

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

Институт социально-гуманитарных технологий
Кафедра коррекционной педагогики

МАРКОВА АННА СЕРГЕЕВНА

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

**ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ У
СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С ДИЗАРТРИЕЙ**

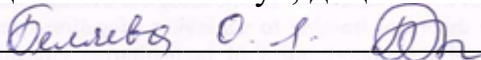
Направление подготовки 44.03.03 Специальное (дефектологическое)
образование

Направленность (профиль) образовательной программы
Логопедия

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ

Заведующий кафедрой

канд. педагогических наук, доцент Беляева О. Л.

_____ 

Научный руководитель

канд. педагогических наук, доцент Мамаева А.В.

_____ 

Дата защиты

Обучающийся

Маркова А.С.

_____ 

Оценка _____

Красноярск 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА I. НАУЧНО-ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ НАРУШЕНИЯ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ У СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С ДИЗАРТРИЕЙ.....	7
1.1. Развитие произносительной стороны речи в онтогенезе.....	7
1.2. Особенности развития звукопроизношения при дизартрии.....	16
1.3. Анализ существующих подходов к проблеме диагностики и коррекции нарушений звукопроизношения	23
Выводы по главе 1.....	33
ГЛАВА II. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ НАРУШЕНИЯ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ У СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С ДИЗАРТРИЕЙ.....	35
2.1. Организация и методика констатирующего эксперимента.....	35
2.2. Анализ результатов констатирующего эксперимента.....	42
2.3. Методические рекомендации по коррекции нарушения звукопроизношения у старших дошкольников с дизартрией.....	53
Выводы по главе 2.....	67
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	70
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	75
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	81

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. В современных реалиях предъявляются высокие требования к речевому развитию детей дошкольного возраста. Вступивший в силу Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 01.09.2013 № 273–ФЗ ст.79 (ред. от 07.03.2018) задает новые направления в поисках организации обучения дошкольников. Содержание образовательной работы в ДОО в соответствии с ФГОС ДО направлено на усвоение норм и ценностей, принятых в обществе, развитие коммуникативных навыков детей [45].

В последние годы с ростом нервно-психических и соматических заболеваний дошкольников, задерживается формирование у детей всех психических функций и, как следствие, все больше появляется детей с нарушениями речи.

В настоящее время наметилась тенденция увеличения количества детей с дизартрией, нарушением звукопроизношения. Как указывает Л.С. Волкова: «...в 50-е гг. отмечается 17% нарушений звукопроизношения, а в конце XX в. и начале XXI – 52,5%, из них 35,8% составили в основном стертые или выраженные дизартрии...» [9, с. 53].

Проблема дизартрии детского возраста разрабатывается в клиническом, нейролингвистическом, психолого-педагогическом направлениях. Дизартрия, как сложный речевой дефект интенсивно изучается и освещается в работах отечественных и зарубежных ученых и педагогов: Е.Ф. Архиповой [2], Л.А. Брюховских [7], Е.Н. Винарской [8], Г.В. Гуровец [16], М.В. Ипполитовой [31], Р.И. Лалаевой [22], Р.И. Мартыновой [30], К.А. Мастюковой [31], О.В. Правдиной [39]. В их работах освящаются научные представления о причинах, механизмах, патогенезе, характере речевых и неречевых нарушениях, а также коррекции звукопроизводительной стороны речи.

Как отмечают многие исследователи (Е.Ф. Архипова, Е.Н. Винарская, Г.В. Гуровец, Л.В. Лопатина, С.И. Маевская, Л.А. Позднякова, О.В. Правдина, Е.Ф. Собонович и др.), при дизартрии основным симптомом является нарушение у детей звукопроизношения, которое характеризуется смешением, искажением, заменой и отсутствием звуков.

Своевременное устранение недостатков произношения поможет предотвратить отрицательное влияние речевых расстройств на формирование личности и на все психическое развитие ребенка.

Возникает противоречие, в том, что существует разнообразная теоретическая база по данной проблеме, а в педагогической практике дошкольных образовательных учреждений происходит прямой перенос методических подходов, рекомендуемых для детей с нормальным речевым развитием, к детям с дизартрией оказывается неэффективным, так как не учитывает специфических особенностей развития артикуляционной моторики, просодических компонентов, состояния звукопроизношения и фонематического восприятия данной категории дошкольников.

В связи с этим, все вышесказанное обуславливает необходимость детального практического изучения нарушений звукопроизношения старших дошкольников при дизартрии и составление методических рекомендаций по преодолению нарушений звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией с учетом выявленных особенностей.

Цель исследования: выявить особенности звукопроизношения у старших дошкольников с дизартрией и на основе выявленных особенностей составить методические рекомендации по коррекции нарушений звукопроизношения.

Объект исследования: звукопроизношение у старших дошкольников с дизартрией.

Предмет исследования: особенности звукопроизношения у старших дошкольников с дизартрией.

Гипотеза исследования: мы предполагаем, о наличии особенностей звукопроизношения у старших дошкольников с дизартрией, характеризующиеся смазанностью, нечеткостью, ухудшением звукопроизношения в спонтанном речевом потоке. Данные особенности могут проявляться в фонологических и антропофонических нарушениях звукопроизношения – это замены, смешения, пропуски и искажения. А так же, мы выдвигаем предположение о тенденции к наличию прямой зависимости между нарушениями подвижности артикуляционного аппарата и звукопроизношения; нарушениями звукопроизношения и фонематического восприятия у старших дошкольников с дизартрией.

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

1. Проанализировать психолого-педагогическую и логопедическую литературу по теме исследования.
2. Провести констатирующий эксперимент и дать его анализ по выявлению состояния подвижности артикуляционного аппарата, особенностей звукопроизношения и фонематического восприятия; проанализировать и сопоставить уровни сформированности подвижности артикуляционного аппарата и звукопроизношения; уровни сформированности звукопроизношения и фонематического восприятия у старших дошкольников с дизартрией.
3. Составить методические рекомендации по коррекции нарушений звукопроизношения разных групп звуков у старших дошкольников с дизартрией.

Методологической и теоретической основой исследования явились положения общей и специальной психологии о единстве общих закономерностей нормальных и аномальных детей (Л.С. Выготский, А.Р. Лурия); о системном подходе к анализу речевых нарушений (Р.И. Левина, А.Р. Лурия); на современных представлениях специальной

психологии и педагогики о сущности речевого дефекта у детей с дизартрией, о диалектическом единстве речевого и психического развития, о комплексном, системном и функционально-семантическом подходах к обследованию имеющих отклонений в развитии.

Методы исследования:

– теоретические: изучение, теоретический анализ и синтез научной литературы по изучаемой проблеме, нормативно-правовых документов, учебных программ образовательных учреждений; анализ медицинской и педагогической документации; систематизация, классификация, сравнение, прогнозирование, планирование;

– эмпирические: беседы с педагогами и родителями; наблюдение; констатирующий эксперимент.

– интерпретационные: качественная и количественная оценка итогов констатирующего эксперимента.

База исследования: муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение «Детский сад № 33 комбинированного вида» (МБДОУ № 33) города Красноярск.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что подтверждены и дополнены имеющиеся научные данные по проблеме особенностей звукопроизношения у старших дошкольников дизартрией.

Практическая значимость: представленные в данной работе методические рекомендации по преодолению нарушений звукопроизношения разных групп звуков у старших дошкольников с дизартрией могут быть использованы логопедами, педагогами и родителями детей с дизартрией.

Структура квалификационной работы: работа состоит из двух глав, введения, заключения, списка использованных источников и приложений.

ГЛАВА I. НАУЧНО-ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ НАРУШЕНИЯ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ У СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С ДИЗАРТРИЕЙ

1.1. Развитие произносительной стороны речи в онтогенезе

Звук речи – это минимальная, не членимая речевая единица. Звуки как материальные знаки языка выполняют две функции: доведения речи до восприятия слухом и различения значимых единиц речи (морфем, слов, предложений). Постановка правильного звукопроизношения тесно связана с выработкой лучшей координации органов артикуляционного аппарата детей. Исследователи детской речи подчеркивают, что звуковая сторона речи является тем средством, которое позволяет каждому из участников речевого общения передавать другим содержание своих мыслей, задавать вопросы, договариваться со сверстниками о совместной игре. Фонетические наблюдения детей над артикуляцией создают основу не только для формирования речевого слуха, но и для развития культуры устной речи и ее произносительном аспекте [35].

Звукопроизношение – это процесс образования речевых звуков, осуществляемый энергетическим (дыхательным), генераторным (голосообразовательным) и резонаторным (звукообразовательным) отделами речевого аппарата при регуляции со стороны центральной нервной системы [38].

В образовании звуков задействован весь речевой аппарат: губы, зубы, язык, небо, маленький язычок, надгортанник, полость носа, глотка, гортань, трахея, бронхи, легкие, диафрагма. Ротовая полость, благодаря наличию подвижных органов (губ, языка, мягкого неба, маленького язычка), может менять свою форму и объем. Наиболее активными и подвижными артикуляционными органами являются язык и губы, которые умеют

производить различные движения и окончательно формируют каждый звук речи.

Изучая процесс формирования артикуляционного праксиса в онтогенезе, мы видим, что ребенок рождается с готовыми для функционирования органами артикуляции, но необходим длительный период времени, прежде чем он овладеет членораздельными звуками речи.

Ряд исследователей отмечают что, речь формируется у ребенка постепенно, вместе с его развитием, и проходит ряд качественно последовательных периодов развития.

Этапы и закономерности усвоения фонетической стороны речи у детей в речевом онтогенезе представлены в работах: Е.Ф. Архиповой [1], Л.И. Беляковой [6], А.Н. Гвоздева [14], Л.В. Неймана [33], Т.Б. Филичевой [47], Ж.В. Флеровой [48], М.Ф. Фомичевой [49], С.В. Цейнтлин [52] и имеют ряд особенностей.

Т.А. Гарева описывает то, что усвоение ребенком родного языка проходит со строгой закономерностью и характеризуется рядом черт, общих для всех детей. Формирование речи ребенка происходит под влиянием речи взрослых и в огромной степени зависит от достаточной речевой практики, речевого окружения, воспитания и обучения ребенка с первых дней его жизни [13].

А.А. Леонтьев в концепции «речевого онтогенеза» разделил весь процесс формирования речевой деятельности на ряд последовательных периодов: 1-й – подготовительный (с момента рождения до одного года); 2-й – преддошкольный, этап первоначального овладения языком (от года до 3 лет); 3-й – дошкольный (от 3 до 7 лет); 4-й – школьный (от 7 до 17 лет) [24].

Первые голосовые реакции, которые появляются у ребенка это крик и плач. Эти звуки еще не имеют ничего общего с речью, но они очень важны, поскольку способствуют развитию тонких и разнообразных движений трех отделов речевого аппарата: дыхательного, голосового и артикуляционного.

Уже в первых криках новорожденного можно различать сходство некоторых гласных и согласных звуков [52].

По мнению А.Н. Гвоздева, крики новорожденных рассматриваются как звук гласного типа разной степени открытости, крик невозможно разбить на отдельные элементы и выделить в нём те или иные звуки. Автор отмечает, что в онтогенезе речевой деятельности определяющей является артикуляционная сложность звуков [14].

Р.В. Тонкова-Ямпольская указывает, что во время крика ребенка активизируются специфические зоны коры головного мозга. При крике ребенок слышит свой крик, импульсы достигают слухо-речевых и речедвигательных зон коры, а отсюда передаются на органы артикуляции, постепенно давая им толчок к развитию. При рефлекторном крике, у ребенка напрягается и растягивается круговая мышца рта, мягкое небо то опускается, то поднимается.

С.Д. Мелешко отмечает, что из звуков кряхтения, натуживания, стоны, хныканья уже на первой неделе жизни можно выделить звуки: «кхе, гхх, аф, пм, пб» и др.

Далее следует период гуления (2–6 месяцев). Этот период у детей совпадает с активизацией общей моторики. Ребенок начинает произносить звуки с участием губ и языка и, главное, становится заметно, что ребенок сам получает от них удовольствие [14].

В этом периоде у ребенка появляется «комплекс оживления». Звуки гуления, хотя не несут смысловой нагрузки, с конца третьего месяца жизни становятся средством общения со взрослым в силу своей интонационной выразительности. В этот промежуток ребенок начинает осваивать сочетание гласных, которая начинается с освоения широкого гласного [А], а затем постепенно усваивается система из трех гласных (а, и, у). При появлении гуления и смеха становятся активными задняя и средняя части спинки языка [6].

Полноценное общение с ребенком в первые месяцы жизни стимулирует корковый и периферический отделы слухо-речевого анализатора ребенка, а его ответные голосовые реакции, вызванные по подражанию, развивают речедвигательный анализатор [3].

В период лепета (5–9 месяцев) ребенок учится прислушиваться к себе, соизмерять слуховое восприятие и двигательные реакции. На этом этапе формируется контроль над дыханием, изменяются параметры тона, громкость звуков [50].

В своих исследованиях Л.В. Нейман отмечала, что ранняя стадия лепета представляет собой, в отличие от крика, реакцию на раздражители положительного характера. В лепете можно различить довольно разнообразные звуковые комплексы [33].

Происходит упражнение голосовых связок, ребенок прислушивается к себе, соизмеряет свои слуховые и двигательные реакции [3].

Во время лепета у ребенка устанавливается связь между кинестетическими раздражениями от движений речевых органов и соответственными слуховыми раздражениями. Появляется тенденция к самоподражанию. Звуковой состав лепета постепенно пополняется [43].

В лепете встречаются большое количество согласных, преимущественно двугубые и заднеязычные. Постепенно к самоподражанию присоединяется подражание речи окружающих. Ведущую роль в дальнейшем развитии произносительных умений у ребенка начинает играть слух. При помощи которого ребенок воспринимает речь окружающих и контролирует свое произношение [1].

После восьми месяцев звуки, не соответствующие фонетической системе языка, постепенно начинают угасать. В этот период развития у ребенка начинает формироваться собственно речевая онтогенетическая память [35].

В первом полугодии жизни идет диффузная отработка координации фонаторно – дыхательных и артикуляторных механизмов, лежащих в основе формирования устной речи. Процесс интенсивного накопления звуков в лепете происходит в течение седьмого месяца жизни и совпадает с периодом миелинизации, значение которой заключается в том, что с её наступлением связан переход генерализованных движений к более дифференцированным (Н.А. Бернштейн).

Как указывает Т.Б. Филичева, М.Ф. Фомичева, в возрасте 7–9 месяцев ребенок начинает повторять за взрослым все более и более разнообразные сочетания звуков.

С 10–11 месяцев независимо от ситуации и интонации говорящего появляются реакции на сами слова.

В конце первого года жизни у ребенка на фоне продолжающегося лепета и «младенческого пения» появляются звукокомплексы, которые расцениваются окружающими как первые детские слова. По своему звуковому оформлению они могут быть близкими к лепетным звуко-комплексам («ма–ма», «па–па»). Важное отличие первых слов от лепета заключается в их осмысленности, отмечаемой окружающими [47, 50].

Е.Ф. Архипова считает, что при нормальном речевом общении детей с окружающими речевые связи образуются путем подражания и упрочиваются путем много рефлекторного повторения – физиологической эхолалии. Для того чтобы ребенок стал говорить, у него должны достигнуть определенного уровня развития речедвигательный, слухо-речевой анализаторы и органы артикуляции. Это созревание анатомическое и функциональное, они тесно связаны и взаимозависимы, что подчеркнуто в работах: И.А. Сикорского, И.А. Гвоздева, Д.Б. Элькониной, Г.Л. Розенгард – Пупко, Н.И. Касаткина, С.Д. Мелешко, Р.В. Тонковой – Ямпольской, Р. Якобсона.

К первому году жизни ребенка появляются смычки органов артикуляции, ребенок хорошо произносит согласные – [п], [б], [м], [н], в артикулировании которых язык вообще не участвует.

Все научные исследователи детской речи сходятся в мнении, что фонетический строй речи и словарь дети овладеют не параллельно, а последовательными скачками. Усвоение и развитие фонетической системы языка идет вслед за появлением слов, как семантических единиц. Ребенок упражняется в артикуляции отдельных звуков, слогов и слоговых комбинаций, происходит координация слуховых и речедвигательных образов, отрабатываются интонационные структуры родного языка, формируются предпосылки для развития фонематического слуха, без которого невозможно произнесение самого простого слова [49].

Таким образом, в первую очередь у детей в онтогенезе формируются звуки, определяющие ядро русской фонологической системы: [а], [о], [п], [м], [т’], [д’], [д], [б], [н]. Конец первого года жизни знаменуется появлением первых слов.

На втором году жизни, с появлением у ребенка первых слов заканчивается подготовительный этап и берет начало этап становления активной речи. Ребенок много и активно повторяет звукосочетания, короткие слова окружающих, при этом путая звуки, искажая, переставляя их местами и делая пропуски. В плане артикуляции ему становятся доступными простые движения, к полутора годам появляется возможность чередовать позиции (смычка – щель). Ребенок в состоянии произносить [ф], [в] (губно-зубные, без участия языка); [т], [д], [н] (язычно – зубные звуки, требующие лишь простого поднимания кончика языка к верхним зубам); [к], [г], [х], (язычно-задненебные) и звук [j]. В произношении твердых согласных в этот период характерно смягчение, палатизация, обусловленная дополнительным подъёмом средней части языка к небу – [т’], [д’], [с’], [з’]. В речи неумение

произносить свистящие, шипящие, аффрикаты, сонорные звуки заменяются либо пропускаются.

На протяжении 2-го и 3-го года жизни у ребенка происходит значительное накопление словарного запаса.

Дошкольный возраст – это период активного усвоения ребенком родного языка, становления и развития всех сторон речи. В дошкольном возрасте расширяется круг общения детей, они становятся более самостоятельными и выходят за рамки узкосемейных связей, начинают общаться с более широким кругом людей особенно со сверстниками.

Расширение круга общения требует от ребенка полноценного овладения средствами общения, основным из которых является речь. Высокие требования к развитию речи предъявляет и усложняющаяся деятельность ребенка [21].

В 3 года появляется умение произносить в стечении согласные. Появляются свистящие, дефекты смягчения и оглушения еще остаются (зонтик – сентик).

К 4 годам дефекты смягчения, оглушения свистящих звуков должны исчезнуть, появляются шипящие звуки.

К 5 годам появляются [р – рь], аффрикаты.

Исследования Т.Б. Филичевой, Г.В. Чиркиной, Е.Ф. Архиповой, Л.И. Беляковой подтверждают, что артикуляционная база в онтогенезе постепенно формируется к пяти годам. Для овладения правильным звукопроизношением ребенок должен уметь четко воспринимать и дифференцировать звуки речи на слух, а для правильного их воспроизведения иметь достаточно подготовленную артикуляционную базу:

- уметь выполнять тонкие дифференцированные движения органами артикуляции;
- не иметь патологических симптомов: гипертонуса, гипотонуса, гиперкинезов, девиации и других неврологических симптомов [3].

При нормальном речевом развитии к 5 годам дошкольники усваивают на практике все типы склонения существительных, основные формы согласования слов. Они используют в свободной самостоятельной речи все типы предложений [25].

К шести годам (старший дошкольный возраст 5–7 лет) дети способны правильно произносить все звуки родного языка и слова различной слоговой структуры.

В этот период дошкольники уже могут по мере необходимости изменять громкость и темп речи, умеют использовать интонационные средства выразительности. Достаточно сформированный фонематический слух позволяет детям выделять слоги или слова с заданным звуком из группы других слов, дифференцировать близкие по звучанию фонемы.

К 5–7 годам перечисленные выше дефекты произношения в большинстве случаев исчезают, и дети произносят все звуки речи правильно [2, 33].

Любые недостатки звукопроизношения, даже если они выражаются в простой замене какого-то звука правильно произносимым другим звуком после 5–6 лет уже нельзя считать нормой.

Для нормально-типично развивающихся детей 5–6 возраста характерно правильное произнесение всех звуков родного языка и слов различной слоговой структуры. Произносительная сторона речи ребенка седьмого года жизни максимально приближена к речи взрослых, с учетом норм литературного произношения.

Если к отмеченному возрасту этого нет, значит, существуют какие-то особые причины, препятствующие полноценной работе речедвигательного или речеслухового анализаторов [11].

Следовательно, изучив формирование звукопроизношения в онтогенезе, мы выявили, что звук, с физической точки зрения, есть колебательное движение упругой среды, вызываемое обычно колебанием

какого-нибудь тела и воспринимаемое слухом [38, с. 5]. А звукопроизношение – это процесс образования речевых звуков, осуществляемый энергетическим (дыхательным), генераторным (голосообразовательным) и резонаторным (звукообразовательным) отделами речевого аппарата при регуляции центральной нервной системы [36].

Возрастные нормы развития звукопроизношения детей дошкольного возраста формируется постепенно и указанные периоды не имеют конкретных рамок. Каждый из них плавно перетекает в последующий. Своевременное и правильное развитие речи у детей возможно при следующих условиях: полноценном речевом окружении, психическом и соматическом здоровье.

Таким образом, процесс формирования артикуляционной моторики можно представить в следующей последовательности:

- к первому году жизни у ребенка появляются смычки органов артикуляции; к полутора годам появляется возможность чередовать позиции (смычка – щель);

- к концу второго года жизни артикуляционный аппарат ребенка готов к простым движениям;

- после трех лет ребенок может поднимать кончик языка вверх и напрягать спинку языка;

- к 4–4,5 годам ребенок овладевает четким выделением кончика языка, его способностью становиться тонким, а к пяти годам появляется возможность вибрации кончика языка;

- у детей в возрасте 5–7 лет при нормальном развитии и полноценном речевом окружении артикуляционная база сформирована и звуковая сторона речи усвоена.

1.2. Особенности развития звукопроизношения при дизартрии

В настоящее время существует достаточно много исследований по проблеме нарушений звукопроизношения у детей с дизартрией. Подобными исследованиями занимались: Р.А. Белова-Давид [4], Г.В. Гуровец [16], Л.В. Лопатина [27], Р.И. Мартынова [30], Е.М. Мастюковой [31], И.И. Панченко [34], О.В. Правдина [39], Е.Ф. Соботович [42], О.Ю. Федосова [46].

В настоящее время общепринятым определением дизартрии считается – нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата [10].

Часть авторов относят к дизартрии только те формы речевой патологии, при которой нарушение звукопроизношения обуславливается параличами и парезами мышц речевого аппарата. Другие авторы трактуют дизартрию шире и относят к ней все поражения артикуляции, фонации, речевого дыхания, которые возникают в результате поражения различных уровней центральной нервной системы.

Клинико-физиологические аспекты дизартрии, как пишут Л.С. Волкова и Н.С. Шаховская, определяются локализацией и тяжестью поражения мозга. Анатомическая и функциональная взаимосвязь в расположении и развитии двигательных, речевых зон и проводящих путей определяет частое сочетание дизартрии с двигательными нарушениями различного характера и степени выраженности. Нарушения звукопроизношения при дизартрии возникают в результате поражения различных структур мозга, необходимых для управления двигательным механизмом речи [9].

Среди факторов пренатального и натального периодов исследователи: Е.Ф. Архипова [2, 3]; Е.Н. Винарская [8]; Г.В. Гуровец [16], Л.В. Лопатина [26] и др. называют:

- токсикоз беременности;
- хронические заболевания матери;
- заболевания матери, перенесенные во время беременности;
- экологически неблагоприятные факторы;
- стремительные, сухие, затяжные роды, слабая родовая деятельность матери;
- асфиксия новорожденных, различной степени выраженности;
- резус-конфликтная ситуация.

В постнатальном периоде неблагоприятными факторами являются: перенесенные ребенком заболевания – вирусный грипп, пневмония, менингит, менингоэнцефалит, черепно-мозговые травмы. В результате неблагоприятных факторов этого периода происходит вторичное недоразвитие или более позднее формирование премоторно-лобной или темено-височной областей коры головного мозга.

В результате действия комплекса повреждающих факторов различного периода, наступает поражение головного мозга на разных уровнях.

Л.А. Белякова, Н.Н. Волоскова так же указывают, что первые проявления факторов риска дизартрии можно обнаружить при сборе анамнеза: крик новорожденного с органическим поражением мозга отличается от крика здоровых людей слабостью, непродолжительностью, отсутствием звонкости голоса. Сосание не так энергично, как у детей в норме, иногда наблюдается неполный захват соска, захлебывание, утечка молока через нос [4].

Со временем безусловные рефлексы становятся более выраженными, чем в период новорожденности, но страдает развитие произвольной артикуляционной моторики.

Появление гуления и лепета задерживается, звуки отличаются однообразием, меньше интонированы. Отмечаются нарушения дыхания:

ослабленное, неравномерное либо учащенное, укороченный речевой выдох.

Отсрочено становление психомоторных функций. Нередко у детей наблюдается асимметрия лица, опущение угла рта, отвисание нижней губы, сглаженность носогубной складки, гиперсаливация.

В дальнейшем ребенок испытывает трудности при жевании твёрдой пищи, глотании, питье. При обследовании органов артикуляции нередко встречается готическое или уплощенное твердое небо, укороченная и тугоподвижная подъязычная связка (результат малой двигательной активности).

Отмечаются и неречевые нарушения: нарушения мимического праксиса, общая моторная неловкость, двигательная недостаточность мелкой моторики рук. Родители не всегда могут определить сроки появления первых слов, так как слова зачастую малопонятны, звуки невнятные, присутствует назальность, голос хриплый прерывистый. Процесс накопления словарного запаса происходит медленнее, чем у детей без патологии. Фразовая речь формируется значительно позже, чем в норме [6].

Дети с дизартрией представляют крайне не однородную группу это связано с локализацией, тяжестью и временем возникновения дефекта.

В своих работах Е.М. Мастюкова, М.В. Ипполитова отмечали, что для всех форм дизартрии характерны нарушения артикуляционной моторики, которые проявляются в паретичности или спастичности отдельных групп мышц артикуляционного, голосового и дыхательного отделов речевого аппарата. Так при выраженном повышении мышечного тонуса язык напряжен, оттянут кзади, спинка его изогнута, приподнята вверх, кончик языка не выражен, могут наблюдаться произвольные движения в виде гиперкинезов или тремора [31].

Недостаточная подвижность артикуляционных мышц ведет к нарушению звукопроизношения как гласных, так и согласных звуков [9].

При поражении мышц губ страдает произношение и гласных и согласных звуков. Особенно нарушается произношение лабиализованных звуков [у, о], при произношении которых требуется активного движения губ. При образовании глухих смычных необходима более энергичная работа губ, которая также отсутствует при гипотонии. Легче произносятся [м], а также губно-зубные щелевые шумные согласные, артикуляция которых требует неплотного смыкания нижней губы с верхними зубами и образования плоской щели [ф, ф', в, в']. Нарушается произношение переднеязычных смычных шумных согласных [т, т', д, д']. Искажается артикуляция переднеязычных щелевых согласных [ш, ж] [18].

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

По данным: С.И. Маевской, Е.М. Мастюковой: дефекты звукопроизношения у детей выражаются в пропусках, искажениях, в смешениях и заменах звуков. Нередко наблюдается упрощение артикуляции. Например, сложные звуки заменяются более простыми по своим артикуляторно-акустическим признакам: щелевые звуки – взрывными, звонкие – глухими, шипящие – свистящими, твердые – мягкими, аффрикаты распадаются на составляющие их звуковые элементы. Страдают не только язычные звуки, но и губные звуки [19].

По данным Л.А. Соботович, В.А. Кожевникова, значительно изменяется длительность звучания согласного и гласного внутри слога. При быстром темпе гласные могут полностью исчезнуть, при замедленном происходит удлинение слога за счет растягивания гласного. Все это сказывается на общем звучании речи, которая становится неестественно растянутой, либо наоборот излишне торопливой [42].

Наблюдаются дефекты звукопроизношения:

1. Антропофонические (Рау Ф.Ф.), или фонетические (Р.Е. Левина), такие как искажения.

2. Фонологические (Ф.Ф. Рау), они же фонематические (Р.Е. Левина) к ним относятся смешения и замены звуков [23].

В своих исследованиях Г.В. Гуровец, С.И. Маевская отмечали, что среди искажений наиболее часто встречаются межзубное и боковое произношения свистящих, шипящих звуков и звука [Р], межзубное, боковое, нижнее произнесение переднеязычных звуков [Т, Д, Н, Л, С] [16].

В трудах Л.В. Лопатиной отмечается, что самым распространенным является для звука [Р] велярный ротацизм [26].

Так же следует отметить, что при дизартрии может происходить неравномерное распределение спастичности или паретичности по отдельным мышечным группам артикуляционного аппарата. Соответственно у разных детей может, наблюдается вариативность и мозаичность нарушения различных групп звуков.

Логопедическая классификация основана на принципе понятности речи для окружающих и включает в себя 4 степени тяжести дизартрии:

- 1 степень (стертая дизартрия) – дефекты звукопроизношения могут быть выявлены только логопедом при специальном обследовании;
- 2 степень – дефекты звукопроизношения заметны окружающим, но в целом речь остается понятной;
- 3 степень – понимание речи пациента с дизартрией доступно только близкому окружению и частично посторонним людям;
- 4 степень – речь отсутствует или непонятна даже самым близким людям (анартрия) [20].

На основе локализации поражения двигательного аппарата речи, с учетом неврологического подхода, О.В. Правдина предложила следующую классификацию форм дизартрий: бульбарная, псевдобульбарная, экстрапирамидная (или подкорковая), мозжечковая, корковая. М.А.

Поваляева указывает, что наиболее встречаемой формой дизартрии является псевдобульбарная (96%) [37].

Наиболее распространенной из этих форм является псевдобульбарная дизартрия, для которой характерны центральных параличи и парезы артикуляционной и фонационной мускулатуры. Нарушения мышечного тонуса (спастическая, паретическая форма), ограничение подвижности артикуляционных мышц приводит к нарушению, как согласных, так и гласных звуков, присутствию оттенка назальности, слабому ротовому выдоху.

Особенностью бульбарной дизартрии являются диффузные периферические параличи речевой мускулатуры. Отмечаются следующие дефекты звукопроизношения: грубое нарушение произношения всех губных звуков; смычные согласные приближаются к щелевым; гласные к нейтральному звуку; звонкие согласные оглушаются.

При корковой форме дизартрии отмечают избирательный центральный парез мышц артикуляционного аппарата (чаще всего языка), что приводит к ограничению наиболее тонких изолированных движений кончика языка вверх и нарушению переднеязычных звуков.

При экстрапирамидной дизартрии наблюдается отсутствие стабильных и однотипных нарушений произношения, причиной которых являются: резкие перепады мышечного тонуса (дистония) в речевой мускулатуре; наличие насильственных движений (гиперкинезы); нарушение эмоционально-двигательной иннервации.

Мозжечковая дизартрия характеризуется ассинхронностью между дыханием, фонацией и артикуляцией. Речь становится толчкообразная, скандированная, замедленная, с нарушенной модуляцией и затуханием голоса концу фразы. Наблюдается трудность принятия и удержания артикуляционной позы. При этой форме дизартрии страдает фонетическая сторона переднеязычных звуков, для произнесения которых необходимы

четкие и дифференцированные артикуляционные движения, а также достаточная мышечная сила для взрывных звуков.

У детей с дизартрией довольно часто присутствуют синкинезии – это дополнительные сопутствующие движения, также могут быть гиперкинезы – автоматические, насильственные движения, вследствие непроизвольных сокращений мышц (медленные, вычурные, червеобразные движения).

Тремор, тики, девиация языка, сочетающиеся с асимметрией губ при улыбке, а также сглаженность носогубной складки с одной или с обеих сторон, все это может сопровождать ребенка – дизартрика.

Нарушение произвольных целенаправленных движений и действий (апраксия) при дизартрии выявляется одновременно в невозможности выполнения каких-либо произвольных движений руками и органами артикуляции. В артикуляционном аппарате апраксия проявляется в невозможности выполнения определенных движений или при переключении от одного движения к другому. Можно наблюдать кинетическую апраксию, когда ребенок не может плавно переходить от одного движения к другому. У других детей отмечается кинестетическая апраксия, когда ребенок производит хаотические движения, «нащупывая» нужную артикуляционную позу [3].

Таким образом, нарушения звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста выражаются в искажениях артикуляции, в смешениях, заменах и пропусках звуков. Характер нарушения звуков при дизартрии может изменяться под воздействием различных лингвистических факторов: места звука в слове, соседствующих звуков, структуры слога, в которых входит звук, слоговой структуры всего слова.

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

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

Прежде чем начинать обследование дошкольника, важно всесторонне изучить медицинскую документацию (данные анамнеза) и проанализировать результаты обследования и заключение невропатолога (неврологический статус), желательно обсудив его с врачом [47].

При проведении логопедического обследования, следует принимать во внимание следующие принципы, сформулированные Р.Е. Левиной [23]:

1. Принцип развития: подразумевает исследование движения происхождения дефекта. Это правило дает возможность выявить первую причину нарушений и вытекающие следствия, он позволяет составить научно – обоснованные пути коррекционного воздействия и рассмотреть проблему предупреждения нарушений речи.

Делая упор в данный принцип, можно не только установить первопричину, но и верно поставить клинический диагноз речевого нарушения. Грамотно установив объем нарушений, можно верно спланировать и организовать коррекционное воздействие не только на следствие, но и на первопричину, а это, в свою очередь, резко увеличивает результативность и понижает длительность сроков коррекционной работы.

2. Принцип системного подхода: подразумевает системное построение и системное взаимодействие различных компонентов речи: звуковой стороны, фонематических процессов, лексико-грамматического строя.

Несоблюдение только одного компонента речи имеет возможность спровоцировать несоблюдение других компонентов речи. Данный принцип обязует специалистов исследовать и подвергать анализу все, а не только, отдельные компоненты языка.

Помимо этого, принцип системного подхода подразумевает исследование взаимосвязей, имеющих место среди различных нарушений. Данный принцип позволяет определить объем нарушений речи, и определить структуру речевого дефекта, что, в свою очередь, делает коррекционное воздействие более эффективным.

3. Принцип взаимосвязи речи с другими сторонами психического развития: подразумевает учет специалистом того, что речевая деятельность детей создается и работает в близкой связи с абсолютно всеми психическими процессами. При разборе речевого нарушения нужно учитывать не только структуру речевого дефекта, но и психические особенности ребёнка, потому как нарушения психических процессов могут вызывать определённые речевые патологии.

4. Принцип деятельностного подхода: исследование детей с нарушениями речи и логопедическая коррекция ведутся с учетом ведущей деятельности детей. Понимание данного принципа дает возможность продуктивно осуществлять не только диагностику, но и коррекцию, а также это способствует психологическому комфорту ребенка.

5. Онтогенетический принцип: дает возможность специалисту наиболее высококачественно осуществлять исследование ребенка и на основе этого определять методы коррекционной работы, с учетом очередности появления форм и функций речи и видов деятельности ребёнка в онтогенезе.

6. Принцип учета симптоматики нарушения и структуры речевого дефекта: подразумевает установление в любом определенном случае этиологии, механизмов, симптоматики нарушения и акцентирование основных расстройств, а также соотношение речевой и неречевой симптоматики в структуре дефекта, так как это помогает грамотно установить структуру дефекта и объем коррекционной работы.

Следовательно, принцип учета симптоматики нарушения и структуре дефекта, является основным в логопедической работе в целом [23].

Это предоставляет вероятность реализовывать коррекцию быстрее, и формировать благоприятный психологический настрой на коррекционную работу с ребенком.

На современном этапе развития логопедии как науки существует большое многообразие технологий обследования речи детей, включающих в себя обследование органов артикуляции, их двигательных и динамических характеристик, выяснение особенностей образования ребенком звуков речи и функционирования произносительных органов в момент речи.

В работах Г.В. Чиркиной и Т.Б. Филичевой подчеркивается, что логопедическое обследование строится на общем системном подходе, разработанном в отечественной логопедии, с учетом специфики речевых и неречевых нарушений, общего психоневрологического состояния ребёнка и возраста [47; 53].

При обследовании детей с дизартрией особое внимание необходимо обращать на состояние артикуляционной моторики в покое, при мимических и общих движениях, прежде всего артикуляционных. При этом важно отметить не только основные характеристики самих движений (их объем, темп, плавность переключения, истощаемость и т.д.), но и точность и соразмерность, состояние мышечного тонуса в речевой мускулатуре, наличие насильственных движений и оральных синкенезий [9].

При обследовании звуковой стороны речи выявляются дефекты произношения. Отмечается количество неправильно произносимых звуков, тип нарушения: искажение, смешение или замена звуков. Тщательно исследуется возможности различения звуков по акустическим и артикуляционным признакам [32].

Выделяют основные критерии диагностики:

- наличие слабо выраженных, но специфических артикуляционных нарушений в виде ограничения объема наиболее тонких и дифференцированных артикуляционных движений, в частности недостаточность загибания кончика языка вверх, а также асимметричное положение вытянутого вперед языка, его тремор и беспокойство в этом положении, изменения конфигурации;

- наличие синкинезий (движение нижней челюсти при движении языка вверх, движений пальцев рук при движениях языка);

- замедленный темп артикуляционных движений;

- трудность удержания артикуляционной позы;

- трудность в переключении артикуляционных движений;

- стойкость нарушений звукопроизношения и трудность автоматизации поставленных звуков;

- наличие просодических нарушений [53].

Обследование звукопроизношения по общепринятой в логопедии методике осуществляется путём произнесения ребёнком звука в составе слова в различных фонетических позициях (в начале слова, в середине слова, в конце слова, в стечении согласных) с использованием зрительной стимуляции (предметных картинок). Все слова, которые произносит ребёнок, желательно записывать на магнитофон. В протоколе обследования звукопроизношения фиксируются: исследуемый звук, оптический раздражитель, речевая реакция ребенка на акустический раздражитель, употребление звука в собственной речи (по сюжетной картинке), произношение звука изолированно, в слогах, а также отмечается характер нарушения: отсутствие, искажение, замена, смешение. Проверяются следующие группы звуков: гласные, свистящие, шипящие, аффрикаты, сонорные, глухие и звонкие парные в твёрдом и мягком звучании. В заключении обследования делается вывод:

произношение нормальное, антропофонический дефект, фонологический дефект, полиморфное нарушение [44].

После завершения всего обследования составляется профиль структуры двигательного нарушения ребенка, оценивается состояние артикуляционной моторики. Балльная оценка функции позволяет оценить не только наличие патологической симптоматики, но и степень ее выраженности.

Коррекция нарушений звукопроизношения подразумевает под собой систему логопедической работы, направленной на формирование правильного произношения, представления и восприятия фонем, развитие речи. Существует большое разнообразие методик преодоления дефектов звукопроизношения. Это связано с тем, что отклонения в речевом развитии среди детского населения широко распространены [17].

Существует множество методик по коррекции звукопроизношения у дошкольников с дизартрией (Е.Ф. Арихипова, Л.И. Белякова, Е.Н. Винарская, Г.В. Гуровец, М.И. Ипполитова, Л.В. Лопатина, Е.М. Мастюкова, С.И. Маевская, О.В. Правдина, Е.Ф. Соболевич).

Прежде всего, логопедическая работа включает формирование четкой артикуляции звуков родного языка, правильного их произношения, ясного и чистого произношения слов и фраз, правильного речевого дыхания [5].

Развивая у детей правильную, хорошо звучащую речь, логопед должен решать следующие задачи:

1. Воспитывать речевой слух детей, постепенно развивая его основные компоненты: слуховое внимание (умение определить на слух то или иное звучание и его направление), фонематический слух, способность воспринимать данный темп и ритм.

2. Развивать артикуляционный аппарат. Задачами логопедической работы, по мнению А.Ф. Сохина, являются: 1) развитие подвижности языка

(умение делать язык широким и узким, удерживать широкий язык за нижними резцами, поднимать за верхние зубы, отодвигать его назад в глубь рта и т. д.); развитие достаточной подвижности губ (умение вытягивать их вперед, округлять, растягивать в улыбку, образовывать нижней губой щель с передними верхними зубами); 3) развитие умения удерживать нижнюю челюсть в определенном положении, что важно для произношения звуков [40].

3. Работать над речевым дыханием, то есть воспитывать умение производить короткий вдох и продолжительный плавный выдох, чтобы иметь возможность свободно говорить фразами.

4. Воспитывать умение регулировать громкость голоса в соответствии с условиями общения. Задачами являются: 1) развивать основные качества голоса – силу и высоту; 2) приучать детей говорить без напряжения, вырабатывать у них умение пользоваться голосом в соответствии с различными ситуациями (тихо – громко).

5. Формировать правильное произношение всех звуков родного языка. Правильное произношение звуков может быть сформировано в том случае, если у детей достаточно развиты подвижность и переключаемость органов артикуляционного аппарата, речевое дыхание, если они умеют владеть своим голосом, то есть если все предыдущие задачи развития фонетической стороны речи были решены. Очень важно для формирования правильного звукопроизношения иметь хорошо развитый речевой слух, так как он обеспечивает самоконтроль, а самопроверка всегда побуждает к совершенствованию.

6. Вырабатывать четкое и ясное произношение каждого звука, а также слова и фразы в целом, то есть хорошую дикцию.

7. Развивать орфоэпически правильную речь (осуществлять постоянный контроль за соблюдением детьми норм литературного

произношения слов, своевременно исправлять их ошибки, давая образец правильного произношения).

8. Воспитывать интонационную выразительность речи, то есть умение точно выражать мысли, чувства и настроение с помощью логических пауз, ударений, мелодики, темпа, ритма и тембра [15].

Рассмотрим общепринятую методику предложенную авторами: Е.Ф. Архиповой, Н.С. Жуковой, Е.М. Мастюковой, О.В. Правдиной, Н.В. Серебряковой, Г.В. Чиркиной.

Методики коррекционной работы по устранению недостатков сформированности звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией традиционно включают три этапа работы:

I этап – подготовительный.

Цель: подготовка артикуляционного аппарата к формированию звукопроизношения. Коррекция первичных нарушений.

II этап – формирование первичных произносительных умений и навыков.

Цель: коррекция фонетических нарушений.

III этап – формирование коммуникативных умений и навыков.

Цель: введение новых речевых навыков в спонтанную речь. Предупреждение вторичных нарушений.

В работах Л.В. Лопатиной и Н.В. Серебряковой более подробно представлена работа по развитию интонационно выразительной стороны. Проведению этой работы предшествуют ритмические упражнения. Они подготавливают детей к восприятию интонационной выразительности, способствуют ее развитию, создают предпосылки для усвоения логического ударения, правильного членения фразы. Авторы выделяют 2 этапа:

1 этап – формирование представлений об интонационной выразительности в импрессивной речи.

2 этап – формирование интонационной выразительности в экспрессивной речи [26].

Таким образом, в результате логопедического обследования становится комплексным, всесторонним, динамическим, давая возможность не только проанализировать нарушения речи, но и наметить план наиболее эффективной помощи ребенку.

Логопедическая работа должна базироваться на знании механизмов нарушения общей и речевой моторики, учете личностных особенностей детей. Лечение дизартрии должно иметь комплексный подход. Логопедическое воздействие имеет ряд специфических этапов. Осуществляется последовательно, при этом на каждом из этапов решается определенная педагогическая задача, подчиненная общей цели логопедического воздействия.

В дошкольном возрасте ведущим видом деятельности является игра. В связи с этим, чтобы повысить интерес детей к выполнению упражнений и тем самым повысить эффективность, логопедическую работу рекомендуется проводить их в игровой форме.

Многие авторы считают, что одной из наиболее важных рекомендаций по проведению артикуляционной гимнастики является ежедневное многократное выполнение упражнений. Необходимо уделять внимание формированию кинестетических ощущений, кинестетического анализа и представлений, при этом обращать внимание на качество выполняемых движений. При дизартрии артикуляционная гимнастика проводится после массажа.

Е.Н. Российская [41] предлагает на подготовительном этапе рассматривать логопедический массаж как средство коррекции звукопроизношения. Автор рекомендует логопедический массаж использовать в зависимости от тонуса двигательных мышц.

При гипертонусе, спастичности мускулатуры проводить расслабляющий массаж поверхностными, поглаживающими движениями кончиков пальцев в медленном темпе. Работа по расслаблению мышц артикуляционного аппарата начинается с общего мышечного расслабления, расслабления шейной, грудной мускулатуры, мускулатуры рук. Затем осуществляется расслабляющий массаж лицевой и губной мускулатуры, расслабление мышц языка.

При выраженной вялости мускулатуры артикуляционного аппарата используется укрепляющий массаж, тонизирующий оральную мускулатуру: поглаживание, растирание, глубокое разминание, вибрация. Массаж начинается с легкого поглаживания по направлению от средней линии лица к ушам. При гипотонусе последовательность воздействия, на массируемые области следующая: мышцы лица, губ, языка и при необходимости – слизистых оболочек рта и мышц верхнего ключевого пояса.

Наряду с сегментарным ручным массажем может быть использован и пальцевой точечный массаж (для ослабления гиперкинезов – перекрестный точечный массаж К.А. Семеновой). У детей с тяжелой степенью дизартрии работу над речевой моторикой начинают с использования произвольных движений: зевание, жевание, глотание, покашливание (Г.В. Чиркина, М.В. Ипполитова).

Произвольные движения закрепляются вследствие многократного повторения, в результате ребенок может производить их самостоятельно по речевой инструкции (затем эти упражнения используются для отработки необходимых артикуляционных движений).

Следовательно, логопедическое воздействие при дизартрии осуществляется последовательно, при этом на каждом из этапов решается определенная педагогическая задача, подчиненная общей цели логопедического воздействия. Содержание и методы работы

видоизменяются в зависимости от характера и тяжести дизартрии, от общего уровня речевого развития. Основной задачей логопедической работы при дизартрии является развитие и облегчение речевой коммуникации, а не только формирование правильного произнесения звуков. Поэтому логопедическая работа должна обязательно включать развитие и фонематического восприятия, формирование артикуляционной моторики и правильного речевого дыхания.

Выводы по главе 1

Таким образом, в результате анализа литературы по проблеме исследования можно сделать следующие выводы:

1. Процесс формирования артикуляционной моторики можно представить в следующей последовательности:

– к первому году жизни у ребенка появляются смычки органов артикуляции; к полутора годам появляется возможность чередовать позиции (смычка – щель);

– к концу второго года жизни артикуляционный аппарат ребенка готов к простым движениям;

– после трех лет ребенок может поднимать кончик языка вверх и напрягать спинку языка;

– к 4–4,5 годам ребенок овладевает четким выделением кончика языка, его способностью становиться тонким, а к пяти годам появляется возможность вибрации кончика языка;

– у детей в возрасте 5–6 лет при нормальном развитии и полноценном речевом окружении артикуляционная база сформирована и звуковая сторона речи усвоена.

2. Дизартрия, по определению Е.М. Мастюковой – это нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата. Нарушения звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста выражаются в искажениях артикуляции, в смешениях, заменах и пропусках звуков. Характер нарушения звуков при дизартрии может изменяться под воздействием различных лингвистических факторов: места звука в слове, соседствующих звуков, структуры слога, в которых входит звук, слоговой структуры всего слова. Специфические дефекты звукопроизношения у детей с дизартрией проявляются в стойком характере нарушений, особой трудности их преодоления; трудности

автоматизации звуков; процесс автоматизации требует большего количества времени.

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

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

Исходя из вышесказанного, может быть сформулирована проблема исследования: необходимость детального практического изучения нарушений звукопроизношения старших дошкольников при дизартрии и составление методических рекомендаций по преодолению нарушений звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией с учетом выявленных особенностей.

Глава II. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ НАРУШЕНИЯ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ У СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С ДИЗАРТРИЕЙ

2.1. Организация и методика констатирующего эксперимента

Цель констатирующего эксперимента: выявить особенности звукопроизношения у старших дошкольников с дизартрией.

Констатирующий эксперимент был организован в феврале 2020 года на базе муниципального бюджетного дошкольного образовательного учреждения «Детский сад № 33 комбинированного вида» (МБДОУ № 33) города Красноярска.

В дошкольном учреждении функционируют 11 групп для воспитанников дошкольного возраста компенсирующей, комбинированной и общеразвивающей направленности. В группах компенсирующей направленности реализуется АООП ДО детей с ТНР.

На обучение по АООП ДО детей с ТНР воспитанники зачисляются с согласия родителей после прохождения ПМПК и получения соответствующего заключения.

Для проведения констатирующего эксперимента была сформирована экспериментальная группа из 10 детей старшего дошкольного возраста с дизартрией, описание данной группы представлено в таблице 3 (Приложение А).

При комплектовании учитывались:

- однотипный дефект (дизартрия);
- возраст – 5,5–6 лет.

Таким образом, возрастная категория экспериментальной группы от 5,5 до 6 лет, из них 30% девочки (3 человека) и 70% мальчиков (7 человек).

В логопедическом заключении у 100% (10 детей) выявлена дизартрия, в том числе ОНР III уровня, дизартрия у 30% (3 человека), ОНР II–III уровня, дизартрия имеют 70% (7 человек).

Все 100% (10 человек) посещают старшую группу компенсирующей направленности, и второй год проходят обучение по АОП ДО детей с ТНР.

Помимо этого, на основе наблюдений за детьми, заключений психолого-педагогической и медицинской документации, бесед с педагогами и родителями, были получены следующие данные об участниках эксперимента.

Неблагоприятный фактор перинатального периода выявлено у 80% (8 человек).

У 40% (4 ребенка) отмечались нарушения целого ряда психических процессов познавательной деятельности, а именно: пониженный уровень устойчивости и переключаемости внимания, отвлекаемость, снижение работоспособности. Из них, 20% (2 детей) имеют снижение речеслуховой памяти. 30% (3 человека) свойственна тугоподвижность мыслительных процессов. Познавательная деятельность у 50% (5 человек) соответствует возрастной норме.

У 40% (4 ребенка) отмечается двигательная расторможенность, импульсивность в деятельности, у 20% (2 человека) была зафиксирована двигательная заторможенность. У 10% (1 человек) в эмоционально-волевой сфере проявляются признаки тревожности, неуверенности в себе. У 30% (3 человека) выше перечисленных нарушений не отмечалось.

У всех 100% (10 человек) зрение и слух соответствует норме.

Нарушение общей и мелкой моторики отмечается у 50% (5 человек).

Обследование проводилось с каждым ребенком индивидуально.

При проведении констатирующего эксперимента использовались общепринятые в логопедии методы и приемы обследования звукопроизношения [17; 44; 47; 51; 53].

Стимульный речевой и наглядный материалы соответствовали традиционным логопедическим требованиям. Все задания подавались в игровой форме.

В исследованиях Г.В. Чиркиной определяется, что была выявлена тесная взаимосвязь между отклонениями в речедвигательной сфере, нарушениями слухового восприятия и дефектами произношения и фонемообразованием [53].

Основываясь на данном положении, была определена схема обследования:

1. подвижности артикуляционного аппарата;
2. звукопроизношения;
3. фонематического восприятия.

Констатирующий эксперимент включал в себя следующие блоки.

Блок № 1. Обследование подвижности артикуляционного аппарата.

Использовались пробы и бальная оценка, предложенные Т.А Фотековой [51].

Цель: обследовать подвижность артикуляционного аппарата.

Ребенку по подражанию предлагается выполнить ряд упражнений.

1. Надуй щеки.
2. Надуй одну щеку.
3. Надуй другую.
4. Упри язык в правую щеку.
5. Губы в улыбке.
6. Губы трубочкой округлены и вытянуты вперед.
7. Чередование движений губ: «улыбка» – «трубочка».
8. Помести язык между верхними зубами и верхней губой.
9. Язык «лопаткой» – широкий, распластаный язык лежит не подвижно на нижней губе, рот приоткрыт.

10. «Маятник» – рот открыт, язык высунут наружу и равномерно передвигается от одного уголка рта к другому.

11. «Качели» – рот открыт, язык поочередно касается то верхней, то нижней губы.

Оценка результатов:

3 балла – точное и правильное выполнение;

2 балла – замедленное и напряженное выполнение или выполнение по показу (при понимании речевой инструкции);

1 балл – длительный поиск позы или неполный объем движения, или отклонение конфигурации;

0 баллов – невыполнение или наличие ошибок (синкenezий, гиперкинезов, тремора).

Максимальное количество баллов за блок – 33.

Блок № 2. Обследование звукопроизношения

Используются общепринятые в логопедии методы и приемы для обследования звукопроизношения.

Бальная оценка предложена Т.А. Фотековой [51] и стимульный материал предложен О.Б. Иншаковой.

Цель: обследование звукопроизношения.

На начальном этапе была проведена беседа, в ходе которой фиксировались особенности звукопроизношения в свободной речи. Затем предъявляли картинный материал для выявления особенностей звукопроизношения ребенка в заданных словах в различных позициях. При неумении правильно произнести звук в словах, проверяется произношение изолированного звука. На основе полученных данных определяется характер нарушения произношения: отсутствие, замена, искажение, смешение звуков.

Инструкция: «Назови предметы по картинкам».

[С] – собака – усы – нос сумка – автобус – снеговик;

[Съ] – сеть – синий – гусь семь – письмо – апельсин;
[З] – зубы – коза – зонт замок – ваза – звезда;
[Зь] – узел – газета – обезьяна зеленый – зебра – земляника;
[Ц] – цепочка – яйцо – огурец цветы – пуговица – индеец;
[Ш] – шапка – машина – душ шахматы – мешок – шишка;
[Ж] – жук – желудь – нож ёжик – ножницы – жираф;
[Ч] – чайник – мяч – очки чемодан – ключ – бабочка;
[Щ] – щетка – ящик – плащ щука – овощи – щепка;
[Р] – рыба – корова – топор ведро – помидор – трактор;
[Рь] – репа – фонарь – дверь ремень – веревка – брюки;
[Л] – лук – пила – дятел лампа – молоток – белка;
[Ль] – лейка – лимон – елка лев – телефон – пальто;
[Й] – яблоко – майка – юбка платье – трамвай – листья;
[М] – мыло – земляника – костюм морковка – сом – комар;
[Н] – носок – окно – диван нота – слон – танк;
[Б] – бант – бочка – клубок банан – бутылка – барабан;
[Д] – дом – дым – удочка дуб – авокадо – радуга;
[В] – вата – волк – савок ванна – сова – винтик;
[К] – кот – банка – паук конфета – индюк – кубик;
[Кь] – ботинки – кит – пакет валенки – утки – шнурки;
[Г] – губы – рога – вагон голубь – игла – попугай;
[Гь] – гиря – гитара – бегемот флаги – сапоги – гирлянда;
[Х] – халат – ухо – петух хлеб – слон – холодильник;
[Хь] – мухи – орехи – духи.

Предлагается условно разделить все звуки на пять групп: первые четыре это наиболее часто подвергающиеся нарушениям согласные (первая группа свистящие С, Съ, З, Зь, Ц; вторая – шипящие Щ, Ж, Ч, Ш; третья – Л, Ль; четвертая – Р, Рь) и пятая группа – остальные звуки, дефектное произношение которых встречается значительно реже;

задненебные звуки Г, Х, К и их мягкие варианты, звук Й, случаи дефектов озвончения, смягчения, редкие нарушения произношения гласных звуков).

Оценка результатов: отдельно оценивается каждая группа звуков:

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

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

1 балл – в любой позиции искажается или заменяется только один или два звука группы;

0 баллов – искажениям или заменам во всех речевых ситуациях подвергаются все или несколько звуков группы.

Баллы, начисленные за каждую из пяти групп, суммируются.

Максимальное количество баллов – 15.

Блок № 3. Обследование фонематического восприятия.

Обследование фонематического восприятия проводилось с использованием методов и приемов, общепринятых в логопедии.

Цель: обследование фонематического восприятия.

Инструкция: «Выбери картинки, в названиях которых есть звук...»

Стимульный материал: примеры предметных картинок представлены в Приложении Б.

Бальная оценка, предложенная Т.А. Фотековой, Т.В. Ахутиной [51], была нами адаптирована с учетом оказываемой помощи.

[С] – забор, школа, самокат, собака, шкаф, цветок, звезда, цепь, замок, шуба, цапля, слон, шапка, стул, цыпленок, снеговик, зуб, самолет;

[Ш] – шарф, жираф, сапоги, шарик, жук, шлем, сова, щетка, шапка, жаба, шуба, сок, щипцы, щёки, живот, щенок, шкаф, сумка;

[Ч] – часы, цветы, черника, щипцы, чайник, трава, чашка, телефон, щенок, червяк, шахматы, щит, цыпленок, такси, цирк, щука, топор, царь, чемодан;

[Л] – лодка, рубашка, рак, ложка, рыба, лук, робот, лопата, луна, лампа, рот, ромашка;

[Т] – тапки, дорога, туча, душ, торт, дерево, дверь, тарелка, дом, таз, дым, таблетка;

[Б] – банан, помидор, пирамидка, баран, палатка, бочка, петух, барабан, пакет, бабочка, пальма, булочка.

Оценка результатов: каждая серия оценивается отдельно.

3 балла – правильное выполнение серии или 1–2 ошибки замечаются и исправляются самостоятельно;

2 балла – 3–4 ошибки с самокоррекцией, либо 1–2 ошибки исправлены с организующей помощью («Проверь, все ли картинки выбраны правильно?»).

1 балл – даже после оказания организующей помощи ошибки ребенком не исправлены, ему предлагается выполнить задание с опорой на самостоятельное проговаривание названий картинок вслух; далее, проговаривание слова логопедом (логопед четко, но, не утрируя звук, проговаривает слова – названия предметов) и ребенок после этого исправляет до 5 ошибок;

0 баллов – выполнить задание с опорой на самостоятельное проговаривание названий картинок вслух; далее, проговаривание слова логопедом и ребенок после этого исправляет более чем 5 ошибок; либо невозможность исправить ошибки.

Максимальное количество баллов – 18.

Таким образом, перейдем к анализу результатов констатирующего эксперимента.

2.2. Анализ результатов констатирующего эксперимента

На основе анализа констатирующего эксперимента нами был проведен количественный и качественный анализ по каждому блоку заданий.

Полученное количество баллов по каждому блоку мы представили в процентном отношении и условно выделили 4 уровня успешности:

- выше среднего: 76–100%;
- средний: 51–75%;
- ниже среднего: 26–50%;
- низкий: 0–25%.

Результаты выполнения первого блока, включающий в себя обследование подвижности артикуляционного аппарата, представлены в таблице 4 (Приложение В) и на рисунке 1.

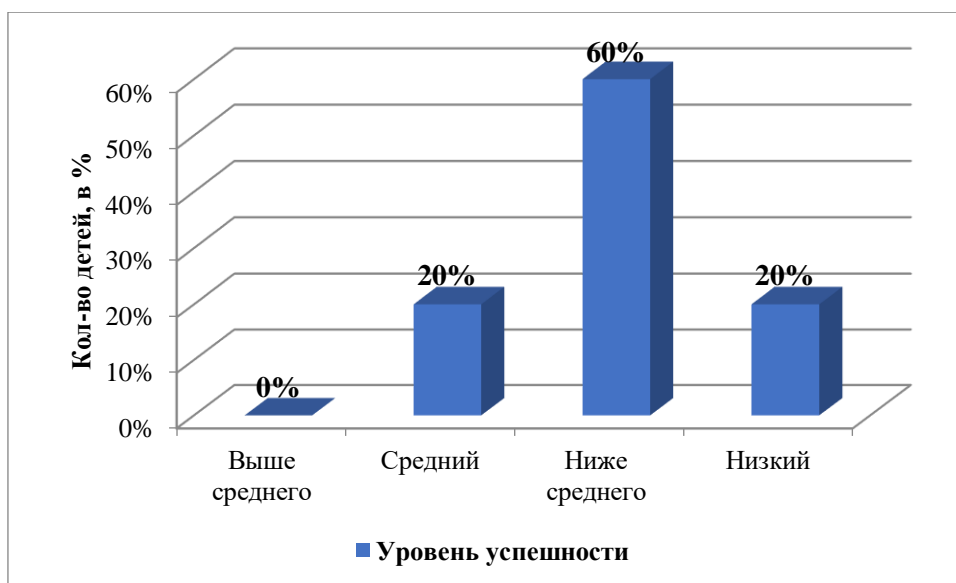


Рисунок 1. Распределение старших дошкольников с дизартрией по уровням сформированности подвижности артикуляционного аппарата (%)

Как видно из гистограммы большее количество участников эксперимента, то есть 60% (6 человек) продемонстрировали уровень ниже среднего сформированности подвижности артикуляционного аппарата. При

этом, равное количество испытуемых по 2 человека (20%) продемонстрировали уровень сформированности подвижности артикуляционного аппарата выше среднего и низкий. Показатель выше среднего отсутствует.

Никто из детей не продемонстрировал высокий уровень при обследовании подвижности артикуляционного аппарата.

Проведем качественный анализ результатов выполнения заданий первого блока. Наиболее успешно старшие дошкольники с дизартрией выполнили задание «Надуй щеки», а именно 20% (2 человека) точно и правильно выполнили упражнение, у остальных у 8 человек (90%) отмечалось замедленно и напряженное выполнение.

Далее, при выполнении упражнения «Надуй одну щеку» было отмечено, что у 50% (5 человек) наблюдалось замедленное и напряженное выполнение, а у другой половины (50%) отмечался длительный поиск позы или неполный объем движения. Выполнение аналогичного задания «Надуй другую щеку» показало, что у 50% (5 человек) отмечались трудности переключения с предыдущего задания, у 40% (4 человека) наблюдался неполный объем движения, а 10% (1 человек) отказались от выполнения упражнения.

Результаты выполнения упражнения «Упри язык в правую щеку» показали, что справились все старшие дошкольники с дизартрией, но 50% (5 человек) замедленно и напряженно выполняли задание, а остальные 50% (5 человек) длительно искали верную позу.

Следующее упражнение «Губы в улыбке» смогли продемонстрировать все дети, но 40% (4 человека) с напряжением выполнили задание, а 60% (6 человек) выполнили упражнение не в полном объеме.

Упражнение «Губы трубочкой округлены и вытянуты вперед» свидетельствует о том, что 50% (5 человек) выполнили упражнение

напряженно или выполнили по показу, а другие 50% (5 человек) длительно искали позу или отмечался неполный объем движения.

Со следующим упражнением «Чередование движений губ: «улыбка» - «трубочка»» справились не все старшие дошкольники с дизартрией, а именно, у 60% (6 человек) возникали трудности в переключении с одной артикуляции на другую, очень длительно искали нужную позу, а 40% (4 человека) выполнили задание с грубыми ошибками или отказались от выполнения упражнения.

Упражнение «Маятник» смогли выполнить 50% (5 человек), но отмечалось ограниченное движение языка или отклонение конфигурации а остальные 50% (5 человек) выполнили упражнение с наличием ошибок (синкenezий), либо отказались выполнять задание.

Трудности возникли при выполнении упражнения «Помести язык между верхними зубами и верхней губой», у 50% (5 человек) отмечался длительный поиск позы или неполный объем движения, а так же отклонение конфигурации. А у остальных 50% (5 человек) были грубые ошибки или отказ от выполнения задания, из-за трудности выполнения.

Наиболее трудными упражнениями для старших дошкольников с дизартрией оказались «Лопатка» и «Качели», лишь 30% (3 человека) в каждой серии получили по одному баллу, то есть отмечался длительный поиск позы или неполный объем движения, или отклонение конфигурации, а у 70% (7 человек) отмечались ошибки в выполнении. При выполнении упражнения «Лопатка» наблюдалось снижение времени фиксации позы и наличие тремора языка, а при выполнении упражнения «Качели» наличие синкenezий.

Таким образом, после проведения количественного и качественного анализа первого блока обследования можно сделать вывод, что у старших дошкольников отмечаются нарушения подвижности артикуляционного аппарата, а именно:

- напряженное выполнение упражнения;
- длительный поиск артикуляционной позы;
- трудности в чередовании движений;
- неполный объем движения или отклонение конфигурации;
- наличие ошибок (синкенезий, тремора).

Далее, был проведен второй блок констатирующего эксперимента: обследование звукопроизношения, результаты которого представлены в таблице 5 (Приложение Г) и на рисунке 2.

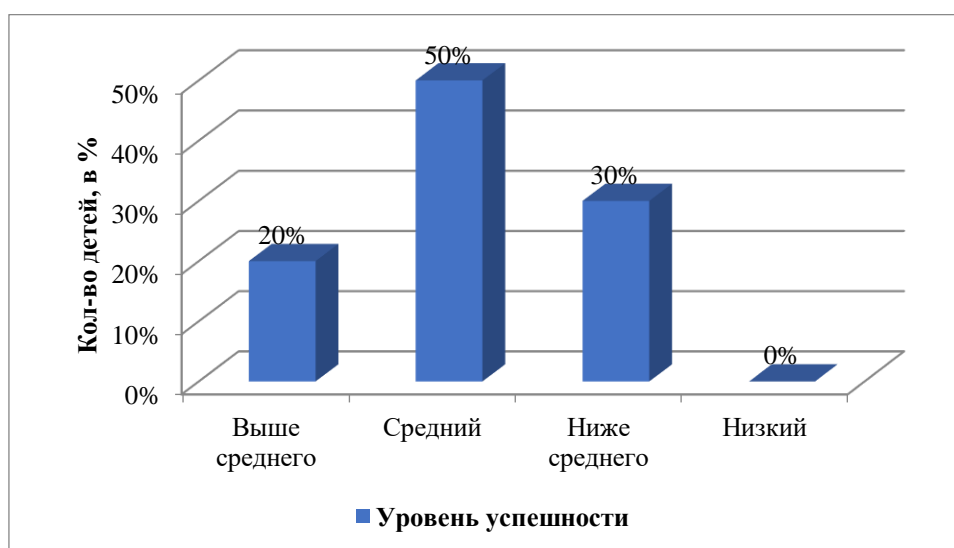


Рисунок 2. Распределение старших дошкольников с дизартрией по уровням сформированности звукопроизношения (%)

Таким образом, исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что большинство старших дошкольников с дизартрией 50% (5 человек) продемонстрировали средний уровень сформированности звукопроизношения. Помимо этого, 30% (3 человека) продемонстрировали уровень ниже среднего и 20% (2 человека) показали результаты на уровне выше среднего. Стоит отметить, что отсутствуют старшие дошкольники с дизартрией, кто продемонстрировал низкий уровень сформированности звукопроизношения (0%).

Проведем качественный анализ по каждой группе звуков.

Относительно группы свистящих (С, СЬ, З, ЗЬ, Ц), отмечается, что у 100% старших дошкольников с дизартрией отмечается нарушения данной группы звуков.

Что касается вариантов нарушений свистящих звуков отмечается у 40% (4 человек) межзубный сигматизм, то есть при произнесении свистящих кончик языка просовывается между нижними и верхними резцами, отчего получается шепелявый звук; 30% (3 человека) нуждаются в постановке несколько звуков группы, так как у одного ребенка отмечается наличие губно-зубного сигматизма, то есть свистящие произносятся подобно звукам «Ф» и «В»; у двух других дошкольников боковой сигматизм, то есть при произнесении свистящих образуется «хлюпающий» звук.

Относительно уровней нарушения свистящих звуков 30% (3 человека) правильно произносят изолированно и отраженно несколько звуков группы, но иногда подвергают их заменам или искажениям в самостоятельной речи, то есть недостаточно автоматизированы. И 70% (7 человек) требуется постановка группы свистящих звуков.

Далее, в результате проведения анализа по второй группе – шипящие звуки (Щ, Ж, Ч, Ш), можно сделать вывод, что у всех детей 100% отмечаются нарушения звукопроизношения по данной группе.

Отмечаются следующие варианты нарушений: 40% (4 человека) имеют межзубный сигматизм шипящих. И у 30% (3 человек) искажениям или заменам во всех речевых ситуациях подвергаются несколько звуков группы, а именно, как и при произношении свистящих, у одного ребенка губно-зубной сигматизм, а у двух детей боковой сигматизм относительно и произношения шипящих звуков.

По уровням нарушений данной группы звуков 30% (3 человека) правильно произносят звуки изолированно и отраженно, но иногда подвергают их заменам или искажениям в самостоятельной речи, то есть

необходима автоматизация в речи; 70% (7 человек) требуется постановка группы шипящих звуков.

Следующая группа третья, к ней относятся звуки Л и ЛЬ, было выявлено, что у 50% (5 детей) данная группа звуков является сохранной, но у остальных 50% (5 человек) данные звуки произносятся правильно только изолированно, то есть необходима автоматизация в словах.

При этом, у 20% (2 детей) отмечается такой вариант нарушения как боковой ламбдацизм.

Четвертая группа звуков это Р и РЬ нарушена у всех старших дошкольников с дизартрией (100%), а именно, 20% (2 человека) иногда подвергаются заменам или искажениям в самостоятельной речи, хотя изолированно произносятся правильно; у 30% (3 человека) велярное произношение, то есть нарушено место образования, кончик языка не принимает участие в артикуляции опущен вниз, грубый гортанный звук; 50% (5 человек) данные звуки заменяют во всех речевых ситуациях: Р на Л, то есть кончик языка не вибрирует, а крепко прижат к верхним резцам.

Анализируя последнюю группу, в которую входят заднеязычные звуки Г, Х, К и их мягкие варианты, звук Й, можно сделать вывод, что у 100% (10 человек) наблюдается правильное произношение всех звуков группы в любых речевых ситуациях.

В процессе исследования нами выявлены различные нарушения подвижности артикуляционного аппарата и звукопроизношения. С целью уточнения механизма нарушения звукопроизношения нами сопоставлены уровни сформированности подвижности артикуляционного аппарата и звукопроизношения у старших дошкольников с дизартрией, данные представлены в таблице 1.

Сопоставление уровней сформированности подвижности артикуляционного аппарата и звукопроизношения у старших дошкольников с дизартрией (% / количество человек)

Звукопроизношение \ Подвижность артикуляционного аппарата	Уровень выше среднего	Средний уровень	Уровень ниже среднего	Низкий уровень
Уровень выше среднего				
Средний уровень	20/2			
Уровень ниже среднего		50/5	10/1	
Низкий уровень			20/2	

Исходя из данных таблицы 7 (Приложение Е) и таблицы 1, можно сделать вывод, что 90% имеют близкие уровни (несовпадение уровней на один порядок), а именно: 50% (5 человек) имеют уровень ниже среднего сформированности подвижности артикуляционного аппарата и средний уровень сформированности звукопроизношения; у 20% (2 человека) средний уровень сформированности подвижности артикуляционного аппарата и выше среднего сформированность звукопроизношения и 20% (2 человека) продемонстрировали низкий уровень сформированности подвижности артикуляционного аппарата и ниже среднего сформированность звукопроизношения.

10% (1 человек) продемонстрировал полное совпадение уровней сформированности подвижности артикуляционного аппарата и звукопроизношения (уровень ниже среднего).

На основе качественного анализа результатов обследования подвижности артикуляционного аппарата и звукопроизношения, мы выделили следующие группы сложности:

- нарушения тонких дифференцированных движений кончика языка, приводящих к нарушениям звукопроизношения звуков верхнего подъема: [Ш], [Щ], [Ж], [Л], [Л’], [Р], [Р’], были выявлены у 100% (10 человек);

- двигательные трудности кинетического характера: упражнения выполнялись в замедленном темпе, с напряжением, с ухудшением качества движений, которые ведут к дефектам замен, пропусков звуков, а также упрощения произношения аффрикат [Ч], [Ц], обнаружены у 70% детей (7 человек).

Таким образом, мы видим, что грубых диссоциаций между уровнями сформированности подвижности артикуляционного аппарата и звукопроизношения у старших дошкольников с дизартрией во время обследования не выявлено, это свидетельствует о тенденции к наличию прямой зависимости.

В завершении констатирующего эксперимента со старшими дошкольниками с дизартрией был проведен заключительный блок, направленный на обследование фонематического восприятия, данные представлены в таблице 6 (Приложение Д) и на рисунке 3.

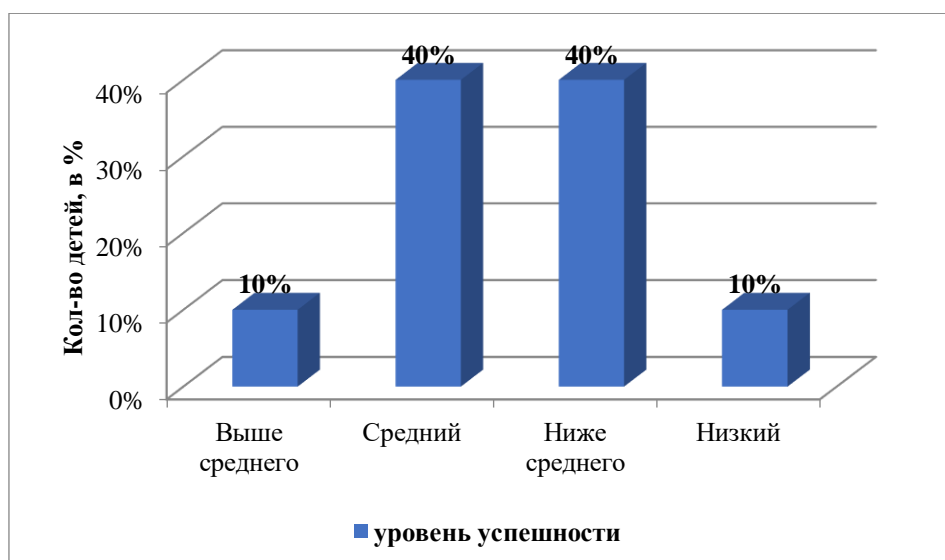


Рисунок 3. Распределение старших дошкольников с дизартрией по уровням сформированности фонематического восприятия (%)

Таким образом, анализируя полученные данные, можно сделать выводы, что равное количество участников эксперимента (40%) продемонстрировали средний уровень и уровень ниже среднего сформированности фонематического восприятия. И по 10% (1 человеку) продемонстрировали уровень выше среднего и низкий уровень сформированности фонематического восприятия.

Проанализируем третий блок.

У всех участников эксперимента отмечаются трудности при дифференциации фонем. Из них особую сложность представляют дифференциация звуков по звонкости и глухости – 50% (5 человек). 60% (6 детей) допустили ошибки на дифференциацию свистящих и шипящих и на дифференциацию аффрикат; сонорных звуков – 40% (4 детей).

Помимо этого, отмечались ошибки невнимательности 60% (6 человек) при дифференциации звонкости и глухости, так как это были последние серии заданий. Трудности при выполнении заданий были связаны с нарушением психической активности и регулирующего контроля.

Вторичные нарушения отмечаются у 100% (10 человек), так как наблюдаются нарушения речевых кинестезии вследствие анатомических и двигательных дефектов органов речи.

Таким образом, затруднения при выборе картинок были выявлены при дифференциации предложенных звуков, что свидетельствует о нарушении фонематического восприятия у 100% (10 человек) участников эксперимента, так как дети имеют общее недоразвитие речи.

Далее, в таблице 2 мы сопоставили уровни сформированности звукопроизношения и фонематического восприятия у старших дошкольников с дизартрией.

Таблица 2

Сопоставление уровней сформированности звукопроизношения и фонематического восприятия у старших дошкольников с дизартрией
(количество человек / %)

Фонематическое восприятие \ Звукопроизношение	Уровень выше среднего	Средний уровень	Уровень ниже среднего	Низкий уровень
Уровень выше среднего	10/1	10/1		
Средний уровень		30/3	20/2	
Уровень ниже среднего			20/2	10/1
Низкий уровень				

Как видно из таблицы 7 (Приложение Е) и таблицы 2 у 60% участников эксперимента полное совпадение уровней сформированности звукопроизношения и фонематического восприятия, из них 10% (1 человек) продемонстрировал уровень выше среднего; у 30% (3 человека) показатели соответствуют среднему уровню и 20% (2 человека) имеют уровень ниже

среднего сформированности звукопроизношения и фонематического восприятия.

У 40% (4 человека) выявлено несовпадение уровней на один порядок: у 10% (1 человек) уровень сформированности звукопроизношения выше среднего и средний уровень сформированности фонематического восприятия; 20% имеют средний уровень сформированности звукопроизношения и уровень ниже среднего сформированности фонематического восприятия; 10% (1 человек) показали уровень сформированности звукопроизношения ниже среднего и низкий уровень сформированности фонематического восприятия.

Качественный анализ результатов показал:

- у 30% (3 человека) наблюдаются замены или искажения в самостоятельной речи это отразилось на фонематическом восприятии (исправления с самокоррекцией, либо необходима была организующая помощь);

- у 70% (7 человек) нарушения полиморфного характера и это отразилось на фонематическом восприятии, то есть дети допустили ошибки на дифференциацию свистящих и шипящих, на дифференциацию аффрикат и из них 40% (4 детей) затруднялись в дифференциации сонорных звуков;

- вторичные нарушения отмечаются у 100% (10 человек), так как наблюдаются нарушения речевых кинестезии вследствие анатомических и двигательных дефектов органов речи. Помимо этого, в связи с тем, что у детей наблюдались нарушения произвольных процессов, соответственно, у них отмечались ошибки невнимательности 60% (6 человек) при дифференциации звонкости и глухости, так как это были последние серии заданий.

Таким образом, мы видим, что грубых диссоциаций между уровнями сформированности звукопроизношения и фонематического восприятия у старших дошкольников с дизартрией во время обследования не выявлено,

это свидетельствует о тенденции к наличию прямой взаимосвязи между дефектами произношения звуков и нарушениями фонематического слуха.

Следовательно, у всех участников эксперимента (100%) звукопроизношение связано с нарушениями подвижности артикуляционного аппарата и с нарушением фонематического восприятия, так как все испытуемые дети с общим недоразвитием речи.

Таким образом, существует необходимость составления методических рекомендаций по коррекции звукопроизношения у старших дошкольников с дизартрией, в которых были учтены результаты констатирующего эксперимента.

2.3. Методические рекомендации по коррекции нарушения звукопроизношения у старших дошкольников с дизартрией

На основе анализа литературы по проблеме исследования и результатов констатирующего эксперимента нами определены основные принципы и содержание логопедической работы.

При подборе рекомендаций мы опирались на работы Е.Ф. Архиповой, Е.Н. Винарской, Л.В. Лопатиной, О.В. Правдиной, Е.Ф. Собонович [1; 8; 26; 39; 42].

В качестве ведущих мы рекомендуем использовать ряд специальных принципов логопедического воздействия и общедидактических принципов [52]:

1. Принцип системности – при реализации этого принципа учитывается взаимосвязь подвижности артикуляционного аппарата и звукопроизношения; а так же звукопроизношения и фонематического восприятия. В связи с этим коррекция нарушений предполагает воздействие на все компоненты и стороны речевой функциональной системы.

2. Принцип развития – в результате констатирующего эксперимента мы выявили особенности подвижности артикуляционного аппарата, звукопроизношения и фонематического восприятия у старших дошкольников с дизартрией, учитывая зону актуального и ближайшего развития детей, с помощью методических рекомендаций, мы предполагаем, повысить результат имеющихся умений и навыков детей.

3. Онтогенетический принцип – при разработке методических рекомендаций необходимо помнить о последовательности формирования артикуляционной базы. Учитывая полиморфность нарушений звукопроизношения у детей с дизартрией, работа над постановкой звуков проводится в порядке появления их в онтогенезе: свистящие, шипящие, [Л], [ЛЬ], [Р], [РЬ];

4. Этиопатогенетический принцип – учитывает причины и механизмы нарушения. Исходя из этого, игры и упражнения необходимо предлагать дифференцированно. Так, например, детям, у которых нарушены шипящие звуки, а так же звуки Л–ЛЬ, Р–РЬ рекомендуются упражнения на выработку верхнего подъема языка; для детей с боковым сигматизмом – упражнения для активизации мышц боковых краев языка.

5. Принцип дифференцированного подхода. Мы детей разделили на типологические группы, в качестве ведущего критерия определили какие группы звуков, требуют коррекции.

6. Принцип деятельностного подхода. Возраст участников эксперимента 5–6 лет. Ведущей формой деятельности для детей этого возраста является игра, соответственно, при разработке методических рекомендаций это было учтено и все задания подобраны в игровой форме.

7. Принцип наглядности – вся логопедическая работа строится с использованием наглядного материала.

8. Принцип сознательности и активности – ребенок должен ясно понимать, что, как и почему ему нужно делать, осознавая цель. Это

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

10. Принцип доступности – материал должен быть понятен и доступен ребенку.

11. Принцип прочности усвоения – предусматривает не только приобретение навыков правильного звукопроизношения, но и их закрепление, и совершенствование в речи.

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

В результате констатирующего эксперимента нами были выделены направления коррекционной работы со старшими дошкольниками с дизартрией:

1. Коррекция недостатков подвижности артикуляционного аппарата.
2. Формирование правильного звукопроизношения.
3. Развитие фонематического восприятия.

По каждому направлению нами составлены комплексы упражнений и игр.

Также были определены следующие этапы работы:

I. Массажные движения для нормализации тонуса органов артикуляции (все участники эксперимента).

II. Артикуляционная гимнастика (все участники эксперимента).

III. Постановка звука (1 группа).

IV. Автоматизация звука (1, 2 группа).

V. Развитие фонематического восприятия (все участники эксперимента).

Коррекция недостатков подвижности артикуляционного аппарата.

На данном направлении осуществляется реализация первого этапа логопедической работы – артикуляционная гимнастика, цель которого нормализовать тонус мышц артикуляционного аппарата.

Необходимо соблюдать определенную последовательность, идти от простого к сложному, проводить в игровой форме (из двух–трех упражнений, новым может быть только одно, второе и третье дается для повторения).

Помимо общего комплекса упражнений, который представлен в Приложении Ж, по результатам констатирующего эксперимента мы распределили детей на подгруппы, в зависимости от выявленных нарушений.

Так как у 100% участников эксперимента было выявлено напряжение языка, у 70% тремор языка, у 50% синкинезии. Мы рекомендуем для этих старших дошкольников с дизартрией расслабляющий логопедический массаж – активный метод логопедического воздействия, который изменяет состояние мышц, нервов, кровеносных сосудов и тканей периферического речевого аппарата. Логопедический массаж представляет собой одну из логопедических техник, способствующих нормализации произносительной стороны речи и эмоционального состояния лиц, страдающих речевыми нарушениями.

I. Здесь необходимо реализовать первый этап – массажные движения для нормализации тонуса органов артикуляции (все участники эксперимента), который включает в себя приемы дифференцированного логопедического массажа.

Упражнения подбираются в зависимости от состояния мышечного тонуса артикуляционной зоны. По длительности процедура не превышает 5 минут. Массажные движения, кроме нормализации тонуса мышц языка, губ

и ослабления гиперкинезов, направлены на развитие афферентации оральной мускулатуры (речевых кинестезии).

При гипертонусе движения должны быть расслабляющие – легкие, медленные. Используем приемы: поглаживание, легкая вибрация указательными, средними и безымянными пальцами обеих рук в следующей последовательности:

- расслабление мышц шеи и плечевого пояса;
- лобных мышц и мимической мускулатуры (круговые поглаживающие движения в области глаз, щек; легкое пощипывание или точечная вибрация скуловых мышц от мочек ушей к середине подбородка);
- круговой мышцы рта (легкое поглаживание, постукивание по часовой стрелке);
- мышц языка (легкое поглаживание, похлопывание от кончика языка к корню, от краев к середине, при помощи указательного пальца, зонда или при помощи шпателя).

При гипотонусе артикуляторных мышц массажные движения выполняем ритмично, интенсивно, с нажимом, методом растирания, разминания, пощипывания, вибрации с постепенным увеличением силы воздействия [8].

Цель: укрепление и стимуляция лобных мышц, мышц щек, мышц, обеспечивающих подвижность губ, укрепление и активизация мышц, поднимающих углы рта и верхнюю губу, нижнюю челюсть; укрепление и активизация продольных, поперечных мышц язык, увеличение объема артикуляционных движений языка.

II. Артикуляционная гимнастика (все участники эксперимента).

Помимо этого, у 70% испытуемых были выявлены трудности подъема кончика языка вверх. Для них мы рекомендуем обратить внимание на использование упражнений, направленных на выработку подъема языка

вверх («Маляр», «Лошадка», «Грибок», «Гармошка», «Барабан», «Качели», «Дотянись до носа», «Футбол», «Котенок»).

У 50% испытуемых были выявлены трудности движения боковых краев языка. Для них мы рекомендуем использовать артикуляционные упражнения, направленные на выработку подвижности боковых краев языка («Лопаточка», «Чашечка», «Иголочка», («Стрелочка», «Жало»), «Трубочка»; «Катушка»).

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

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

Упражнения для языка: «Качели», «Часики», «Змейка», «Индюк», «Лошадка», «Пьем чай из чашечки».

Гимнастика выполняется сидя, так как в этом положении у ребенка прямая спина, тело не напряжено, ноги и руки находятся в спокойном состоянии, ребенок должен видеть лицо педагога, а так же свое лицо для контроля правильности выполнения движений. Поэтому артикуляционная гимнастика выполняется перед зеркалом.

Формирование правильного звукопроизношения.

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

1 группа – это старшие дошкольники с дизартрией, кто нуждается в постановке звуков, имеющие межзубный, губно-зубной боковой сигматизм и пр.

2 группа – это старшие дошкольники с дизартрией, кто правильно произносит звуки изолированно и отраженно, но иногда подвергают их заменам или искажениям в самостоятельной речи, то есть необходима автоматизация в речи.

III. В данном направлении для 1 группы реализуется этап постановки звуков, логопедическая работа осуществляется индивидуально.

Цель: добиться правильного произношения звука.

В работе над постановкой ориентируемся на последовательность появления речевых звуков в онтогенезе (свистящие [С], [С'], [З], [З'], [Ц]; шипящие [Ш], [Ж], [Щ], [Ч]; сонорные [Л], [Л'], [Р], [Р'] и на индивидуальные возможности ребенка (степень доступности звука).

Так, например, у участников эксперимента нарушены в произношении свистящие звуки по типу межзубного (40%), бокового (20%) и губно-зубного (10%) сигматизма.

Для них мы рекомендуем следующие способы постановки.

При межзубном сигматизме обращается внимание на положение кончика языка. Кончик языка следует перевести в положение за нижние резцы. Предлагается произносить звук с закрытыми зубами либо закусить кончик спички. Используется зонд «уточка», с помощью которых кончик языка удерживается за нижними зубами, а посередине спинки языка образуется углубление. Кроме того, постановка осуществляется от пения [Г].

При боковом сигматизме постановка осуществляется через межзубное произношение. Далее, как при межзубном сигматизме.

При губно-зубном сигматизме обращается внимание на положение губ. Выполнить артикуляционное упражнение «Заборчик», произнести звук [С], придерживая нижней губу; пение [Т].

Пример комплексов упражнений на постановку шипящих звуков и сонорных, представлены в Приложении И.

IV. Затем реализуется этап автоматизации звука (для 1 и 2 группы), дети объединяются в подгруппы.

Цель: добиться правильного произношения звука в слогах, словах, предложениях, самостоятельной речи.

На данном этапе логопедическая работа включает в себя:

- проговаривание и называние изображений по картинкам;
- запоминание и повторение групп слов с опорой на картинки;
- отбор картинок с заданным звуком;
- определение места звука в словах (начало, середина и конец);
- составление предложений.

Развитие фонематического восприятия.

V. В связи с тем, что все участники эксперимента имеют общее недоразвитие речи, поэтому реализация данного направления будет осуществляться со всеми старшими дошкольниками с дизартрией.

Реализация данного направления осуществляется через игры и упражнения направленные на развитие фонемы на слух.

Приведем несколько примеров упражнений.

Упражнение 1.

Ребенку предлагается повторить похожие слова вначале по 2, затем по 3 в названном порядке:

Мак – бак – так моток – каток – поток

Ток – тук – так батон – бутон – бетон

Бык – бак – бок будка – дудка – утка

Дам – дом – дым нитка – ватка – ветка

Ком – дом – гном клетка – плетка – пленка тыква – буква – будка.

Упражнение 2.

Из четырех слов, отчетливо произнесенных взрослым, ребенок должен назвать то, которое отличается от остальных:

Канава – канава – какао – канава

Ком – ком – кот – ком

Утенок – утенок – утенок – котенок

Будка – буква – будка – будка

Винт – винт – бинт – винт

Минута – монета – минута – минута

Буфет – букет – буфет – буфет

Билет – балет – балет – балет

Дудка – будка – будка – будка.

Упражнение 3.

Взрослый просит ребенка подобрать слово в рифму:

Портфель я выронил из рук,

Такой большой на ветке (*жук*)

Шел по лесу шустрый мишка, На него свалилась (*шишка*)

Здесь в лесу есть злые звери, Запирайте на ночь (*двери*)

Тише, Танечка не плачь,

Не утонет в речке (*мяч*)

Как-то вечером две мышки

Унесли у Пети (*книжки*)

Не ползет Влад на ель,

У него в руках (*портфель*)

«Я трудиться не привык!»

Отвечает (*грузовик*)

Мы собирали васильки,

На головах у нас (*венки*)

Пес козе принес букет,
Сытный будет ей (*обед*)
Ветер, ветер, ты могуч,
Ты гоняешь стаи (*туч*)
То назад, то вперед
Может плыть (*пароход*)
Не дрожи, Сережка,
Это ж наша (*кошка*)

Упражнение 4.

Воспроизведение слоговых сочетаний с одним согласным и разными гласными звуками.

Та – то – ту ну – ны – на бо – ба – бы
Ты – та – то но – на – ну бу – бо – ба
Му – мы – ма да – ды – до па – пу – по
Мо – ма – мы ду – ды – да ку – ко – ка
Ва – ву – во

А так же комплекс игр: «Повтори правильно», «Рассели животных», «Путаница», «Будь внимателен!», «Услышишь – стой!», «Поймай звук» и пр. представлен в Приложении К.

Рассмотрим последовательность коррекционно-логопедической работы с нарушениями подвижности артикуляционного аппарата звукопроизношения и фонематического восприятия на конкретном примере.

Звук [Ц]

I. Массажные движения.

После расслабляющих движений в области лицевой мускулатуры, выполняем легкое поглаживание, постукивание по часовой стрелке круговой мышцы рта.

Для устранения спастичности языка мышц языка необходимо легкое поглаживание, похлопывание от кончика языка к корню, от краёв к середине, при помощи указательного пальца, зонда или при помощи шпателя.

II. Артикуляционная гимнастика.

1. Статические упражнения.

«Забор»: Перед зеркалом просим ребенка максимально растянуть губы (улыбнуться), чтобы были видны и верхние и нижние зубы. Верхние зубы должны находиться напротив нижних. Необходимо проверить наличие расстояния между ними (1 мм). Удерживать мышцы губ в таком положении под счет от 1 до 5–10. Выполнить упражнение без зрительной опоры и определить положение губ.

«Окно»: Удерживать открытым рот с одновременным показом верхних и нижних зубов под счет от 1 до 5–10. Выполнить упражнение без зрительной опоры и определить положение губ.

«Мост»: Рот открыт. Кончик языка упирается в нижние резцы. Удерживать под счет от 1 до 5–10. Если не получается, то нужно погладить язык шпателем, похлопать по нему для расслабления мышц языка. При необходимости пассивно шпателем удерживать язык распластанным. Выполнить упражнение без зрительной опоры и определить положение языка, где находится его кончик.

2. Динамические упражнения.

«Катушка». Улыбнуться, открыть рот. Кончик языка упирается в нижние зубы. Широкий язык «выкатывать» вперед и убирать в глубь рта. Упражнение повторить 8–10 раз в спокойном темпе. Выполнить упражнение без зрительной опоры и определить где находится спинка и кончик языка.

«Жуем блинчик». Улыбнуться, приоткрыть рот, поставить кончик языка за нижние зубы (как в упражнении «Горка»), потом выдвинуть его

чуть вперёд и покусывать свернутый язык 10–15 раз. Выполнить упражнение без зрительной опоры и определить где находится кончик языка, что делают верхние зубы.

Постепенно переходим к отработке комплекса упражнений: «Забор» – «Окно»; «Забор» – «Окно»– «Мост»; «Забор» – «Окно» – «Мост» – «Забор».

III. Постановка звука [Ц].

1. Губы улыбаются. Язык широкий, упирается в нижние зубы (упражнение «мостик»), посередине языка – канавка. Зубы на маленьком расстоянии. Горлышко не гудит. Сначала стучим по нижним зубкам кончиком языка (Т), а затем дуем на него холодным ветерком [С] и делаем это быстро [ТС]. Слышится короткий звук [Ц] – кузнечик.

2. Просим ребенка повторять обратные слоги «ат + с», «от + с», «ут + с», «эт + с». Постепенно сокращаем паузу между звуками [Т] и [С] до одномоментного произнесения на выдохе.

3. Ребенку предлагаем сильно растянуть губы в улыбке и как бы сплюнуть сквозь оскаленные зубы – [Ц]. Отрабатываем утрированное произношение звука (с показом резцов) [17].

IV. Автоматизация звука [Ц].

Закрепление произношения звука [Ц] в различных обратных слогах, словах:

цац – цац – ац – цац – оц – цац – оц – уц – иц

оц оц – оц оц – оц – уц оц – уц – иц оц – уц – иц – ыц

уц уц – уц уц – уц – иц уц – иц – ыц уц – иц – ыц – эц

иц иц – иц иц – иц – ыц иц – ыц – эц иц – ыц – эц – ац

боец птенец удалец заяц танец

отец кузнец молодец огурец месяц

певец леденец наконеч палец колодец

Ац – ац – ац – не пойман заяц.

Ец – ец – ец – молодой боец.

Закрепление произношения звука [Ц] в различных прямых слогах, в словах:

ца ца – ца ца – ца – цо ца – цо – цу ца – цо – цу – цы

цо цо – цо цо – цо – цу цо – цу – цы цо – цу – цы – цэ

цу цу – цу цу – цу – цы ца – цо – цы цу – цы – цэ – ца

цепь овца отцы птица оценка

цапля лицо бойцы улица зацепка

целый яйцо концы лисица акация

Ца – ца – ца – это овца.

Цу – цу – цу – веду овцу.

Це – це – це – не подходи к овце.

Цы – цы – цы – нет овцы.

Заглянет солнце к нам в оконце, И целый день сияет солнце.

Закрепление звука [Ц] в стихах и рассказах:

Сказка о яйце.

Це – це – це, вот вам сказка о яйце.

Цо – цо – цо, курица снесла яйцо.

Цу – цу – цу, котик тянется к яйцу.

Цом – цом м цо, поиграть хотел с яйцом.

Ца – ца – ца, брысь, котенок, от яйца.

Цы – цы – цы, отогнали? Молодцы!

Цо – цо – цо, сами мы съедим яйцо.

Це – це – це, вот вся сказка о яйце.

О гусеницах и птицах.

В садах и в полях много насекомых. Особенно опасны гусеницы.

Гусеницы в садах и лесах поедают листья и цветки. А гусениц поедают птицы. Без птиц леса останутся без листьев, а сады останутся без яблок, слив и ягод. Береги птиц! Подкорми их зимой.

V. Развитие фонематического восприятия.

«Какой звук есть во всех словах?»

Логопед произносит три-четыре слова, в каждом из которых есть один из отрабатываемых звуков: цапля, цветок, цепь... – и спрашивает у детей, какой звук есть во всех этих словах. Дети называют звук «Ц».

«Поймай ошибку».

Взрослый произносит ряды слогов «ца – ца – ча», «цу – цу – шу» и др. Ребенок должен хлопнуть, если услышит другой слог.

«Кто найдет предметы, названия которых содержат заданный звук».

Ребенку предлагается сюжетная картинка, на которой много предметных картинок, в том числе и содержащих в названии определенный звук. Ребенок рассматривает картинку и называет нужные предметы.

«Собери букву».

На столе перед ребенком лежит разрезанная на части буква, на каждой части имеется изображение начинающиеся на тот же звук, что и разрезанная буква. Задача ребенка собрать букву и произнести все предметы, составляющие эту букву.

«Эхо».

Ребенок словно эхо, вслед за логопедом отражает правильно произносимые предложения, а искаженные произношения исправляет, так как эхо всегда говорит только красиво и правильно.

«Рассели животных»

Стоит домик с окошками. На крыше написана буква. Рядом выложены картинки животных. Дети должны выбрать тех животных, в названии которых есть звук, соответствующий букве на крыше, и поселить их в окошки с прорезями. Например: домики с буквами [Ц] и [Ш]. Выложены следующие картинки: собака, цапля, лягушка, цыпленок, синица, мишка, мышка, курица, кошка, щенок. Предварительно все слова проговариваются.

Выводы по главе 2

Таким образом, нами был проведен констатирующий эксперимент, целью которого явилось выявление особенностей и уровней сформированности звукопроизношения у старших дошкольников с дизартрией.

Констатирующий эксперимент проводился в феврале на базе муниципального бюджетного дошкольного учреждения № 33 г. Красноярска. Для проведения констатирующего эксперимента была сформирована экспериментальная группа из 10 человек старших дошкольников (5–6 лет) с дизартрией.

Констатирующий эксперимент включал в себя 3 блока обследования:

- подвижности артикуляционного аппарата;
- звукопроизношения;
- фонематического восприятия.

На основании анализа результатов констатирующего эксперимента, нами сделан вывод о том, что после проведения количественного и качественного анализа первого блока обследования подвижности артикуляционного аппарата можно сделать вывод, что у старших дошкольников отмечаются нарушения подвижности артикуляционного аппарата, а именно:

- напряженное выполнение упражнения;
- длительный поиск артикуляционной позы;
- трудности в чередовании движений;
- неполный объем движения или отклонение конфигурации;
- наличие ошибок (синкenezий, тремора).

По итогам второго блока: обследования звукопроизношения можно сделать вывод о наличии особенностей звукопроизношения у старших дошкольников с дизартрией, характеризующиеся смазанностью,

нечеткостью, ухудшением звукопроизношения в спонтанном речевом потоке. Данные особенности проявлялись в фонологических и антропофонических нарушениях звукопроизношения – это замены, смешения, пропуски и искажения.

В результате обследования фонематического восприятия старших дошкольников с дизартрией затруднения при выборе картинок были выявлены при дифференциации предложенных звуков, что свидетельствует о нарушении фонематического восприятия у участников эксперимента.

В процессе исследования нами выявлены различные нарушения подвижности артикуляционного аппарата, звукопроизношения и фонематического восприятия. С целью уточнения механизма нарушения звукопроизношения нами сопоставлены уровни сформированности подвижности артикуляционного аппарата и звукопроизношения; уровни сформированности звукопроизношения и фонематического восприятия старших дошкольников с дизартрией.

Мы выявили, что у всех участников эксперимента (100%) звукопроизношение связано с нарушениями подвижности артикуляционного аппарата и с нарушением фонематического восприятия, так как все испытуемые дети с общим недоразвитием речи.

На основе анализа литературы и результатов констатирующего эксперимента нами определено содержание методических рекомендаций по коррекции нарушений звукопроизношения у старших дошкольников с дизартрией, в которых были учтены результаты констатирующего эксперимента. Нами были выделены принципы, направления и этапы логопедической работы.

В результате констатирующего эксперимента нами были выделены направления коррекционной работы со старшими дошкольниками с дизартрией:

1. Коррекция недостатков подвижности артикуляционного аппарата.

2. Формирование правильного звукопроизношения.

3. Развитие фонематического восприятия.

По каждому направлению нами составлены комплексы упражнений и игр.

Также были определены следующие этапы работы:

I. Массажные движения для нормализации тонуса органов артикуляции (все участники эксперимента).

II. Артикуляционная гимнастика (все участники эксперимента).

III. Постановка звука (1 группа).

IV. Автоматизация звука (1, 2 группа).

V. Развитие фонематического восприятия (все участники эксперимента).

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

В качестве дальнейшей перспективы предполагается апробация предложенных нами методических рекомендаций.

Таким образом, цели и задачи исследования реализованы, гипотеза доказана.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате анализа литературы по проблеме исследования были сделаны выводы:

1. Процесс формирования артикуляционной моторики можно представить в следующей последовательности:

– к первому году жизни у ребенка появляются смычки органов артикуляции; к полутора годам появляется возможность чередовать позиции (смычка – щель);

– к концу второго года жизни артикуляционный аппарат ребенка готов к простым движениям;

– после трех лет ребенок может поднимать кончик языка вверх и напрягать спинку языка;

– к 4–4,5 годам ребенок овладевает четким выделением кончика языка, его способностью становиться тонким, а к пяти годам появляется возможность вибрации кончика языка;

– у детей в возрасте 6–7 лет при нормальном развитии и полноценном речевом окружении артикуляционная база сформирована и звуковая сторона речи усвоена.

2. Дизартрия, по определению Е.М. Мастюковой – это нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата. Нарушения звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста выражаются в искажениях артикуляции, в смешениях, заменах и пропусках звуков. Характер нарушения звуков при дизартрии может изменяться под воздействием различных лингвистических факторов: места звука в слове, соседствующих звуков, структуры слога, в которых входит звук, слоговой структуры всего слова. Специфические дефекты звукопроизношения у детей с дизартрией проявляются в стойком характере нарушений, особой трудности их преодоления; трудности

автоматизации звуков; процесс автоматизации требует большего количества времени.

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

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

Исходя из вышесказанного, может быть сформулирована проблема исследования: необходимость детального практического изучения нарушений звукопроизношения старших дошкольников при дизартрии и составление методических рекомендаций по преодолению нарушений звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией с учетом выявленных особенностей.

С целью выявления особенностей и уровней сформированности звукопроизношения у старших дошкольников с дизартрией был организован констатирующий эксперимент.

Констатирующий эксперимент проводился в феврале на базе муниципального бюджетного дошкольного учреждения № 33 г. Красноярска. Для проведения констатирующего эксперимента была

сформирована экспериментальная группа из 10 человек старших дошкольников (5–6 лет) с дизартрией.

Констатирующий эксперимент включал в себя 3 блока обследования:

- подвижности артикуляционного аппарата;
- звукопроизношения;
- фонематического восприятия.

На основании анализа результатов констатирующего эксперимента, нами сделан вывод о том, что после проведения количественного и качественного анализа первого блока обследования подвижности артикуляционного аппарата можно сделать вывод, что у старших дошкольников отмечаются нарушения подвижности артикуляционного аппарата, а именно:

- напряженное выполнение упражнения;
- длительный поиск артикуляционной позы;
- трудности в чередовании движений;
- неполный объем движения или отклонение конфигурации;
- наличие ошибок (синкenezий, тремора).

По итогам второго блока: обследования звукопроизношения можно сделать вывод о наличии особенностей звукопроизношения у старших дошкольников с дизартрией, характеризующиеся смазанностью, нечеткостью, ухудшением звукопроизношения в спонтанном речевом потоке. Данные особенности проявлялись в фонологических и антропофонических нарушениях звукопроизношения – это замены, смешения, пропуски и искажения.

В результате обследования фонематического восприятия старших дошкольников с дизартрией затруднения при выборе картинок были выявлены при дифференциации предложенных звуков, что свидетельствует о нарушении фонематического восприятия у участников эксперимента.

В процессе исследования нами выявлены различные нарушения подвижности артикуляционного аппарата, звукопроизношения и фонематического восприятия. С целью уточнения механизма нарушения звукопроизношения нами сопоставлены уровни сформированности подвижности артикуляционного аппарата и звукопроизношения; уровни сформированности звукопроизношения и фонематического восприятия старших дошкольников с дизартрией.

Мы выявили, что у всех участников эксперимента (100%) звукопроизношение связано с нарушениями подвижности артикуляционного аппарата и с нарушением фонематического восприятия, так как все испытуемые дети с общим недоразвитием речи.

На основе анализа литературы и результатов констатирующего эксперимента нами определено содержание методических рекомендаций по коррекции нарушений звукопроизношения у старших дошкольников с дизартрией, в которых были учтены результаты констатирующего эксперимента. Нами были выделены принципы, направления и этапы логопедической работы.

В результате констатирующего эксперимента нами были выделены направления коррекционной работы со старшими дошкольниками с дизартрией:

1. Коррекция недостатков подвижности артикуляционного аппарата.
2. Формирование правильного звукопроизношения.
3. Развитие фонематического восприятия.

По каждому направлению нами составлены комплексы упражнений и игр.

Также были определены следующие этапы работы:

I. Массажные движения для нормализации тонуса органов артикуляции (все участники эксперимента).

II. Артикуляционная гимнастика (все участники эксперимента).

III. Постановка звука (1 группа).

IV. Автоматизация звука (1, 2 группа).

V. Развитие фонематического восприятия (все участники эксперимента).

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

В качестве дальнейшей перспективы предполагается апробация предложенных нами методических рекомендаций.

Таким образом, цели и задачи исследования реализованы, гипотеза доказана.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

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

перспективы развития образования: материалы III междунар. науч. конф. (г. Пермь, январь 2013 г.). Пермь: Меркурий, 2013. С. 95–97.

14. Гвоздев А.Н. Вопросы детской речи. М.: Детство-Пресс, 2007. 472 с.

15. Голубева Г.Г. Коррекция нарушений фонетической стороны речи у дошкольников: методическое пособие. СПб.: Союз, 2003. 60 с.

16. Гуровец Г.В., Маевская С.И. К вопросу диагностики стертых форм псевдобульбарной дизартрии // Вопросы логопедии. 1978. № 5. С.27–37.

17. Жукова Н.С., Мастюкова Е.М., Филичева Т.Б. Логопедия. Основы теории и практики. М., Эксмо, 2011. 288 с.

18. Ефименкова Л.Н. Формирование речи у дошкольников. – М.: Академия, 1981. 214 с.

19. Клинические симптомы дизартрий и общие принципы речевой терапии / Логопедия. Методическое наследие / Под редакцией Л.С. Волковой. Книга 1. М.: Академия, 2003. 217 с.

20. Красота и медицина. Дизартрия [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/dysarthria>. (дата обращения: 14.01.2020).

21. Кротова В.Ю. Влияние социальной среды на формирование речевой компетентности детей дошкольного возраста // Логопедия. 2013. № 2 (40). С. 16–21.

22. Лалаева Р.И. Серебрякова Н.В. Коррекция общего недоразвития речи у дошкольников. СПб.: Питер, 2003. 160 с.

23. Левина Р.Е. Нарушения речи и письма у детей. М.: АРКТИ, 2005. 348 с.

24. Леонтьев А.А. Язык, речь, речевая деятельность. М.: URSS: ЛКИ, 2008. 211 с.

25. Лизунова Л.Р. Дизартрия у детей. Электронное учебно-методическое пособие к курсу «Логопедия». Пермь: Пермский государственный гуманитарно-педагогический университет, 2011. 189 с.

26. Лопатина Л.В. Дифференциальная диагностика стертой дизартрии и функциональных расстройств звукопроизношения. Материалы конференции «Реабилитация пациентов с расстройствами речи». СПб.: Питер, 2000. С. 177–182.

27. Лопатина Л.В. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста. СПб.: Союз, 2005. 192 с.

28. Лопатина Л.В., Серебрякова Н.В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников (коррекция стертой дизартрии): учеб. пособие. СПб.: СОЮЗ, 2000. 192 с.

29. Лурия А.Р. Основные проблемы нейролингвистики. М.: МГУ, 1975. 253 с.

30. Мартынова Р.И. Сравнительная характеристика детей, страдающих легкими формами дизартрии и функциональной дислалией // Хрестоматия по логопедии / Под ред. Л.С. Волковой и В.И. Селиверстова. М.: Академия 1997. С. 214–218.

31. Мастюкова Е.М., Ипполитова М.В. Нарушения речи у детей церебральным параличом. М.: Просвещение, 1985. 187с.

32. Нарушение голоса и звукопроизносительной стороны речи / Под ред. Л.С. Волковой. М.: Просвещение, 2013. 152 с.

33. Нейман Л.В., Богомильский М.Р. Анатомия, физиология и патология органов слуха и речи: учеб. для студ. высш. пед. учеб. заведений / Под ред. В. И. Селиверстова. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. 280 с.

34. Панченко И.И., Щербакова Л.А. Основные формы дизартрических нарушений речи и дифференцированные пути коррекционного

воздействия// Логопедия. Методическое наследие: пособие для логопедов и студ. дефектол. факультетов педвузов. М.: Владос, 2007. 311 с.

35. Пережигина Н.В. Развитие детской речи: проблемы нормы и патологии: М-во образования и науки РФ Ярослав. гос. ун-т им. П.Г. Демидова. Ярославль: Ярослав. гос. ун-т, 2004. 98 с.

36. Петроченко В.И., Брюховских Л.А. Фонетика для логопедов: учеб. пособие. Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева. Красноярск, 2013. 112 с.

37. Поваляева М.А. Настольная книга логопеда. М.: АСТ, 2011. 608 с.

38. Понятийно-терминологический словарь логопеда / Под ред. В.И. Селиверстова. М.: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 1997. 400 с.

39. Правдина О.В. Логопедия (Дизартрия). Хрестоматия по логопедии // Под ред. Л.С. Волковой и В.И. Селиверстова. М.: Просвещение 1997. 207 с.

40. Развитие речи детей дошкольного возраста: пособие для воспитателя детского сада / Под ред. Ф.А. Сохина. М.: Просвещение, 1979. 223 с.

41. Российская Е.Н., Гаранина Л.А. Произносительная сторона речи: Практический курс. М.: АРКТИ, 2003. 104 с.

42. Собонович Е.Ф., Чернопольская А.Ф. Проявление стертых дизартрий и методы их диагностики // Хрестоматия по логопедии / Под ред. Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова. М. 1997. С. 208–213.

43. Ушакова Т.Н. Раннее речевое развитие и его природные основания / Т.Н. Ушакова, С.С. Белова, О. Е. Громова // Вопросы психологии. 2007. № 2. С. 44.

44. Чиркина Г.В. Основы логопедической работы с детьми: учеб. пособие для логопедов, воспитателей дет. садов, учителей нач. кл., студентов пед. училищ. М.: АРКТИ, 2003. 240 с.

45. Федеральный государственный образовательный стандарт обучающихся с ограниченными возможностями здоровья: утв. приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.12.2014 № 1598 [Электронный ресурс]. URL: <http://fgos-ovz.herzen.spb.ru/> (дата обращения 11.01.2020).

46. Федосова О.Ю. Коррекция звукопроизношения у дошкольников с легкой степенью дизартрии с учетом фонетического контекста: дис. ... канд. пед. наук. Самара, 2005. 56 с.

47. Филичева Т.Е., Туманова Т.В. Формирование звукопроизношения у дошкольников. М.: Просвещение, 1993. 112 с.

48. Флерова Ж.М. Логопедия. Р./н.Д.: Феникс, 2008. 320 с.

49. Фомичева М.Ф., Волосовец Т.В., Кутепова Е.Н. и др. Основы логопедии с практикумом по звукопроизношению: учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Под ред. Т. В. Волосовец. М.: Академия, 2002. 200 с.

50. Фомичева М. Ф. Воспитание у детей правильного произношения. М.: Просвещение, 1981. 156 с.

51. Фотекова Т.А., Ахутина Т.В. Диагностика речевых нарушений школьников с использованием нейропсихологических методов: пособие для логопедов и психологов. М.: АРКТИ, 2002. 136 с.

52. Цейтлин С.Н. Язык и ребенок: Лингвистика детской речи: учеб. пособие для студ. высш. учеб, заведений. М: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2000. 240 с.

53. Чиркина Г.В. Методы обследования речи детей: пособие по диагностике речевых нарушений. М.: Владос, 2014. 207 с.

54. Kracke I. Perception of rhythmic sequences by receptive aphasic and deaf children // British journal of disorders of communication. 1975. v. 10. P. 43–51.

55. Wuke M., Asso d. Perception and memory for spatial relations in children with developmental dysphasia // *Neuropsychologia*. 1979. v. 17. P. 231–239.

ПРИЛОЖЕНИЯ





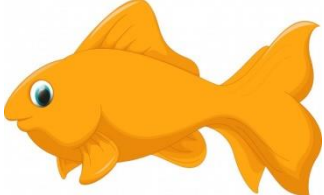

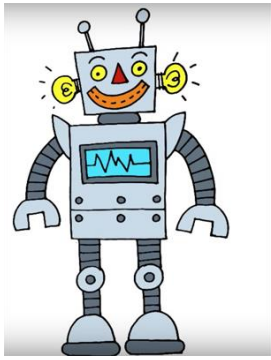
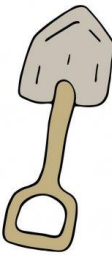

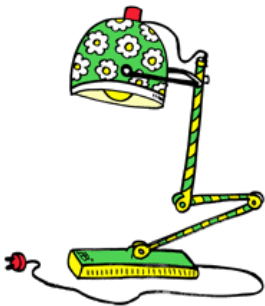

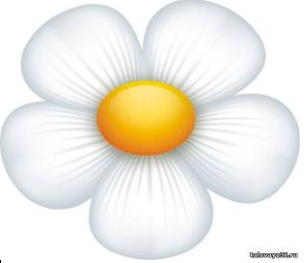
Приложение А

Таблица 3

Выборка экспериментальной группы

№ п./п.	Имя Ф.	Пол	Возраст	Логопедическое заключение
1.	Аня П.	ж.	5 лет 7 мес.	ОНР III уровня, дизартрия
2.	Борис А.	м.	5 лет 8 мес.	ОНР II–III уровня, дизартрия
3.	Виталий Ж.	м.	6 лет	ОНР II–III уровня, дизартрия
4.	Гоша Л.	м.	5 лет 11 мес.	ОНР II–III уровня, дизартрия
5.	Даниил М.	м.	6 лет	ОНР II–III уровня, дизартрия
6.	Паша Б.	м.	5 лет 6 мес.	ОНР III уровня, дизартрия
7.	Полина В.	ж.	5 лет 9 мес.	ОНР II–III уровня, дизартрия
8.	Саша Д.	м.	5 лет 5 мес.	ОНР II–III уровня, дизартрия
9.	Тимофей К.	м.	5 лет 10 мес.	ОНР II–III уровня, дизартрия
10.	Яна К.	ж.	6 лет	ОНР III уровня, дизартрия

Стимульный материал (на примере дифференциации звука [Л])

[Л]			
			
			
			

Приложение В

Таблица 4

Результаты обследования подвижности артикуляционного аппарата у старших дошкольников с дизартрией

№ п./п.	Имя Ф.	Название упражнения											общее количество баллов	% и уровень успешности
		Наду й щеки	Наду й одну щеку	Наду й другу ю	Упри язык в праву ю щеку	Губы в улыб ке	Губы трубоч кой округл ены и вытяну ты вперед	Чередова ние движений губ: «улыбка» - «трубочка »	Помести язык между верхними зубами и верхней губой	Язык «лопатк ой»	«Маятн ик»	«Каче ли»		
1.	Аня П.	3	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	17	51,5 средний
2.	Борис А.	2	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	7	21,2 низкий
3.	Витали й Ж.	2	1	1	2	1	2	1	1	0	1	0	12	36,4 ниже среднего
4.	Гоша Л.	2	2	2	2	1	2	1	0	1	0	1	14	42,4 ниже среднего
5.	Даниил М.	2	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	7	21,2 низкий
6.	Паша Б.	2	1	1	2	2	2	1	1	1	0	0	13	39,4 ниже среднего

Окончание таблицы 4

7.	Полина В.	2	2	2	1	2	1	0	0	0	0	0	10	30,3 ниже среднего
8.	Саша Д.	2	2	2	1	1	2	0	0	0	1	0	11	33,3 ниже среднего
9.	Тимофей К.	2	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	9	27,3 ниже среднего
10.	Яна К.	3	2	2	2	2	2	1	1	0	1	1	17	51,5 средний
Количество баллов		22	15	14	15	14	15	6	5	3	5	3		

Результаты обследования звукопроизношения у старших дошкольников с дизартрией

№ п./п.	Имя Ф.	Группы звуков					общее количество баллов	% и уровень успешности
		свистящие С, СЬ, З, ЗЬ, Ц	шипящие Щ, Ж, Ч, Ш	Л, ЛЬ	Р, РЬ	остальные звуки: заднеязычные звуки Г, Х, К и их мягкие варианты, звук Ё		
1.	Аня П.	2	2	3	2	3	12	80 выше среднего
2.	Борис А.	0	0	2	0	3	5	33,3 ниже среднего
3.	Виталий Ж.	1	1	2	1	3	8	53,3 средний
4.	Гоша Л.	1	1	3	1	3	9	60 средний
5.	Даниил М.	0	0	2	0	3	4	26,6 ниже среднего
6.	Паша Б.	2	2	3	0	3	10	66,7 средний
7.	Полина В.	1	1	3	0	3	8	53,3 средний
8.	Саша Д.	0	0	2	0	3	5	33,3 ниже среднего
9.	Тимофей К.	1	1	2	1	3	8	53,3 средний

Окончание таблицы 5

10.	Яна К.	2	2	3	2	3	12	80 выше среднего
-----	--------	---	---	---	---	---	----	------------------------

Результаты обследования фонематического восприятия у старших дошкольников с дизартрией

№ п./п.	Имя Ф.	Серии звуков						Количество баллов	% и уровень успешности
		[С]	[Ш]	[Ч]	[Л]	[Т]	[Б]		
1.	Аня П.	2	3	3	2	2	3	15	83,3 выше среднего
2.	Борис А.	1	1	0	2	1	2	7	38,8 ниже среднего
3.	Виталий Ж.	2	2	1	2	2	2	11	61,1 средний
4.	Гоша Л.	2	1	2	2	2	2	11	61,1 средний
5.	Даниил М.	1	0	1	0	0	1	3	16,7 низкий
6.	Паша Б.	2	2	2	2	1	3	12	66,7 средний
7.	Полина В.	1	1	1	1	1	1	6	33,3 ниже среднего
8.	Саша Д.	1	1	1	1	1	2	7	38,8 ниже среднего
9.	Тимофей К.	1	1	1	1	2	2	8	44,4 ниже среднего
10.	Яна К.	2	3	2	2	3	3	13	72,2 средний

Сравнительные результаты по трем блокам обследования старших дошкольников с дизартрией

№ п./п.	Имя Ф.	подвижности артикуляционного аппарата (%, уровень)	Звукопроизношение (%, уровень)	фонематическое восприятие (%, уровень)
1.	Аня П.	51,5 средний	80 выше среднего	83,3 выше среднего
2.	Борис А.	21,2 низкий	33,3 ниже среднего	38,8 ниже среднего
3.	Виталий Ж.	36,4 ниже среднего	53,3 средний	61,1 средний
4.	Гоша Л.	42,4 ниже среднего	60 средний	61,1 средний
5.	Даниил М.	21,2 низкий	26,6 ниже среднего	16,7 низкий
6.	Паша Б.	39,4 ниже среднего	66,7 средний	66,7 средний
7.	Полина В.	30,3 ниже среднего	53,3 средний	33,3 ниже среднего
8.	Саша Д.	33,3 ниже среднего	33,3 ниже среднего	38,8 ниже среднего
9.	Тимофей К.	27,3 ниже среднего	53,3 средний	44,4 ниже среднего
10.	Яна К.	51,5 средний	80 выше среднего	72,2 средний

Комплекс упражнений для артикуляционной гимнастики

«Улыбочка» – удержание губ в улыбке. Зубы не видны.

«Хоботок» – вытянуть сомкнутые губы вперед «трубочкой».

«Окошко» – зубы почти сомкнутые губы принимают положение окошка.

«Бегемотик» – слегка улыбнуться, медленно открыть рот, подержать рот открытым 5-10 секунд, медленно закрыть. Язык лежит спокойно за зубами.

«Обезьянка» – чуть приоткрыть рот и поместить язык между нижней губой и нижними зубами. Удерживать не менее 5 секунд.

«Лягушка» – ребенок опускает нижнюю губу, обнажая нижние зубы, и возвращает ее на место. Упражнение выполнять десять раз.

«Зайчик» – ребенок поднимает верхнюю губу, обнажая верхние зубы, и опускает ее обратно.

«Горка» – улыбнуться, приоткрыть рот, кончик языка поставить за нижние зубы, широкий язык установить горкой.

«Любопытный язычок» – улыбнуться, приоткрыть рот и производить движения языком вперед назад. Язык кладем на нижнюю губу, затем убираем его в рот. Рот остается открытым.

«Чистим нижние зубки» – улыбнуться приоткрыть рот и кончиком языка почистить нижние зубки с внутренней стороны.

«Самовар» – сжать губы, надуть щеки, удержать воздух 3 секунды и выпустить через губы, произнося «Пых».

«Хомячок» – язык поочередно упирает в правую и левую щеки, задерживаясь в каждом положении на 3-5 секунд.

«Шлепаем губами по язычку» – улыбнуться, приоткрыть рот, спокойно положить на нижнюю губу и пошлепать его губами, произнося па-па-па. (кончик языка, середина языка, продвигая медленно вперед).

«Трубочка» – «Улыбочка» – «Домик открывается» – проводится в форме «Делай как я», движения выполняются в любом порядке.

«Шторки» – рот открыт, нижняя губа закрывает нижние зубы, а верхняя приподнимается, открывает верхние зубы. Затем положение губ меняется: нижняя губа опускается, открывая нижние зубы, а верхняя губа опускается, закрывая верхние зубы.

«Лошадка» – присосать кончик языка у небу, пощелкивание производится с изменением темпа.

«Грибок» – широко открыть рот, присосать поверхность языка к небу, при этом сильно оттянуть вниз нижнюю челюсть.

«Маляр» – широко открыть рот. Широким кончиком языка проводить по небу от верхних резцов до маленького язычка и обратно.

«Дятел» – широко открыть рот, языком с силой ударять в бугорки за верхними зубами. При этом произносит звук [Д].

«Покусая язык» – улыбнуться, приоткрыть рот и покусать язык (покусать кончик языка, середину языка, постепенно продвигая вперед–назад).

Комплекс упражнений и игр на постановку группы шипящих звуков

Перед тем, как перейти к постановки звука, рекомендуется выполнить артикуляционные упражнения:

- для развития силы и направленности воздушной струи: «Теплый ветер»;
- упражнения для губ: «Забор», «Окно»;
- упражнения для языка: «Лопатка», «Парус», «Качели», «Чашечка» – снаружи, «Чашечка» – в полости рта, «Фокус», «Маляр», «Наказать непослушный язычок», «Покусываем язычок», «Мост», «Почистим зубы».

Первым ставится звук [Ш], так как он является базовым для всех шипящих звуков. Ребенку предлагают выполнить артикуляционную позу «Чашечку» в ротовой полости. После чего ему предлагается сильно подуть на кончик языка. При боковом сигматизме необходимо придерживать щеки ребёнка, губы утрированно выпячиваются.

При постановка от других правильно произносимых звуков.

- от звука [С]: произнося [С], поднимать кончик языка вверх;
- от звука [Т] верхней артикуляции: произнося [Т], сильно выдохнуть воздух.

Механический способ осуществляется при помощи зонда (петелька) или шпателя. В этом случае язык поднимается за верхние зубы.

Звук [Ж] ставится от звука [Ш] путем озвончения. Так же звук [Ж] можно поставить по аналогии со звуком [Ш] от звуков [З], [Д]

Постановка звука [Щ] происходит от звука [СЬ]. Ребенку предлагается произнести звук [СЬ] и затем приподнять язык вверх. От звука [Ш]. Ребёнок произносит [Ш] и продвигает язык чуть вперёд. Существует второй способ постановки от звука [Ш], при котором логопед нажимает пальцем в ямку под

подбородком ребёнка, чем вызывает приподнимание средней части спинки языка.

Постановка звука [Ч] происходит путем произнесения сочетания звуков

[АШЧ] в быстром темпе [47].

Комплекс упражнений и игр на постановку сонорных звуков

Постановка сонорных [Л] – [Ль]:

- для развития силы и напряжения воздушной струи: «Надуй щеки», «Втяни щеки», «Сдуй ватку», «Кто дальше загонит мяч?», «Фокус»;
- упражнения для губ: «Забор», «Трубочка» – «Окно»;
- упражнения для языка: «Лопата», «Лопата копает», «Наказать непослушный язык», «Вкусное варенье», «Пароход», «Пароход гудит», «Качели». Пощелкать кончиком языка, беззвучно.

При постановке звуков [Л] – [Ль] от опорных звуков ребёнку предлагается выполнить одно из ниже перечисленных упражнений: «Пароход гудит» – ребёнку предлагается зажать передними зубами кончик языка и произнести звук ы-ы-ы.

«Песенка иголки» – ребёнку предлагается произнести звук а-а-а и одновременно кончиком языка «постучать» по альвеолам или прикусывать кончик языка.

Постановка сонорных звуков [Р] – [Рь].

При постановке звука [Р] по подражанию ребёнку предлагается выполнить серию упражнений «Забор» – «Окно» – «Мост» – «Парус» при открытом рте. Язык упирается в альвеолы, затем, не опуская языка, с силой подуть на него. Вызывать вибрацию кончика языка — «Мотор».

При постановке от опорного звука. Ребёнок произносит звук [З] при поднятом кверху языке, что напоминает звук [Д]. Если слышится [Ж], надо попросить подвинуть язык ближе к резцам, слегка усиливая

воздушную струю, а потом присоединяя звук [А]. Должны слышаться звуки «ра».

При постановке механическим способом, ребенку необходимо произносить «д-ддд», то есть широкий кончик языка стучит по альвеолам со звуком [Д]. В этот момент под кончик языка подводят шпатель и воспроизводят мелкие вибрирующие движения.

Комплекс игр на развитие фонематического восприятия

Игра «Повтори правильно»

Дети сидят по кругу. Воспитатель предлагает детям по очереди поймать мяч и внимательно послушать цепочку слогов, затем ребенок должен правильно повторить и бросить мяч обратно. Слоговые ряды могут быть различными: ми-ма-му-ме, па-пя-па, са-са-за.

Игра «Путаница»

Нужно обратить внимание ребенка на то, как важно не путать звуки между собой. Для подтверждения этой мысли, следует прочесть (следующие шуточные предложения.

Русская красавица своей козою славится.

Тащит мышонок в норку огромную хлебную горку. Поэт закончил строчку, в конце поставил дочку.

По ходу прочтения, уточнять, все ли поэт написал правильно. Если нет, то где ошибка.

Игра «Будь внимателен!»

Дети шагают под «Марш» С. Прокофьева. Затем на слово, начинающееся на один из дифференцируемых звуков (например, при отработке «Дифференциация [З] – [Ж]», при слове «Зайчики»), произнесенном ведущим, дети должны начать прыгать, на слово «Жуки» – замереть на месте, «Зина» – прыжки, «Жираф» – замерли на месте, и т.д.

Игра «Услышишь – стой!»

Назначается запретный звук (например, [С]). Дети становятся в линейку лицом к логопеду на расстоянии 7–9 шагов. Воспитатель громко называет слова. На каждое слово играющие должны сделать шаг вперед, за исключением того случая, когда в слове есть звук [С] в любой позиции. В этом случае необходимо пропустить шаг. Проигрывают ученики, первые достигшие логопеда.

Игра «Поймай звук»

Дети сидят по кругу. Воспитатель предлагает детям хлопнуть в ладоши, когда они услышат звук [А]. Далее предлагаются разные звуки: А, П, У, А, К, А и т.д. Для усложнения можно предложить только гласные звуки. Аналогично проводится игра на выделение других звуков, как гласных, так и согласных.

«Недовольный Саша».

Потребуется картинка с изображением недовольного мальчика. Ребенку предлагается прослушать ряд слогов (слов или фразу). В случае если он услышит неправильное произношение звуков – поднимает картинку с изображением недовольного Саши.

«Правильно-неправильно».

Логопед показывает ребенку картинку и громко, четко называет то, что на ней изображено, например: «Банан». Затем объясняет: «Я буду называть эту картинку то правильно, то неправильно, а ты внимательно слушай. Если я ошибусь – хлопни в ладоши».

Баман, паман, бана, банам, ваван, даван, баван.

Витанин, митавин, фитамин, витаним, витамин, митанин, фитавин.

«Что просит мышка».

Логопед просит ребенка принести мышке (зайчику) продукты (муляжи) в названии которых есть звук [Р]. Аналогично игра проводится с другими звуками.

«Незнайка запутался».

Для игры необходим набор картинок: лук, жук, сук, рак, лак, мак, сок, дом, лом, сом, ложка, мошка, матрешка, картошка и т.д.

Логопед произносит слова и предлагает ребенку назвать слово, которое не похоже на остальные:

- мак, бак, так, банан; – сом, ком, индюк, дом;
- лимон, вагон, кот, бутон; – мак, бак, веник, рак;

- СОВОК, ГНОМ, ВЕНОК, КАТОК; – ПЯТКА, ВАТКА, ЛИМОН, КАДКА;
- ВЕТКА, ДИВАН, КЛЕТКА, СЕТКА; – КАТОК, МОТОК, ДОМ, ПОТОК И Т.Д .

Задание на выпускную квалификационную работу
федерального государственного бюджетного образовательного учреждения
высшего образования

«Красноярский государственный педагогический университет
им. В.П. Астафьева»

Институт социально - гуманитарных технологий
Кафедра коррекционной педагогики

ЗАДАНИЕ НА ВЫПУСКНУЮ КВАЛИФИКАЦИОННУЮ РАБОТУ

Обучающийся Маркова Анна Сергеевна

Код 44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование, направленность
(профиль) образовательной программы Логопедия

Курс 5 группа SZ - Б15Е - 01 ИСГТ



Тема Особенности нарушения звукопроизношения у старших дошкольников
с дизартрией

Руководитель Мамаева Анастасия Викторовна, к.п.н., доцент кафедры
коррекционной педагогики

Срок сдачи завершённой работы руководителю май 2020 года

Перечень вопросов, подлежащих разработке: Научно-теоретический анализ
литературы по проблеме нарушения звукопроизношения у старших
дошкольников с дизартрией, эмпирическое исследование особенностей
нарушения звукопроизношения у старших дошкольников с дизартрией.

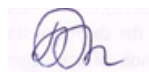
ПЛАН - ГРАФИК ВЫПОЛНЕНИЯ РАБОТ

№	Наименование этапов работы	Срок выполнения этапов работы	Отметка о выполнении
1.	Определение темы исследования	Октябрь 2019	
2.	Формулировка целей и задач исследования. Определение объекта и предмета исследования.	Октябрь-декабрь 2019	

	Уточнение актуальности		
3.	Написание первой главы	Декабрь 2019	
4.	Определение содержания констатирующего эксперимента	Январь 2020	
5.	Проведение констатирующего эксперимента	Февраль 2020	
6.	Разработка методических рекомендаций. Написание второй главы	Март-апрель 2020	
7.	Подготовка работы к предзащите	Апрель-май 2020	

Утверждено на заседании кафедры, протокол № 2 от 11.10.2019г.

Заведующий кафедрой



/О.Л.Беляева/

Руководитель



/А.В.Мамаева/

Задание принял к исполнению, с критериями оценки и сроками выполнения работы ознакомлен



/А.С.Маркова/