроля над действиями и внимания к речи собеседника и своей, автоматизация звуков в слогах, в словах.	Произносить слоги и одновременно выполнять несложные движения пальцами рук или рисовать пальцем повторяющиеся фигуры. Например, произнося слоги са-со-су-сы (можно слова: Рома-рама, шаль-жаль) ребенок одновременно «лепит снежок». Произносить слоги с различной интонацией и соответствующим выражением лица. Кто выполняет без ошибок – ведущий.
Тихо - громко	Развитие громкости голоса, слухового внимания, автоматизация звуков в словах.	Предложить ребенку произнести цепочку из слов или назвать ряд картинок на автоматизируемый звук: 1-«тихо», 2- «громко», 3- «тихо» и т. д. Можно рассказывать чистоговорки, стихи, считалочки, квазиомонимы по картинкам на отрабатываемые звуки и пр.
Снежки	Снятие напряжения, развитие самоконтроля над действиями и внимания к речи собеседника и своей, автоматизация звуков в слогах, в словах.	Парное или групповое упражнение. Используется бумага, скомканная в шарики. Задача игроков - закидать команду противника шариками, произнося слоги (слова) на автоматизируемые звуки (ла, ро и т.п.) соперники следят за речью друг друга, и если слышат ошибку, выдают камешек «марблс». Шарик, попавший на территорию, нужно перебрасывать обратно, побеждает та команда, на территорию которой останется меньше шариков. Время по песочным часам.
Зеркало (применяется на всех этапах)	Снятие напряжения, развитие самоконтроля и внимания к речи собеседника и своей, автоматизация звуков в слогах, в словах, предложениях.	Два ребенка, или ребенок и взрослый сидят друг против друга, один из них называет изолированно звуки (слова по картинкам, предложения по картинкам), а другой все повторяет. Награда – камешек «марблс». У кого больше камешков, тот получает наклейку.

Продолжение приложения Т

Комплекс упражнений на автоматизацию поставленных звуков в словосочетаниях, предложениях и словах с учетом нарушения внимания

Название	Задача	Краткое содержание
Кричалки-шепталки-молчалки	Развитие зрительного и слухового внимания, саморегуляции, автоматизация звуков в словах и предложениях.	Упражнение парное или групповое. У детей набор картинок или предметов, на автоматизируемые звуки. У ведущего камешки «марблс» (для поощрения), 3 силуэта ладоней вырезанные из картона: красная – молчалка, желтая - шепталка, зеленая – кричалка. Называют картинки по сигналу. Побеждает, у кого больше камешков.
Замени слово	Развитие самоконтроля над действиями и внимания к речи собеседника и своей, автоматизация звуков в предложениях, в чистоговорках, стихах.	На материале разученных фраз, стихов, чистоговорок. Ребенок должен несколько раз подряд произнести фразу. В первый раз он произносит вслух все слова (все стихотворение), во второй раз он одно слово вслух не произносит, только про себя, хлопая при этом один раз в ладоши. Количество слов уменьшается, а количество хлопков увеличивается. Другие варианты: хлопком заменяется только одно слово, но каждый раз разное; один ребенок заменяет хлопком, а другой отстукиванием. Пример: 1. Ехал грека через реку. 2. Ехал грека через (хлоп). 3. Ехал грека (хлоп) - (хлоп). 4. Ехал (хлоп) – (хлоп) - (хлоп). 5. (Хлоп) (хлоп) (хлоп) (хлоп).
Я - учитель	Развитие внимания, автоматизация звуков в предложениях.	Исправление неправильно произнесенных предложений. Дети по очереди рассказывают стихи, специально делая ошибки, а один из них исправляет. Например: «Шпит шпокойно штарый швон Штоя шпать умеет он.
Поймай неправильное слово	Контроль за речью другого, развитие внимания, саморегуляции.	Один наблюдатель – ребенок присутствует на занятии, и дает фишку тому, кто произнес звук неверно (и логопеду в том числе). Кто победит, тот следующий наблюдатель.
Лягушки на болоте	Автоматизация звуков л-ль, развитие внимания, самоконтроля	Речевой материал подбирается логопедом. Перед детьми сюжетная картинка с изображением болота и картинки «лягушек». I вариант: Если при повторении речевого материала допускается ошибка то на болото прискакивает лягушка. В конце игры ребенок наглядно видит, сколько он допустил ошибок. II вариант: На болоте сидят лягушки. Если

		ребенок повторяет речевой материал правильно, то лягушка исчезает.
--	--	--

Продолжение приложения Т

Комплекс упражнений на формирование коммуникативных навыков с учетом нарушения внимания

Название	Задача	Краткое содержание
Хочу все знать	Мотивация к учебной деятельности, самоконтроль поставленных звуков.	Подготовить сообщение – презентацию по лексической теме, но из жизни ребенка (о своем домашнем питомце, о любимом виде спорта) Задания могут быть дифференцированными, их нужно выполнять с родителями.
Коврики	Развитие внимания к речи собеседника и к собственной	Соревнование между двумя участниками
Мини спектакли	Развите внимания к собственной речи, формирование коммуникативных навыков	На базе заученных стихотворений 1й ребенок: Яму копал? 2й ребенок: Копал. 1й: В яму упал? 2й: Упал 1й: В яме сидишь? 2й: Сижу (и т.д.)
Добль	Развитие внимания, коммуникативных навыков	Настольная игра «Добль». Наборы картинок на разные лексические темам. Одинаковое количество карточек и изображением предметов по теме, посередине такое же количество перевёрнутых. Одну карточку переворачивают, а все игроки, кто быстрее, находят у себя такие же предметы, хватают ее и говорят различные фразы (я сварю морковь). Побеждает тот, у кого оказалось больше предметов.
Расскажи историю	Развитие коммуникативных навыков, внимания к речи собеседника и собственной	С использованием приема мнемотехники, дети составляют рассказ (историю) о пресонажах. На фронтальном занятии можно попросить рассказать историю для всех детей.
Ноги вместе – руки врозь	Развитие внимания (распределения, концентрации), развитие коммуникативных навыков.	На фронтальном занятии курса «Произношение» детям предъявляются картинки в (лучше в формате PowerPoint. Дети их называют и одновременно выполняют движения руками и ногами. Кто сделал ошибку, тот садится. Последний оставшийся – победитель.
Кто быстрее	Развитие внимания к речи собеседника	Парное или подгрупповое упражнение. Дети по очереди рассказывают одну скороговорку (рассказ, стихотворение) по очереди и засекают время на секундомере (один из участников). Остальные хлопают, когда ребенок произносит неправильно звук в слове. Задача не ошибиться и рассказать быстрее.
Небылицы	Развитие внимания к речи собеседника	Педагог начинает рассказывать историю, а дети по очереди продолжают, передавая друг другу

Приложение У

**План - конспект подгруппового занятия. Дата проведения: 3.03.2021г.
Тема: «Автоматизация звука [с] в предложениях и скороговорках»**

Занятие для обучающихся по АООП ДО для детей с ТНР, подготовительная группа. Виолетта 6 лет 5 месяцев, Слава 6 лет 2 месяца.

Логопедическое заключение: ОНР IV, дизартрия (все звуки поставлены).

Цель: формирование правильного произношения звука [с].

Задачи.

1. Продолжать укреплять моторику артикуляционного аппарата.
2. Уточнить артикуляцию и произношение [с].
3. Закреплять навык выполнения звукового анализа слов.
5. Продолжать учить произносить звук [с] в предложениях, скороговорках.
7. Продолжать развивать интонационную выразительность речи.
8. Развивать внимание, самоконтроль.

ОБОРУДОВАНИЕ: пенал для выполнения звукового анализа, схемы для артикуляционной гимнастики, 2 шкатулки, игрушки «Скрепьши» для призов, картинки для выполнения звукового анализа слов, картинки для автоматизации звука [с].

Ход занятия

1. Организационный момент. Задача: организовать детей на работу, сообщить тему занятия.

Логопед: сегодня мы с вами будем учиться правильно произносить звук, при котором язычок находится за нижними зубами, зубки почти сомкнуты, но не закрыты, струя воздуха холодная и произносится он без голоса.

Дети: звук ссссс.

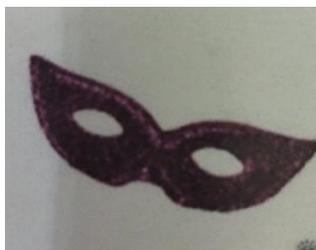
Логопед: выберите себе «Скрепьша», и спрячьте в свою «Шкатулку успеха». Приз заберете в конце занятия, если выполните все задания правильно.

2. Артикуляционная гимнастика. Задача: укреплять моторику артикуляционного аппарата (по схеме).



3. Развитие навыков звукового анализа. Задача: выполнять звуковой анализ слова без речевого образца, давать характеристику звукам.

Логопед: Вот теперь язычок стал хорошо работать. Ребята вот каждому картинка, нужно выполнить звуковой анализ слова (маска, сумка)



Дети выполняют звуковой анализ слова с помощью пеналов. Дают характеристику каждому звуку (СУМКА: звук с – согласный, твердый, глухой, и т.д.).

Логопед: отлично справились. Пришло время поиграть.

4. Формирование коммуникативных навыков. Задача: формировать навык правильного произношения звука [с] в скороговорке, самостоятельно составлять предложения по картинкам. Развивать внимание к речи собеседника и собственной.

Игра с мячом.

Логопед: Какую вы знаете скороговорку про Славу?

Виолетта: Съел Слава сало,
Да сала было мало

Логопед: давайте рассказывать по одному слову и бросать мяч друг другу.

Дети с логопедом рассказывают 3 раза, по очереди начиная скороговорку.

Упражнение «Квэст».

Логопед: Предлагаю вам отыскать картинки в кабинете и рассказать, что там нарисовано. Но если Слава услышит, что Виолетта произносит слово неправильно, то дает ей камешек. Так же и Виолетта слушает внимательно Славу.





Дети отыскивали картинки с изображениями «совы» и друг другу рассказывали, что они увидели на картинках.

Дети: У совы на сундуке стакан с соком. У совы на сундуке сабля. У совы на сундуке пёс.

Аналогично все картинки.

Логопед: Пришло время посчитать камешки. Вы все слова говорили правильно и никто не ошибся? Замечательно!

6. Итог занятия. Задача: завершить занятие на положительном фоне, настроить ребенка на повторение материала.

Логопед: Молодцы, вы справились со всеми заданиями! Сейчас можете забрать свои призы в «Шкатулке успеха». Эти картинки будут у вас в тетради. Какой звук мы учились произносить? Покажите это воспитателям и маме и еще раз дома повторите упражнения.