

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ 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

РАГИМОВА РИММА ФРИЛЬЕВНА
ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ И
АРТИКУЛЯЦИОННОЙ МОТОРИКИ У ДЕТЕЙ 6 – 7 ЛЕТ С ДИЗАРТРИЕЙ

направление подготовки 44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование
профиль образовательной программы Логопедия

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ

И.о. зав. кафедрой коррекционной педагогики,
кандидат педагогических наук, доцент
03.06.2019 ОЛ Беляева О.Л.

Руководитель: кандидат педагогических наук,
доцент кафедры коррекционной педагогики
30.05.2019 М Мамасва А.В.

Дата защиты « 19 » июня 2019 г.

Обучающийся Рагимова Р.Ф.

30.05.2019 Росин
Оценка отлично

Красноярск 2019

Содержание

Введение	3
Глава 1. Теоретические основы проблемы изучения артикуляционной моторики и звукопроизношения	
1.1. Развитие звукопроизношения и артикуляции в онтогенезе	7
1.2. Особенности развития артикуляционной моторики и звукопроизношения при дизартрии	15
1.3. Обзор методик логопедической работы по диагностике и коррекции нарушений звукопроизношения и артикуляционной моторики.....	23
Глава 2. Экспериментальное изучение звукопроизношения и особенностей артикуляционной моторики у детей 6 - 7 лет с дизартрией	
2.1. Организация и методика экспериментального обследования	34
2.2. Анализ результатов констатирующего эксперимента	41
2.3. Дифференцированные методические рекомендации по коррекции нарушений артикуляционной моторики и звукопроизношения у детей 6 – 7 лет с дизартрией.....	54
Заключение.....	68
Список использованных источников	71
Приложения	75

Введение

Актуальность исследования обусловлена значимостью своевременной диагностики звукопроизношения, артикуляционной моторики и коррекционно-логопедического воздействия у дошкольников с дизартрией для их дальнейшей успешной социальной адаптации и полноценной учебной деятельности.

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) задаёт новые направления в поисках организации обучения дошкольников. Содержание образовательной работы в ДОУ в соответствии с ФГОС ДО направлено на усвоение норм и ценностей, принятых в обществе, развитие коммуникативных навыков детей [46].

Проблемы диагностики дизартрии, организации логопедической помощи этим детям являются значимыми, если учитывать распространённость этого дефекта. В последние годы прослеживается выраженная тенденция к росту данной речевой патологии.

Для детей с дизартрией характерно нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата. Ведущим дефектом у детей данной категории является нарушения звукопроизношения, выраженные фонологическими дефектами, такими, как отсутствия, замены и смешения звуков, антропофоническими дефектами, проявляющимися в искажении звуков. Понять механизм, первопричину этих нарушений крайне важно для построения оптимального пути их преодоления.

Система логопедического воздействия при дизартрии носит комплексный и систематический характер, и позволяет скорректировать формирование произносительной речи ребёнка в дошкольном периоде, предотвратить вторичные нарушения.

Исходя из выше изложенного, вытекает проблема нашего исследования: обследование артикуляционной моторики и звукопроизношения у детей с дизартрией.

Цель исследования: Определить влияние нарушений артикуляционной моторики на состояние звукопроизношения у детей 6 – 7 лет с дизартрией.

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

1. Проанализировать психолого-педагогическую и логопедическую литературу по теме исследования.

2. Выявить особенности двигательных функций губ, челюсти, языка, динамической организации движений органов артикуляции и уровни сформированности звукопроизношения у детей 6 – 7 лет с дизартрией.

3. Провести анализ взаимосвязи нарушений звукопроизношения и особенностей артикуляционной моторики.

4. Составить методические рекомендации по коррекции нарушений артикуляционной моторики и звукопроизношения у детей 6 – 7 лет с дизартрией.

Объект исследования: нарушение звукопроизношения у детей 6 – 7 лет с дизартрией.

Предмет: взаимосвязь дефектов звукопроизношения и расстройств артикуляции.

Гипотезой исследования является предположения о наличии взаимосвязи между нарушениями звукопроизношения и артикуляционной моторики.

Методы исследования определялись в соответствии с целью и задачами исследования:

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

2) Эмпирические: изучение медицинской и психолого-педагогической документации; беседы с педагогами; наблюдение; констатирующий эксперимент; количественный и качественный анализ результатов.

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

Организация исследования.

Базой исследования явилось «МАДОУ № 333 комбинированного вида», где была сформирована экспериментальная группа, в состав которой вошли 10 детей подготовительной группы компенсирующей направленности.

При комплектовании группы учитывались следующие факторы:

- 1) Возраст испытуемых (6 – 7 лет);
- 2) Характер дефекта (дизартрия);
- 3) Отсутствие сочетанных дефектов (нарушение интеллекта, слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата).

Констатирующий эксперимент включал в себя два блока:

I. Исследование артикуляционной моторики, состоящее из 4 серий заданий:

- 1) Исследование двигательной функции губ;
- 2) Исследование двигательной функции челюсти;
- 3) Исследование двигательной функции языка;
- 4) Исследование динамической организации движений артикуляционного аппарата.

Для проведения I блока экспериментальной части были использованы методы и приёмы обследования артикуляционной моторики, представленные в работах Трубниковой Н.М [41].

II. Исследование звукопроизношения, состоящее из заданий:

произношение звуков в словах, изолированное произнесение дефектных звуков.

Обследование звукопроизношения осуществлялось нами по традиционным методикам, принятым в логопедии и опубликованным в работах Жуковой Н.С., Мастюковой Е.М., Лопатиной Л.В., Серебряковой Н.В., Ткаченко Т.А., Филичевой Т.Б., Чиркиной Г.В., с использованием картинного материала Иншаковой.

Исследование проводилось в течение 2018 – 2019 гг. и проходило в **четыре этапа:**

- 1) Ноябрь-декабрь 2018г. – изучение психолого-педагогической литературы, определение содержания констатирующего эксперимента;
- 2) Январь 2019г. – проведение констатирующего эксперимента;
- 3) Февраль 2019г. – анализ результатов констатирующего эксперимента;
- 4) Март 2019г. – обобщение; оформление высшей квалификационной работы.

Структура выпускной квалификационной работы имеет следующий вид:

Введение посвящено актуальности выбранной теме квалификационной работы, определены цель, объект и предмет, методы, сформулированы задачи исследования.

В первой главе отражен теоретический анализ литературы по проблеме исследования.

Вторая глава посвящена исследованию особенностей артикуляционной моторики и звукопроизношения, и взаимосвязи этих нарушений у детей 6 – 7 лет с дизартрией.

В заключении отражены выводы о результатах проведенного исследования. Так же в работе присутствует заключение, список литературы из 47 источников и 3 приложения. Работа включает 7 рисунков и 8 таблиц.

Глава 1. Теоретические основы проблемы изучения артикуляционной моторики и звукопроизношения.

1.1. Развитие звукопроизношения и артикуляции в онтогенезе.

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

По мере развития речи формируются системно управляемые слуходвигательные образования, которые и являются реальными, материальными знаками языка. Для их актуализации необходима артикуляционная база и умение образовывать слоги. Жинкин Н.И. определяет такую базу как «комплекс умений, приводящий органы артикуляции в позиции, при которых для данного языка вырабатывается нормативный звук» [19].

Несмотря на свою кажущуюся элементарность, звуки речи – очень сложное явление, многогранное и многоаспектное. Звуки можно рассматривать со стороны физических (акустических), физиологических (артикуляционных) и функциональных (фонологических) характеристик.

Звук с физической точки зрения есть колебательное движение упругой среды, вызываемое обычно колебанием какого-нибудь тела и воспринимаемое слухом [38, с.5].

Звуки речи образуются благодаря сложной мускульной работе различных отделов речевого аппарата: дыхательного, голосообразующего, звукообразующего. Координированная и взаимосвязанная работа трёх частей речевого аппарата возможна благодаря регуляции центральной нервной системы. Под её влиянием осуществляются действия на периферии, так, например, работа дыхательного аппарата обеспечивает силу звучания голоса, работа ротовой полости обеспечивает образование гласных и согласных звуков и их дифференциацию по способу и месту артикуляции.

В образовании звуков задействован весь речевой аппарат: губы, зубы, язык, нёбо, маленький язычок, надгортанник, полость носа, глотка, гортань, трахея, бронхи, лёгкие, диафрагма. Ротовая полость, благодаря наличию подвижных органов (губ, языка, мягкого нёба, маленького язычка), может менять свою форму и объём. 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 ребёнок рождается с готовыми для функционирования органами артикуляции, но необходим длительный период времени, прежде чем он овладеет членораздельными звуками речи.

Леонтьев А.А. 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).

Первый год жизни ребёнка рассматривают как доречевой период. Он является подготовительным в развитии детской речи и разделяется на четыре этапа:

I этап (0 – 3 месяца) характеризуется развитием эмоционально – выразительных реакций;

II этап (3 – 6 месяцев) время появления голосовых реакций, гуления, лепета;

III этап (6 – 10 месяцев) начало развития понимания речи, активного лепета;

IV этап (10 – 12 месяцев) время появления первых слов (А.В. Запорожец, Н.М. Аксарина, М.Ю.Кистяковская и др.) [2, с.25].

С самых первых дней, по мере созревания нервно – мышечных тканей, в определённой последовательности, от простых структур к более сложным,

происходит усвоение ребёнком родного языка. В первые месяцы после рождения у ребёнка интенсивно развиваются слуховой, зрительный, двигательно-кинестетический анализаторы.

Первыми звуками ребёнка является крики, которые представляют собой безусловно – рефлекторную реакцию на действие сильных внешних и внутренних раздражителей [4, с.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 [15, с.25].

Являясь первым этапом доречевого развития, рефлекторный крик ребёнка к 2 – 3 месяцам жизни становится всё более модулированным и выражает различные оттенки недовольства, становится средством коммуникации с окружающими.

Тонкова Р.В. указывает, что во время крика ребёнка активизируются специфические зоны коры головного мозга. При крике ребёнок 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 ребёнка напрягается и растягивается круговая мышца рта, мягкое нёбо то опускается, то поднимается.

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

В 2 – 4 месяца появляются короткие звуки – гуканье, а затем гуление, с их помощью ребёнок привлекает внимание окружающих. Звуки гуления, хотя не несут смысловой нагрузки, с конца третьего месяца жизни становятся средством общения со взрослым в силу своей интонационной выразительности. При

появлении гуления и смеха становятся активными задняя и средняя части спинки языка.

Полноценное общение с ребёнком в первые месяцы жизни стимулирует корковый и периферический отделы слухо-речевого анализатора ребёнка, а его ответные голосовые реакции, вызванные по подражанию, развивают речедвигательный анализатор [2, с.26].

Многие исследователи отмечают, что в 4 -5 месяцев появляются признаки локализованности звуков, активное включение работы языка и другие стороны артикулирования, способствующие звуковому оформлению голосовых реакций ребёнка.

В возрасте около полугода ребёнок начинает лепетать. Происходит упражнение голосовых связок, ребёнок прислушивается к себе, соизмеряет свои слуховые и двигательные реакции [4, с.99].

В период лепета происходит распад потока «речи» на короткие отрезки, состоящие из нескольких слогов, произношение которых характеризуется единством уклада артикуляционных органов и акцентом на первом слоге.

Одни авторы (Богородецкий В.А.) рассматривают лепет, как игру самим процессом произнесения, а другие (Сикорский И.А., Винарская Е.Н., Александров А.А.) как продукт подражания окружающим.

Аствацатуров М.И. выделяет в лепете ребёнка гласные «а», «э» и их сочетания с губными и переднеязычными звуками. Автор объясняет преобладание этих гласных тем, что они наиболее лёгкие для произнесения, так как воспроизводятся не с помощью специальных сокращений мускулатуры, а требуют лишь раскрытия рта и вибрации голосовых связок.

Для произнесения губных [п], [б], [м] и переднеязычных согласных [т], [д], [н] ребёнок так же располагает готовыми механизмами, ибо реализация этих звуков требует работы мышц, задействованных в акте сосания. В результате совершенствования мышечной работы артикуляционного аппарата ребёнка

появляется возможность артикулирования слогов в период лепета: па, пу, та (Р.В. Тонкова – Ямпольская)[2, с.27].

Бельтюков В.И. и Салахова А.Д., проводившие систематические наблюдения за четырьмя детьми в период лепета, пришли к выводам, что при переходе от лепета к речи звуки формируются «как бы заново», но «наличие звуков в лепете, по-видимому, оказывает влияние на сроки появления их в речи, сокращает эволюционный ход их развития»[46, с.9].

Цейтлин С.Н. пишет, что ребёнок дважды проходит путь освоения звуков родного языка: «Сначала репетиция в форме игры, забавы, весёлого развлечения, затем сложный и трудный этап освоения тех же звуков в составе слов. На первый взгляд кажется удивительным, что ребёнок, без труда произносивший в период лепета самые разнообразные и сложные звуки, затем учится (медленно и с величайшим трудом) артикулировать их в составе слов. Однако... дело в том, что в лепете царит произвольность. У ребенка не могло быть цели воспроизвести определенный звук родного языка. Лепет младенцев на первом году жизни можно отчасти уподобить пению птицы. Что же касается артикулирования того или иного звука в составе слова, то тут уже требуется произнести его так, чтобы быть понятным, т.е. подстроиться под эталон, контролируя себя, соизмеряя речедвигательные усилия и акустический образ. Переход от лепета к словесной речи – это переход от дознакового общения к знаковому, а знак (в нашем случае – слово) предполагает некоторую предварительную договоренность, конвенциональность и, следовательно, произвольность, определяемую традицией»[46].

В первом полугодии жизни идёт 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).

Материал исследований М.Е. Елисеевой подтверждает наличие тесной взаимосвязи лепета и речи, она делает следующие выводы:

1. Звуки, активно использовавшиеся в лепете до года, появляются в числе первых фонем.
2. Звукокомплексы, предложенные взрослыми в качестве слов, иногда видоизменяются, «переоформляются» ребёнком в соответствии со звуками его лепета.
3. Слова языка «нянь», предлагаемые ребёнку взрослыми, сначала отрабатываются в лепете, а в дальнейшем употребляются не только в лепете, но и в качестве слов.
4. Ребёнок имитирует те звуковые комплексы, которые уже активно употребляет в лепете, или состоящие из звуков, содержащихся в лепете.
5. Лепет продолжался ещё в течение года после появления первых слов, параллельно с развитием лексикона, и так же влиял на появление фонем [46, с.9].

Становление речи у ребёнка первого года жизни представляет собой условно – рефлекторный процесс. Условные сигналы первой сигнальной системы со всех анализаторов уже в раннем детстве опосредуются речевыми звуками, словами, соединениями слов, то есть тесно связываются деятельностью речедвигательного анализатора – главным звеном второй сигнальной системы (Павлов И.П., Сикорский И.А., Красногорский Н.И. и др.) [2, с.25].

Архипова считает, что при нормальном речевом общении детей с окружающими речевые связи образуются путём подражания и упрочиваются путём много рефлекторного повторения – физиологической эхолалии. Для того чтобы ребёнок стал говорить, у него должны достигнуть определённого уровня развития речедвигательный, слухо-речевой анализаторы и органы артикуляции. Это созревание анатомическое и функциональное, они тесно связаны и взаимозависимы, что подчёркнуто в работах: Сикорского И.А., Гвоздева И.А.,

Эльконина Д.Б., Розенгард – Пупко Г.Л., Касаткина Н.И., Мелешко С.Д., Тонковой – Ямпольской Р.В., Якобсона Р..

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

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 ребёнка первых слов заканчивается подготовительный этап и берёт начало этап становления активной речи. Ребёнок 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). Ребёнок 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 - задненёбные) и звук [j]. В произношении твёрдых согласных в этот период характерно смягчение, палатизация, обусловленная дополнительным подъёмом средней части языка к нёбу – [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 ребёнка происходит значительное накопление словарного запаса.

Дошкольный возраст – период активного усвоения, как звукопроизносительной системы родного языка, так становления и развития всех сторон речи. К трём годам чётко оформляется артикуляция губно-зубных: [ф], [ф’], [в], [в’]. Фонематическое восприятие в это время уже хорошо развито: дети почти не смешивают слова, близкие по звучанию, пытаются удержать слоговую структуру слова со стечением согласных.

В 3 года возможности артикуляционного аппарата возрастают, появляется умение произносить свистящие звуки, но ещё сохраняются дефекты смягчения и оглушения.

В 4 года ребёнок, в результате дальнейшего укрепления мышц языка, уже может поднимать вверх кончик и напрягать спинку языка, что способствует появлению шипящих звуков, устраняются дефекты оглушения и смягчения.

Группы свистящих и шипящих звуков сложны по артикуляции в сравнении со звуками раннего онтогенеза, поскольку для их образования необходимы тонкие и координированные движения языка, а также вполне определённое положение губ.

К 4 - 4.5 ребёнок овладевает более чёткими дифференцированными движениями кончика языка, умением его делать более тонким для звуков [л], [л'].

Ближе к пяти годам появляется возможность вибрации кончика, что способствует появлению звуков [р], [р'].

Исследования Филичевой Т.Б., Чиркиной Г.В., Архиповой Е.Ф., Беяковой Л.И. подтверждают, что артикуляционная база в онтогенезе постепенно формируется к пяти годам. Для овладения правильным звукопроизношением ребёнок 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 [4, с.54].

Для нормально - типично развивающихся детей 6 – 7 возраста характерно правильное произнесение всех звуков родного языка и слов различной слоговой структуры. Произносительная сторона речи ребёнка седьмого года жизни максимально приближена к речи взрослых, с учётом норм литературного произношения.

Таким образом, 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 [39].

Кратко 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 ребёнок овладевает чётким 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.

1.2. Особенности развития артикуляционной моторики и звукопроизношения при дизартрии.

Дизартрия, по определению Мастюковой Е.М., – это нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата [11, с. 191].

За счёт органического поражения центральной и периферической нервной системы при дизартрии нарушается двигательный механизм речи, что приводит к нарушению хода онтогенеза речевой деятельности. Степень нарушений артикуляционной моторики и звукопроизношения зависят от характера и тяжести поражения нервной системы.

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

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.

Мастюкова Е.М. указывает на наличие синкенезий при псевдобульбарной дизартрии, а также на отсутствие произвольных движений при сохранности рефлекторных, непроизвольных движений.

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.

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

Мастюкова Е.М. отмечает у детей грудного возраста с дизартрией проявление признаков псевдобульбарного синдрома: отсутствие или слабость некоторых врождённых безусловных рефлексов–сосательного, поискового, хоботкового, ладонно-рото-головного). Крик у новорожденных длительное время остаётся тихим, плохо модулированным, нередко с носовым оттенком, иногда в виде отдельных всхлипываний, которые производятся в момент вдоха [11, с.211].

Белякова Л.А., Волоскова Н.Н. 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, захлёбывание, утечка молока через нос [7, с.107].

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 учащённое, 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 ребёнок испытывает трудности при жевании твёрдой пищи, глотании, питье. При обследовании органов артикуляции нередко встречается готическое или уплощённое твёрдое нёбо, 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.

Нарушения произношения могут быть разными при одной и той же форме дизартрии, и в то же время несущественно отличаться различаться при разных её формах. Однако для всех детей, признак в виде искажения звуков является облигатным. Помимо нечёткого произнесения звуков, отмечается замедленное развитие фонетической стороны речи в целом. Артикуляционная база длительное время остаётся недифференцированной, в связи с чем, произнесение слов длительное время остаётся нечётким смазанным [7, с.108].

В основе артикуляции лежит тонкая дифференцированная работа языка и губ. У детей с дизартрией вследствие ограниченной подвижности губ и языка выполнение этих артикуляционных движений вызывает ещё большие трудности по сравнению с детьми, имеющими нормальное речевое развитие.

Многие исследователи, Винарская Е.Н., Мастюкова Е.М., Шипицына Л.М., Мамайчук И.И., Панченко И.И., Лопатина Л.В., Левченко И.Ю., отмечают

полиморфный характер нарушений, ухудшение звукопроизношения в спонтанном речевом потоке.

По данным Собонович Л.А., Кожевникова В.А., 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. Всё это сказывается на общем звучании речи, которая становится неестественно растянутой, либо наоборот излишне торопливой.

Наблюдаются дефекты звукопроизношения:

1. антропофонические (Рау Ф.Ф.), или фонетические (Левина Р.Е.), такие как искажения;
2. фонологические (Рау Ф.Ф.), они же фонематические (Левина Р.Е.) к ним относятся смешения и замены звуков [11, с.122].

Искажение звуков является характерным признаком онтогенетического характера развития речи. По данным Гуровец Г.В. и Маевской С.И., среди искажений наиболее часто встречающимися являются межзубное и боковое произношение свистящих, шипящих звуков и звука [р], межзубное, боковое, нижнее произнесение переднеязычных [т], [д], [н], [л], смягчённое произношение всех звуков вследствие спастического напряжения средней спинки языка. Лопатина Л.В. отмечает, что для звуков [р], [р'] самым распространённым является велярный ротацизм.

Часто отмечается упрощение артикуляции, когда сложные звуки заменяются более простыми по своим артикуляторным признакам: щелевые – взрывными, звонкие – глухими, шипящие – свистящими, твёрдые – мягкими, аффрикаты распадаются на составляющие их звуковые элементы. При этом страдают не только язычные, но и губные звуки.

Степень нарушения подвижности артикуляционных мышц может быть различной – от незначительного снижения объёма и амплитуды артикуляционных

движений губ и языка, до невозможности выполнения движений из-за полного паралича речедвигательных мышц (анартрии).

При дизартрии неврологические нарушения артикуляционной моторики столь многообразны, что всех их можно объединить в синдром артикуляционных расстройств.

Существуют следующие патологические особенности артикуляционного аппарата, связанные с нарушением мышечного тонуса (мышц лица, губ, языка, мягкого нёба) – по типу спастичности, гипотонии или дистонии.

Мастюкова Е.М. отмечает, что при спастичности мышцы напряжены, язык «комом» оттянут назад, спинка его спастически изогнута, приподнята вверх, кончик языка не выражен. Приподнятая к твердому небу напряженная спинка языка способствует смягчению согласных звуков (палатализация).

Иногда спастичный язык «жалом» вытянут вперед. Повышение мышечного тонуса в круговой мышце рта приводит к спастическому напряжению губ, плотному смыканию рта. Активные движения при спастичности артикуляционных мышц ограничены.

При гипотонии, наоборот, происходит снижение тонуса мышц. Язык при гипотонии тонкий, распластаный в полости рта, губы вялые, не могут плотно смыкаться. Рот обычно полуоткрыт, может быть гиперсаливация [11, с. 203].

При слабом тонусе мышц мягкого неба (гипотонии) наблюдается невозможность достаточного продвижения небной занавески вверх и ее прижатия к задней стенке глотки, поэтому струя воздуха выходит через нос, поэтому голос приобретает носовой оттенок (назализация).

Меняющийся характер мышечного тонуса происходит при дистонии. В состоянии покоя может отмечаться низкий мышечный тонус, при попытках к речи тонус может резко нарастать. Дистония существенно искажает артикуляцию. Характерной особенностью звукопроизношения при дистонии является непостоянство искажений, пропусков звуков и замен.

У детей с неврологической патологией часто отмечается смешанный характер нарушений тонуса в артикуляционной мускулатуре (как и в скелетной). Это значит, что в отдельных артикуляционных мышцах тонус может изменяться по-разному. К примеру, в язычной мускулатуре может отмечаться спастичность, а в лицевой губной – гипотония [11, с.204].

Следующие патологические особенности артикуляционного аппарата проявляются в нарушении объема движений органов артикуляции, выраженные в гипометрии (ограничение объема движений) и гиперметрии (чрезмерный объем движений).

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, всё 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 [4, с.61].

При дизартрии страдает четкость кинестетических ощущений и ребенок не воспринимает состояние напряженности или расслабленности мышц речевого аппарата. В первую очередь, нарушаются тонкие и дифференцированные движения, прежде всего это поднимание языка вверх.

Недостаточная подвижность артикуляционных мышц языка и губ обуславливает нарушения звукопроизношения. 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 произносится [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.

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.

Таким образом, анализ психолого-педагогической литературы показал, что дизартрия – это нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата, что в свою очередь приводит к нарушению моторной реализации речевой деятельности.

Нарушения звукопроизношения у детей выражаются в искажениях артикуляции, в смешениях, заменах и пропусках звуков.

Фонетические нарушения при дизартрии обусловлены паретичностью и спастичностью отдельных групп мышц артикуляционного аппарата. У детей с данной патологией наблюдается слабость кинестетических ощущений, что задерживает развитие артикуляционного праксиса.

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.

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

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

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

Вопросами разработки теоретических, методологических, содержательных проблем в отечественной логопедии и психологии Выготский Л.С., Левина Р.Е., Чиркина Г.В., Каше Г.А., Ястребова А.В., Власенко И.Т., Ковшиков В.А., Соботович Е.Ф., Усанова О.Н. и другие.

Одна из первых методик обследования звукопроизношения была разработана Хватцевым М. С.

Основополагающие принципы обследования детей, в том числе и звукопроизношения, были разработаны в Институте коррекционной педагогики РАО сотрудниками лаборатории логопедии под руководством Левиной Р.Е.

Методика обследования детей с дизартрией базируется на принципах: раннего выявления, комплексности, этиопатогенетическом, синдромологическом, системности и др.

При проведении обследования необходимо руководствоваться принципами анализа речевой патологии, сформулированной Левиной Р.Е., методами обследования нарушений речи, предложенными Спириной Л.Ф., Чиркиной Г.В., тестами по исследованию двигательных функций, рекомендованных Лурией А.Р., Озерецким Н.И., Эйдиновой М.Б..

Наблюдения Беловой-Давид Р.А., Собонович Е.Ф., Чернопольской А.Ф., Мартыновой Р.И., Сизовой Э.Я., Лопатиной Л.В. подтверждают, что наличие симптомов органического поражения ЦНС служит диагностическим критерием для дизартрии.

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 подчёркивается, 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.

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 объём, темп, плавность переключения, истощаемость и т.д.), но и точность и соразмерность, состояние мышечного тонуса в речевой мускулатуре, наличие насильственных движений и оральных синкенезий [11, с.213].

Обследование артикуляционной моторики по методике Трубниковой Н.М. включает исследование двигательных функций органов артикуляции и динамической организации движений артикуляционного аппарата, что позволяет выявить сформированность кинестетического и кинетического праксиса, отмечая при этом качество выполняемых заданий по определённым критериям.

Для оценки состояния артикуляционной моторики детей со стертой дизартрией используются приемы, рекомендуемые Лопатиной Л.В., Дедюхиной Г.В..

При исследовании функций органов артикуляции проводится анализ по следующим позициям:

– состояние мышечного тонуса (гипертонус, гипотонус, дистония);

– возможность осуществления непроизвольных и произвольных движений (кинестетическая диспраксия – выражается в хаотичном поиске нужной артикуляции при произвольном движении, кинетическая диспраксия – выражается в трудностях при переключении с одной артикуляционной позы на другую, апраксия);

– качество артикуляционных движений (точность, ритмичность, амплитуда, сила мышечного сокращения, время фиксации артикуляционного уклада, количество правильно выполненных движений, переключаемость с одного движения на другое).

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

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 ребёнка 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.

Выводы: произношение нормальное, антропофонический дефект, фонологический дефект, полиморфное нарушение.

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.

Вопросами коррекции дизартрий занимались многие специалисты: Правдина О.В., Мастюкова Е.М., Семенова К.А., Лопатина Л.В., Серебрякова Н.В., Архипова Е.Ф.. Все авторы отмечают необходимость проведения специфической целенаправленной работы над артикуляционной моторикой в комплексной логопедической работе.

Семёнова К.А., Мастюкова Е.М., Смуглин М.Я., наряду с описанием клинических симптомов дизартрии определяют общие принципы речевой терапии:

1. выявление особенностей нарушений тонуса, как в артикуляционных, так и в скелетных мышцах, определение и последовательное закрепление «рефлекс-запрещающей позиции»;

2. развитие речевых артикуляций, с подключением зрительного и тактильных анализаторов (устранение саливации, лёгкий массаж артикуляционной мускулатуры, пассивно-активная гимнастика органов артикуляции и мимики, развитие мелкой моторики);

3. нарушение голосообразования определяют необходимость уделять особое внимание постановке голоса и отдельных звуков, с применением медикаментозной терапии;

4. работа над дыханием [27, с.103].

В ходе коррекционной работы проводится подготовка артикуляционного аппарата, нормализация мышечного тонуса, нормализация моторики артикуляционного аппарата, формирование и выработка артикуляционных укладов, выработка самоконтроля и т.д.

Основным средством коррекции нарушений артикуляционной моторики является артикуляционная гимнастика. Она включает упражнения для укрепления мышц, развитие силы органов артикуляционного аппарата, тренировки подвижности и дифференцированности движений органов, участвующих в речевом процессе.

Все виды артикуляционной гимнастики достаточно широко представлены в логопедической литературе (Жукова Н.С., Мастюкова Е.М., Филичева Т.Б.; Архипова Е.Ф.; Лопатина Л.В. и др.) В коррекционной работе с детьми с дизартрией предлагается использовать статические и динамические упражнения артикуляционной гимнастики.

Использование игровых методов и приемов позволяет сформировать у детей устойчивый интерес к выполнению упражнений и значительно повышает результат коррекционной работы по развитию артикуляционной и мимической моторики. Фомичева М.Ф. в книге «Воспитание у детей правильного произношения» отмечала, что проводить артикуляционные упражнения лучше всего в игровой форме, потому что это основная деятельность детей дошкольного возраста. Она предложила сопровождать каждое упражнение предметной или сюжетной картинкой. Это позволяет ребенку быстрее и успешнее овладеть артикуляционными упражнениями.

Например, Косинова Е.М. предлагает выполнять артикуляционные упражнения с помощью весёлых историй о язычке [29].

Нищева Н.В. представила артикуляционную гимнастику в весёлых стихах с помощью животных (бегемот, собачка, слонёнок, котёнок).

У Волошиной И.А. язычок при выполнении упражнений превращается в машинку, мостик, дорогу [14].

Танцюра С.Ю., Данилевич Т.А. предлагают комплексы артикуляционной гимнастики по лексическим темам, включающие упражнения на развитие мышц губ, языка, щёк, мелкой моторики.

Отбор упражнений для подвижности органов артикуляционного аппарата зависит от характера нарушений артикуляционной моторики и нарушенного звука. В зависимости от того, какой артикуляционный уклад необходим для нормализации дефектного звука, выбирается определённый комплекс упражнений для губ, языка, мягкого нёба.

Все 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.

Для нормализации мышечного тонуса органов артикуляционного аппарата успешно используют дифференцированный логопедический массаж. Логопедический массаж выполняется в области мышц периферического речевого аппарата. Существует несколько видов логопедического массажа: классический массаж, массаж по биологически активным точкам (БАТ), зондовый массаж, электромассаж.

Классический массаж проводится с использованием основных массажных приёмов (поглаживание, растирание, разминание, поколачивание, вибрация). Выбор приёмов зависит от характера пареза, паралича. При гипертонусе используют расслабляющий массаж, при гипотонусе движения должны быть тонизирующими – быстрыми и энергичными. Разработала дизартрические зонды Скляренко Э.И. [3, с.70].

Широко применяется инструментальный (зондовый) массаж по методике Новиковой Е.В., которая разработала комплекс зондового массажа и набор зондов. Автор предлагает для логопедического массажа 8 зондов, каждый из которых воздействует на определённую группу мышц: языка, скул, щёк, губ, мягкого нёба. Проведение зондового массажа нормализует спастическое или паретическое состояние различных групп мышц. С помощью этих зондов

производят различные движения в виде скольжения, давления, отодвигания, перетирания мышц и т.п.

Заслуживает внимания методика логопедического массажа Дьяковой Е.А. при разных формах дизартрии.

Мастюкова Е.М. предложила комплекс логопедических упражнений для детей, страдающих детским церебральным параличом, который так же подходит для детей с дизартрией.

Перекрёстный точечный массаж, разработанный Семёновой К.А., проводится по ряду точек слева и справа (в перекрёстном положении), поочерёдно меняется расположение пальцев рук справа и слева. Цель: подавление гиперкинезов и оральных синкенезий, развитие афферентаций оральной мускулатуры, нормализации тонуса мышц языка, губ.

Коррекция звукопроизношения осуществляется по общепринятой схеме работы над звуком с учетом характера нарушения артикуляционного праксиса (Левина Р. Е., Правдина О. В., Филичева Т. Б., Фомичева М. Ф., Хватцев М. Е., Чиркина Г. В., Чевелева Н. А.).

В работе по коррекции звукопроизношения используется принцип индивидуального подхода. Основными методами являются: двигательно-кинестетический, слухо-зрительно-кинестетический контроль.

Учитывая особенности артикуляционной моторики у детей с дизартрией, их компенсаторные возможности, а также специфику логопедического воздействия, коррекцию звукопроизношения начинают с гласных звуков, так как именно при произношении этих фонем удобнее контролировать и координировать работу артикуляционного аппарата.

Работая над произносительными навыками нужно опираться на слух, зрение, компенсаторные возможности детей. Вначале уточняется артикуляция гласных и простых согласных звуков, а далее с помощью различных методов постановки звуков (имитации, опоры на сохранные звуки, механические) усваивается артикуляция отсутствующих и неправильно произносимых звуков.

После этого они закрепляются в слогах, словах, фразах, автоматизируются в стихотворениях, коротких текстах и скороговорках.

Начинать коррекционную работу нужно с тех звуков, артикуляция которых наиболее сохранна и со звуков раннего онтогенеза. Постановка звука – это выработка у ребенка новых связей и затормаживание ранее неправильно сформированных.

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

- Использование опорных звуков.
- Осознание кинетико – кинестетического образа.
- Постановка звука – аналога.
- Длительные сроки работы.
- Опора на компенсаторные возможности (непроизвольные движения, звукосочетания).

При любом способе постановки звука всегда используются словесные инструкции, кинестетические ощущения, слуховой и зрительный, тактильно-вибрационный контроль. Автоматизация звука проходит вначале с опорой на образец, т. е. по подражанию за логопедом, а затем с опорой только на наглядность (схемы, картинки, символы и т. п.) [1, с.7].

При закреплении звука в слогах, словах Хватцев М.Е. даёт следующие рекомендации: Звук должен находиться в начале слова под ударением в сочетании с близким по артикуляции звуком:

- 1) шипящие – перед (о), (у) (губы выпячены);
- 2) свистящие – перед (и), (ы) (губы растянуты в стороны и сближены);
- 3) (л) – в сочетании с (а) и (ы);
- 4) (р) – после (т) и (д);
- 5) (с), (з), (ш) – в открытом слоге;
- 6) взрывные (ц), (ч), (щ), (к) – в закрытом.

Архипова Е.Ф. предлагает следующую последовательность логопедической работы в плане автоматизации поставленного звука: в слогах разной структуры (10 модулей), где все звуки произносятся утрированно, в словах разной слоговой структуры (13 классов слов), где закрепляемый звук находится в разных позициях (в начале, в конце, в середине). Затем автоматизируют в предложении, насыщенном контрольным звуком. В лексическом материале должны быть исключены звуки, которые у ребенка еще не закреплены. Кроме того весь лексический материал, предлагаемый для автоматизации в нем звука, должен быть семантически доступен ребенку.

Если ребёнок смешивает поставленный звук с другими звуками артикуляционной группы, необходима дальнейшая работа по их разграничению. При работе над дифференциацией звуков, необходимо соблюдать условия: строить работу на операциях сравнения, звуки объединять в пары (например: новый звук и звук субститут, по принципу звонкости-глухости, твёрдости-мягкости).

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

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

Выводы по I главе:

1. Изучив формирование звукопроизношения в онтогенезе, мы выявили, что звукопроизношение – это процесс образования речевых звуков, осуществляемый энергетическим (дыхательным), генераторным (голосообразовательным) и резонаторным (звукообразовательным) отделами речевого аппарата при регуляции центральной нервной системы [39].

Кратко 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 3 лет ребенок может поднимать кончик языка вверх и напрягать спинку языка;

к 4 – 4.5 годам ребёнок овладевает чётким выделением кончика языка, его способностью становиться тонким,

к 5 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. Анализ психолого-педагогической литературы показал, что дизартрия – это нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата, что в свою очередь приводит к нарушению моторной реализации речевой деятельности.

Нарушения звукопроизношения у детей выражаются в искажениях артикуляции, в смешениях, заменах и пропусках звуков.

Фонетические нарушения при дизартрии обусловлены паретичностью и спастичностью отдельных групп мышц артикуляционного аппарата. У детей с

данной патологией наблюдается слабость кинестетических ощущений, что задерживает развитие артикуляционного праксиса.

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.

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

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

3. Мы провели обзор методик по обследованию и коррекции артикуляционной моторики, нарушений звукопроизношения у детей 6 – 7 лет с дизартрией, описываемых в трудах Архиповой Е.Ф., Лопатиной Л.В., Мастюковой Е.М., Правдиной О.В., Семеновой К.А., Серебряковой Н.В., Чиркиной Г.В. и др., которые свидетельствуют о необходимости организации специфической коррекционной работы, направленной на устранение нарушений звукопроизношения, развитие артикуляционной моторики, в комплексе с дифференцированным массажем и артикуляционной гимнастикой.

Глава 2. Экспериментальное изучение особенностей артикуляционной моторики у детей 6 - 7 лет с дизартрией

2.1. Организация и методика экспериментального обследования

Цель констатирующего исследования заключалась в выявлении взаимосвязи нарушений артикуляционной моторики и звукопроизношения у детей 6 – 7 лет с дизартрией.

Констатирующий эксперимент проводился в январе 2019 г. на базе муниципального автономного дошкольного образовательного учреждения «Детский сад № 333 комбинированного вида». В МАДОУ функционирует 2 группы компенсирующей направленности для детей с тяжелыми нарушениями речи в возрасте от 4-х до 7 лет: одна старшая группа (5 – 6 лет), одна группа подготовительная (6 – 7 лет). В образовательное учреждение дети зачисляются на основании рекомендации ТПМПК и с согласия родителей или лиц их замещающих. В детском саду проводятся занятия с педагогом – психологом и учителем – логопедом. Контроль усвоения программного материала осуществляется ТПМПК один раз в год.

На момент проведения констатирующего эксперимента в детском саду в группах компенсирующей направленности образовательная деятельность ведётся по адаптированной образовательной программе дошкольного образования для детей с тяжелыми нарушениями речи. Образовательный процесс реализуется в соответствии с требованиями ФГОС ДО. Для проведения констатирующего эксперимента была сформирована экспериментальная группа из 10 детей (Приложение А). При комплектовании группы учитывались:

- одностипный характер дефекта (дизартрия),
- возраст испытуемых (6 – 7 лет).

На основе анализа психолого-педагогической и медицинской документации, наблюдений за детьми, бесед с педагогами и родителями были выявлены данные об испытуемых.

Все испытуемые 100 % (10 человек) имеют логопедическое заключение дизартрия, девочки составляют 10% от общей численности (1 человек), 90% мальчики (9 человек).

Анамнестические данные дошкольников свидетельствуют о неблагоприятном течении перинатального периода. Среди неблагоприятных факторов течения перинатального периода у 50% детей (5 испытуемых) наблюдается токсикоз в первой и во второй половине беременности, у 40 % (4 человек) отмечается родовая травма. У всех 100 % детей (10 испытуемых) зрение и слух соответствует норме. 90% (9 детей) соматически ослаблены, часто болеют простудными заболеваниями.

С точки зрения психолого-педагогической классификации у 100% детей (10 испытуемых) выявлено ОНР, в том числе ОНР III уровня составляет 40% детей (4 испытуемых), ОНР IV уровня – 60% (6 детей).

При оценке познавательной деятельности характерны следующие особенности: у 40% детей (4 испытуемых) отмечается низкая работоспособность на занятии, быстрая утомляемость, недостаточность внимания, а также трудности переключения с одной деятельности на другую. У 30% (3 детей) отмечается снижение слухоречевой памяти, требуется неоднократное повторение инструкций. Познавательная деятельность у 60% детей (6 испытуемых) соответствует норме.

Нарушение общей и мелкой моторики отмечается у 40% детей (4 испытуемых). Для 30 % детей (3 испытуемых) характерна двигательная расторможенность, импульсивность в поведении, неустойчивость эмоциональных реакций, гиперактивность. У 10% детей (1 испытуемый) наблюдается двигательная заторможенность, в эмоционально – волевой сфере проявляются признаки тревожности, замкнутости. У 40% детей (4 испытуемых) вышеперечисленных нарушений не выявлено.

Этапы исследования:

Констатирующий эксперимент включал следующие блоки:

I блок – исследование особенностей артикуляционной моторики у детей 6 – 7 лет с дизартрией;

II блок – исследование состояния звукопроизношения.

Общая стратегия была разработана по разделам, задания адаптированы в соответствии с особенностями испытуемых.

Каждый раздел исследования состоял из нескольких групп заданий.

Представляем методику обследования подробно.

I блок – исследование особенностей артикуляционной моторики

Методика обследования.

Для проведения данного этапа исследования были использованы методы и приемы обследования артикуляционной моторики, представленные в работах Трубниковой Н.М. [41, с.16].

Изучение особенностей артикуляционной моторики у детей 6 – 7 лет с дизартрией включало 4 серии заданий:

Серия № 1. Исследование двигательной функции губ.

Серия № 2. Исследование двигательной функции челюсти.

Серия № 3. Исследование двигательной функции языка.

Серия № 4. Исследование динамической организации движений артикуляционного аппарата.

Каждая серия состоит из нескольких проб, которые оцениваются по единой 3-х бальной шкале, предложенной Лопатиной Л.В.

Процедура обследования.

Ребенку предлагается выполнить то или иное задание по словесной инструкции и показу, используя зеркало.

Серия № 1. Исследование двигательной функции губ (по показу, сопровождая словесной инструкцией).

Инструкция:

1. «Округли губы в трубочку, как при произношении звука [О] – поддержи».
2. «Вытяни губы в улыбку, как при произношении звука [И]– поддержи».

3. «Сделай «хоботок» (вытяни губы и сомкни их)».
4. «Подними верхнюю губу, покажи верхние зубы».
5. «Опусти нижнюю губу, покажи нижние зубы».
6. «Сделай оскал, как у тигра».

Отмечаются: выполнение правильное; диапазон движений невелик; наличие содружественных движений; чрезмерное напряжение мышц; истощаемость движений; наличие тремора, саливации, гиперкинезов; активность участия правой и левой сторон губ; смыкание губ с одной стороны; движение не удаётся.

Максимальное количество баллов за серию равно 18.

Серия № 2. Исследование двигательной функции челюсти (по показу, сопровождая словесной инструкцией).

Инструкция:

1. «Широко раскрой рот, как при произнесении звука [А], закрой рот».
2. «Сделай движение нижней челюстью вправо, затем влево и вперёд».

Отмечаются: выполнение правильное; движения челюсти недостаточного объема; наличие содружественных движений, тремора, саливации; движение не удаётся.

Максимальное количество баллов за серию равно 6.

Серия № 3. Исследование двигательной функции языка (исследование объёма и качества движений языка) по показу и словесной инструкции.

Инструкция:

- 1.«Положи широкий язык на нижнюю губу и поддержи».
- 2.«Положи широкий язык на верхнюю губу и поддержи».
3. «Переведи кончик языка поочерёдно из правого угла рта в левый угол».
- 4.«Высунь язык, а затем спрячь в рот».
- 5.«Сделай «укол» в правую, а затем левую щёку языком».
- 6.«Сделай «чашечку» и поддержи».

Отмечаются: выполнение правильное; движения языка имеют недостаточный диапазон; появляются содружественные движения; язык движется неуклюже, всей массой, медленно, неточно; имеются отклонения языка в сторону,

«тремор», гиперкинезы, истощаемость движений, саливация; удерживается ли язык в определенном положении; движение не удаётся.

Максимальное количество баллов за серию равно 18.

Серия № 4. Исследование динамической организации движений артикуляционного аппарата. (Все предложенные задания выполняются по показу и словесной инструкции при многократном повторении проводимого комплекса движений).

Инструкция:

1. «Сделай оскал как у тигра, высунь язык, затем широко открой рот».
2. «Широко открой рот, дотронься кончиком языка до нижней губы, затем до верхней и положи на нижнюю губу».
3. «Положи широкий язык на нижнюю губу, сделай «чашечку», занеси эту «чашечку» в рот».
4. «Широко открой рот, как при звуке «а», широко улыбнись, вытяни губы в трубочку».
5. «Широко открой рот, прикрой, закрой его».
6. «Повторяй за мной: «а–и–у», «у–и–а», «ка–па–та», «па–ка–та»».

Отмечаются: выполнение правильное; проявляется замена одного движения другим, поиск артикуляции, «застревание» на одном движении, инертность движений, недифференцированность движений, нарушение плавности движений, напряжённость языка, подёргивание языка; движения языка не удаются; легко ли удаётся переключение с одной артикуляционной позы на другую и с одного звукового ряда на другой.

Максимальное количество баллов за серию равно 18.

Критерии оценки:

Каждое задание всех 4 серий I блока оценивается по 3-х бальной системе.

3 балла – движение выполняется правильно и качественно, плавность, точность и последовательность движений не затруднены, свободно удерживает позу.

2 балла – движение выполняется с небольшими неточностями, отмечается напряжение при выполнении задания, замедленный темп переключаемости с одной артикуляционной позы на другую, при выполнении движения наблюдаются трудности удержания позы, чрезмерное напряжение мышц, истощаемость, инертность, недифференцированность движений, трудности переключения с одной артикуляционной позы на другую, с одной фонемы на другую и с одного звукового ряда на другой.

1 балл – отмечаются отклонение языка в сторону, наличие тремора; саливации, гиперкинезов, невозможность удержания позы, выполнение движения не удаётся.

Баллы, начисленные за каждое задание (1 – 3), суммируются, высчитывается количество баллов за всю серию.

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

Методика обследования.

Обследование звукопроизношения осуществлялось нами по традиционным методикам, принятым в логопедии и опубликованным в работах Жуковой Н.С., Мастюковой Е.М., Лопатиной Л.В., Серебряковой Н.В., Ткаченко Т.А., Филичевой Т.Б., Чиркиной Г.В., с использованием картинного материала Иншаковой О.Б..

Процедура обследования:

Предварительно, на начальном этапе, с детьми была проведена беседа, в ходе которой отмечались особенности звукопроизношения в свободной речи. Затем ребёнку предлагается серия картинок для называния, где обследуемый звук находится в разных позициях – в начале, в конце, в середине (самостоятельно, с опорой на стимульный материал). В случае выявленных нарушений произношения звука в словах, ребёнку предлагается изолированное произнесение звука по подражанию. На основе полученных данных, определялся характер нарушения произношения: искажение, отсутствие, замена, смешение звуков.

Инструкция: «Я буду показывать тебе картинки, а ты называй»:

с – собака, усы, нос, сумка, автобус, снеговик;
 с' – сетка, синий, гусь, семь, письмо, апельсин;
 з – зубы, коза, зонт, замок, ваза, звезда;
 з' – узел, газета, обезьяна, зеленый, зебра, земляника;
 ж – жук, ежи, жёлудь, ножи, ножницы, жираф;
 ш – шапка, машина, душ, шахматы, мешок, шишка;
 щ – щётка, ящик, плащ, щука, овощи, щепки;
 ц – цепь, яйцо, огурец, цветы, пуговица, индеец;
 ч – чайник, мяч, очки, чемодан, ключ, бабочка;
 л – лук, пила, дятел, лампа, молоток, белка;
 л' – лейка, лимон, елка, лев, телефон, пальто;
 р – рыба, корова, топор, ведро, помидор, трактор;
 р' – репа, фонарь, дверь, ремень, веревка, брюки;

Предлагается условно разделить все звуки (это наиболее часто подвергающиеся нарушениям согласные) на пять групп:

1. свистящие [с, с', з, з'],
2. шипящие [ш, ж, щ],
3. аффрикаты [ц, ч],
4. [л, л'],
5. [р, р'].

Каждое задание оценивалось по 3-х бальной шкале, предложенной Фотековой Т.А., Ахутиной Т.В.:

3 балла – нормативное произношение всех звуков группы;

2 балла – один звук или несколько звуков группы доступны правильному произношению, но в спонтанной речи подвергаются искажениям или заменам

(т.е. недостаточно автоматизированы);

1 балл – искажается или заменяется во всех речевых ситуациях один звук группы;

0 – искажаются или заменяются несколько звуков группы или все.

Каждая из выделенных групп оценивается отдельно, полученные баллы суммируются. Максимальная оценка равна 15 баллам.

Таким образом, предложенные методы и приемы констатирующего эксперимента позволят выявить взаимосвязь нарушений звукопроизношения и артикуляционной моторики у детей 6 – 7 лет с дизартрией, что сделает возможным составить методические рекомендации по коррекции нарушения звукопроизношения.

2.2. Анализ результатов констатирующего эксперимента

На основе анализа результатов констатирующего эксперимента нами проведён количественный и качественный анализ по каждому блоку.

Полученное количество баллов по каждой серии и 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%

Обратимся к количественному и качественному анализу по каждой серии I блока. Результаты заданий 1 серии отражены на гистограмме. (Рис.1)

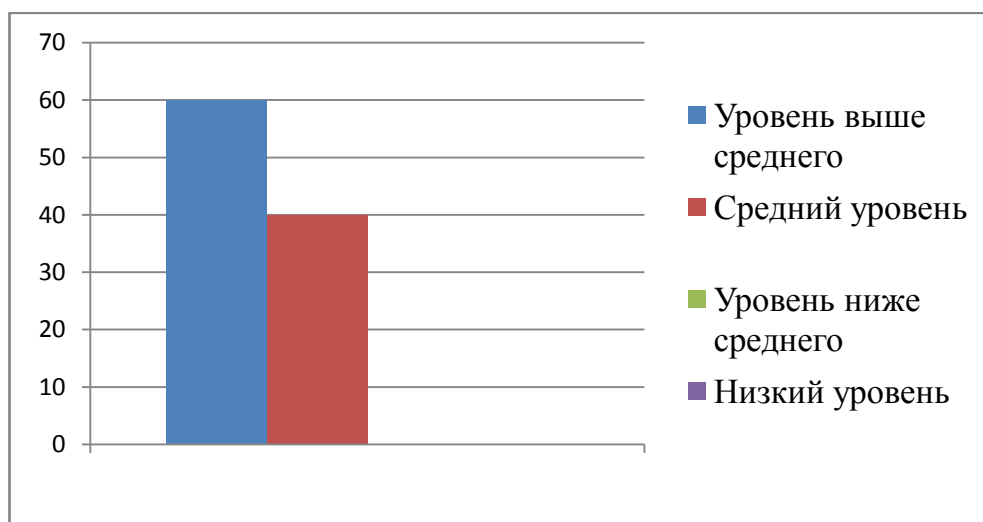


Рисунок 1. Распределение испытуемых на группы по уровню сформированности двигательной функции губ (%).

Как видно из гистограммы, 60% испытуемых (6 человек) показали уровень успешности выше среднего, движения выполнялись правильно, но были неточности.

40% испытуемых (4 человека) продемонстрировали средний уровень успешности, однако был отмечен недостаточный диапазон движений.

Трудности принятия позы «Рупор» (округлить губы, как при произношении звука о, и подержать) были у 10% испытуемых (1 человек). 30% испытуемых (3 человека) затруднялись удержать позу.

У 20% испытуемых (2 человека) наблюдались трудности удержания позы «Улыбка» (вытянуть губы в улыбку, как при произношении звука [И] и подержать).

30% испытуемых (3 человека) испытывали сложности удержания позы «Хоботок» (вытянуть губы, сомкнуть и подержать). Инертность при выполнении движений «Улыбка» и «Хоботок» отмечена у 10% (1 человек).

Поочерёдное поднятие и опускание губ у детей также вызвало некоторые сложности. У 40% детей (4 человека) наблюдались поиск положения либо замена движений, например, при поднятии верхней губы выполнялась поза «оскал». Недостаточный подъём верхней губы и опускание нижней показали 20% испытуемых (2 человека).

10 % детей (1 человек) не справились с заданием, при этом отмечалось движение бровей вверх вместо движения губ вверх, вниз. При выполнении позы «оскал» наблюдалась замена движения губ на открывание рта у 10% испытуемых (1 человек).

Чрезмерное напряжение губ и наличие тремора при выполнении движений было отмечено у 20% испытуемых (2 человека).

Обратимся к анализу результатов 2 серии I блока констатирующего эксперимента. Результаты анализа представлены на гистограмме (Рис. 2).

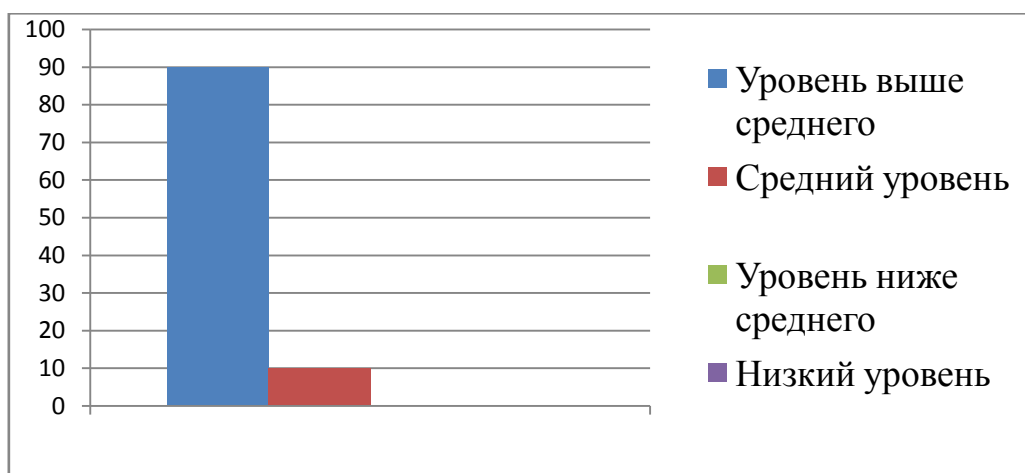


Рисунок 2. Распределение испытуемых на группы по уровню сформированности двигательной функции челюсти (%).

Как видно из гистограммы, большинство испытуемых – 90% (9 человек) продемонстрировали уровень выше среднего.

Средний уровень показали 10% испытуемых (1 человек). При выполнении упражнений у 30% испытуемых (3 человека) наблюдалась недостаточность диапазона движений. 10% (1 человек) выполняли движения с видимым напряжением, в замедленном темпе.

У 10% испытуемых (1 человек) при выполнении проб были отмечены синкинезии (содружественные движения глаз), ещё у 10% - во втором задании был отмечен пропуск движения (выдвижение нижней челюсти вперёд).

Обратимся к анализу результатов 3 серии I блока констатирующего эксперимента. Результаты анализа представлены на гистограмме (Рис. 3).

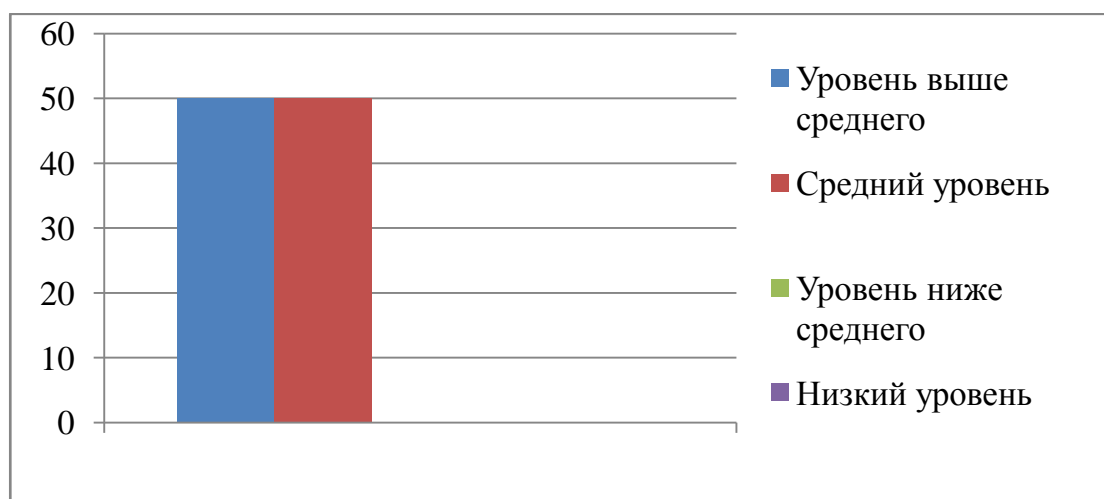


Рисунок 3. Распределение испытуемых на группы по уровню сформированности двигательной функции языка (%).

Как видно из гистограммы, 50% испытуемых (5 человек) показали уровень выше среднего и столько же средний уровень успешности.

У 40% испытуемых (4 человека) наблюдались тремор при выполнении позы «Лопаточка» (широкий язык в расслабленном состоянии лежит на нижней губе). У 10% испытуемых (1 человек) при выполнении позы отмечается небольшое отклонение языка влево от средней линии.

При выполнении пробы № 2 (положить широкий язык на верхнюю губу и удержать) у 20% детей (2 человека) были трудности удержания позы. Отмечен небольшой тремор и беспокойство языка у 40% обследуемых (4 человека).

У 20% испытуемых (2 человека) при выполнении позы «лопаточка вниз и вверх» (проба 1 и 2) язык узкий, напряжён, что свидетельствует о повышенном тоне языка при удержании позы.

При выполнении упражнения «Часики» (перевод кончика языка поочередно из правого угла в левый), у 20% обследуемых (2 человека) отмечен недостаточный диапазон движения языка, неточность движений.

У 10% участников эксперимента (1 человек) наблюдались синкенезии (содружественные движения глаз).

Проба 4 не вызвала особых затруднений у детей.

При выполнении пробы № 5 (сделать «укол» языком в правую, а затем в левую щеку языком) у 30% испытуемых (3 человека) наблюдалось инертность и быстрая истощаемость движений.

При выполнении упражнения «Чашечка» сложности испытывали все 100% испытуемых (10 человек), из них у 30% (3 человека) испытуемых не поднимается кончик, либо не загибаются кверху боковые края языка.

Трудность удержания позы, истощаемость движения наблюдалась у 80% (8 человек).

Тремор отмечен у 20% испытуемых (2 человека).

Обратимся к анализу результатов 4 серии I блока констатирующего эксперимента. Результаты анализа представлены на гистограмме (Рис.4).

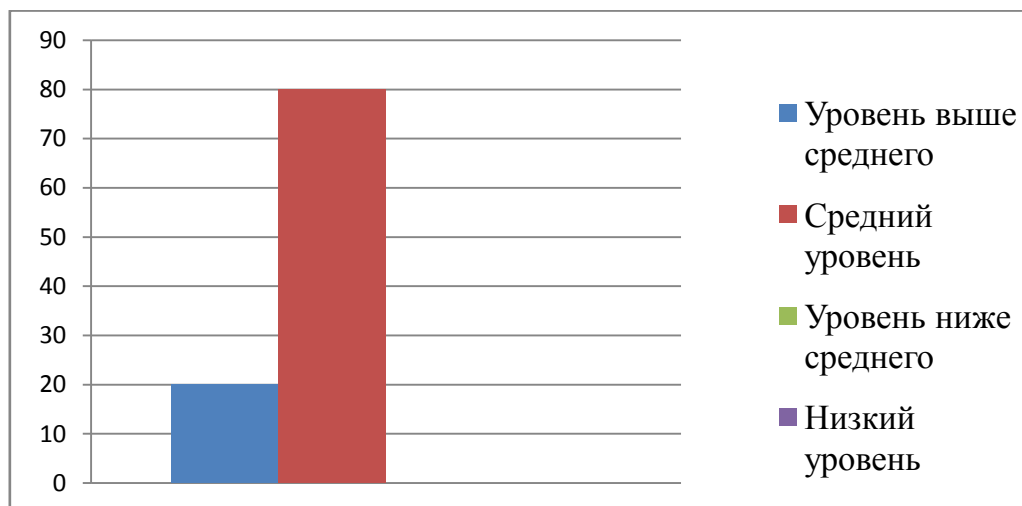


Рисунок 4. Распределение испытуемых на группы по уровню сформированности динамической организации движений органов артикуляционного аппарата (%).

Как видно из гистограммы, при выполнении динамических упражнений 20% детей (2 человека) продемонстрировали уровень выше среднего, 80% (8 человек) продемонстрировали средний уровень успешности.

При выполнении пробы № 1 (сделать оскал как у тигра, высунуть язык, затем широко открыть рот) у 30% испытуемых (3 человека) был отмечен замедленный темп переключаемости с одной позы на другую.

У 40% испытуемых (4 человека) наблюдалась недифференцированность или «смазанность» движений.

50% испытуемых (5 человек) затруднялись при выполнении пробы № 2 (широко открыть рот, дотронуться кончиком языка до нижней губы, затем до верхней и положить на нижнюю губу), у всех наблюдалась нарушение плавности движений. 40% (4 человека) заменяли движения, допускали неточности.

Все обследуемые дети испытывали трудности при выполнении пробы № 3 (положить язык на нижнюю губу, сделать «Чашечку», затем занести «Чашечку» в рот), из них у 30% детей (3 человека) отмечен замедленный темп выполнения

движений, напряжённость языка. 10% испытуемых (1 человек) выполняли движения в глубине рта. Ещё у 20% обследуемых (2 человека), несмотря на неоднократные попытки, выполнить движения языком не удалось.

При повторе пробы № 4 (широко открыть рот как при звуке [А], широко улыбнуться, вытянуть губы в трубочку) у 50% испытуемых (5 человек) наблюдалась быстрая истощаемость движений, замена одного движения другим.

С пробой № 5 (широко открыть рот, прикрыть, закрыть) 70% детей (7 человек) справились успешно. У 20% испытуемых (2 человека) было отмечено нарушение плавности движения при работе нижней челюсти. У 10% испытуемых (1 человек) наблюдалась инертность, упрощение движения (пропуск промежуточной позы).

При повторе гласных звуков и слоговых цепочек у 30% испытуемых (3 человека) наблюдались ошибки воспроизведения слогового ряда.

Обратимся к анализу результатов всех 4 серий I блока констатирующего эксперимента: исследование двигательных функции губ, челюсти, языка; исследование динамической организации движений органов артикуляционного аппарата.

Результаты анализа отражены в Приложении Б и на гистограмме (Рис.5).

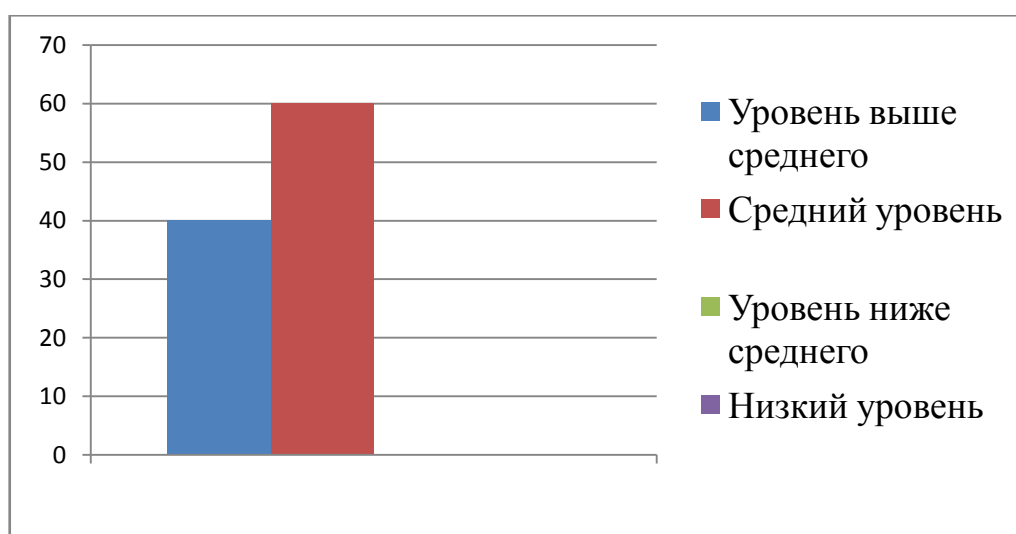


Рисунок 5. Общее распределение испытуемых на группы по уровню сформированности артикуляционной моторики (%).

Как видно из гистограммы, уровень выше среднего продемонстрировали 40% испытуемых (4 человека). Движения выполнялись правильно, но с замечаниями: недостаточный объём движений, нарушение плавности, замедленный темп.

Средний уровень успешности показали 60% испытуемых (6 человек).

В артикуляционной моторике отмечался тремор при удержании поз статического характера, например поза «Лопата». При выполнении упражнения «Чашечка» наблюдались недостаточный загиб кончика языка и боковых краёв, истощаемость движения при удержании позы. Движение нижней челюсти, языка влево – вправо, вверх – вниз сопровождалось синкинезией глаз.

При выполнении проб на динамическую организацию движений органов артикуляции, необходимо отметить трудности переключения с одной артикуляционной позы на другую, с одной фонемы на другую, это выражалась в напряжении при выполнении задания и замедленности темпа движения. В большинстве проведённых проб наблюдалась инертность движений, замены движений, трудности переключаемости, небольшой диапазон движений.

Результаты исследования моторных функций артикуляционного аппарата показали, что у всех обследуемых детей (10 случаев – 100%) выявлены разнообразные нарушения артикуляторного праксиса. У 60% испытуемых (6 человек) наблюдались нарушения кинестетической организации движений: трудности принятия и удержания артикуляционных поз, при выполнении статических упражнений наблюдался тремор и девиации. У большинства обследуемых детей наблюдались нарушения кинетической организации движений: упражнения выполнялись в замедленном темпе, с напряжением, с ухудшением качества движений.

Обратимся к анализу результатов **II блока – исследование состояния звукопроизношения.**

Количественные результаты исследования звукопроизношения у детей 6–7 лет с дизартрией (в баллах) приведены в Приложении В.

Результаты анализа отражены на гистограмме (Рис.6).

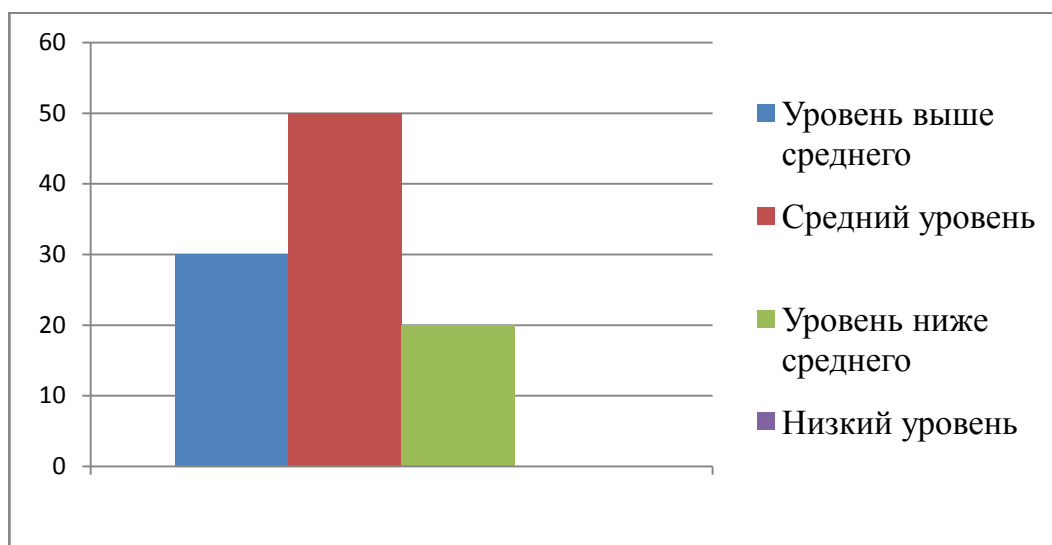


Рисунок 6. Распределение испытуемых на группы по уровню сформированности звукопроизношения (%).

Из гистограммы видно, что при обследовании звукопроизношения, уровень выше среднего продемонстрировали 30% детей (3 человека), средний уровень 50% (5 человек), уровень ниже среднего 20% (2 человека).

Результаты исследования звукопроизношения показали, что у большинства обследуемых детей выявлены полиморфные нарушения звукопроизношения, они отражены на гистограмме (Рис.7).

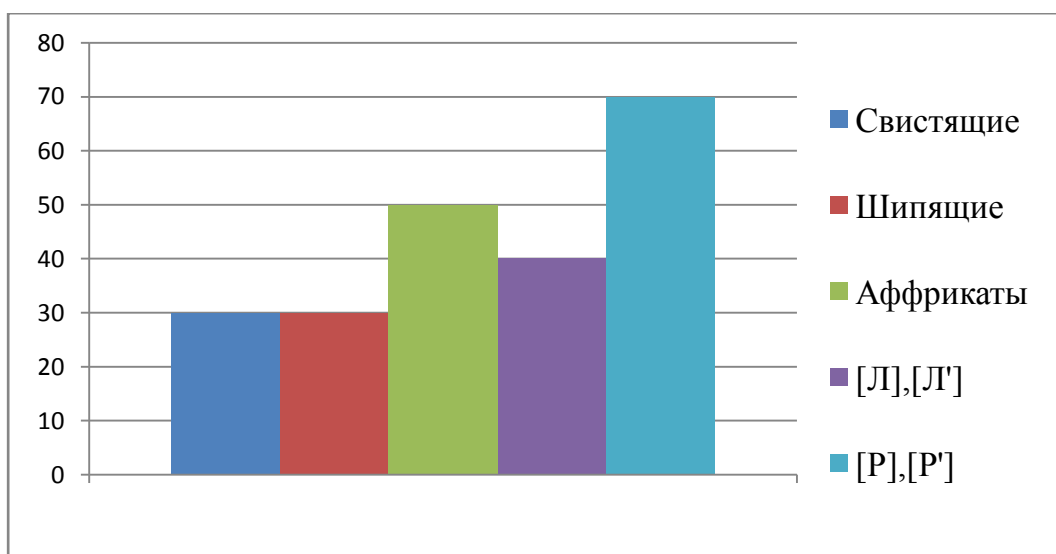


Рисунок 7. Количество испытуемых с различными нарушениями звукопроизношения (%).

Из гистограммы видно, что выявлены следующие нарушения:
 свистящие звуки – 30% испытуемых (3 человека),
 шипящие звуки – 30% испытуемых (3 человека),
 аффрикаты – 50% испытуемых (5 человек),
 [л], [л'] – 40% испытуемых (4 человек),
 [р], [р'] – 70% испытуемых (7 человек).

Нарушение *свистящих звуков* выявлено у 30% испытуемых (3 человека). Из них:

20% (2 человека) – шипящий парасигматизм, замена звука [с] на [ш], что является фонологическим дефектом.

Мы выявили, что у 10% детей (1 человек) данный недостаток распространяется на всю группу свистящих звуков. Пример: собака – «шобака», письмо – «пищмо», коза – «кожа», зелёный – «желёный».

Ещё у 10% испытуемых (1 человек) мягкие звуки [с'], [з'] были не нарушены, а твёрдые варианты подвергались заменам, изолированный звук произносился верно.

Нами было выявлено, что у 10% (1 человек) - боковой сигматизм (является антропофоническим дефектом), обусловленный парезом мышц левой стороны языка. Выдыхаемая струя проходит не по средней линии языка, а через боковую щель слева, так боковые края языка не прилегают к коренным зубам. Кончик языка и передняя часть спинки образуют смычку с резцами и альвеолами. При такой артикуляции вместо звука [с] слышится шум. Такой же шум, только озвученный голосом, слышится при произнесении звука [з].

Мы выявили, что постановка свистящих звуков при боковом сигматизме необходима одному ребёнку (10% от числа всех испытуемых), остальные 20% (два человека) нуждаются в автоматизации свистящих звуков в словах.

Нарушения *произношения шипящих звуков* выявлено у 30% от общего числа испытуемых (3 человека).

У 10% детей (1 человек) обнаружен шипящий сигматизм. При этом нарушении кончик языка опущен вниз, передняя и средняя части спинки языка напряжены, боковые края опущены, не смыкаются с коренными зубами. Воздушная струя растекается по всей поверхности языка. Звучание сходно со звучанием искажённого звука [ш].

У 10% испытуемых (1 человек) выявлен свистящий парасигматизм. Все звуки данной группы подверглись заменам: [ш] на [с], [щ] на [с'], [ж] на [з]. Пример: шапка – «сапка», овощи – «овоси», ножницы – «нозницы».

Нами было выявлено, что дети, с выше перечисленными нарушениями, 20% от числа всех испытуемых (два человека), нуждаются в автоматизации звуков в словах.

Боковой сигматизм шипящих обнаружен у 10% детей (1 человек). Воздушная струя выходит вбок (слева), т.к. опущен левый боковой край языка, отмечен хлюпающий призвук. Нарушено место образования звука, поэтому в данном случае, необходима его постановка.

Нарушения *произношения аффрикат* [ц], [ч] выявлено у 50% от числа всех испытуемых (5 человек). Нарушение всех звуков группы аффрикат было выявлено у 20% детей (2 человека), в одном случае наблюдалось нарушение по типу искажения, в другом – по типу замены звука [ц] на щелевой [с]; [ч] на взрывной [т'].

Пример: цветы – «светы», пуговица – «пуговиса», чайник – «тяйник», мяч – «мять». Основной причиной упрощения этих звуков является нарушение плавности переключаемости укладов, несформированность кинетической организации движения органов артикуляции.

У 30% испытуемых (3 человека) был нарушен только звук [ц], ([ч] нормированный). Из числа этих детей 20% (2 человека) допускали замены на звук [с], у 10% (1 человек) выявлен боковой сигматизм.

Нами было выявлено, что 20% детей (два человека), нуждаются в постановке звуков, остальные в автоматизации звуков в словах.

Звуки [л], [л'] сохранены у 60% испытуемых (6 человек).

У 40% (4 человека) выявлены нарушения различного характера, среди которых:

У 20% (2 человека) испытуемых отмечен параламбдацизм звука [л], при этом отмечен нестабильный характер замен. Зачастую в первой позиции звук произносился верно (лампа), наибольшие трудности в произношении возникали при позиции звука [л] в середине слова, в стечении согласных и в безударном слоге.

Пример: белка – «бевка», молоток – «мовоток», при этом изолированное произношение звука было не нарушено.

У 20% детей (2 человека) были нарушены оба звука.

В первом случае, звук [л] заменялся на звук [в] (лук – «вук», пила – «пива», дятел – «дятев»); мягкий аналог отмечен пропуском, например: лимон – «имон», телефон – «теефон».

Во втором случае, на этапе преодоления бокового ламбдацизма, осуществлена межзубная постановка звуков [л], [л']. Трудности произнесения звука [л] связаны с верхним положением кончика языка, при этом переднесредняя часть принимает ложкообразную форму. Воздушная струя проходит через опущенные боковые края.

Нами выявлено, что 30% испытуемых (3 человека) нуждаются в дальнейшей автоматизации звука, 10% (1 человек) в постановке звука.

Из гистограммы видно, что наибольшее количество нарушений выявлено в *группе звуков [р], [р']* – 70% от числа всех испытуемых (7 человек). Это связано с особенностями артикуляционного уклада данного звука – кончик языка не только поднят вверх, к альвеолам, но и вибрирует в проходящей воздушной струе. Для этого требуется умение выделять кончик языка, выполнять тонкие дифференцированные движения.

При этом у 50% детей (5 человек) либо данных звуков в речи нет, либо нарушения выражаются параротацизмах (заменах звука [р] на звуки [л], [в]; [р']

на [й]) и пропусках. Пример: рыба – «лыба», ведро – «ведло», фонарь – «фонай», корова – «коова».

У 10% от общего числа испытуемых (1 человек) – велярное произношение. Нарушено место образования звука – корневая часть языка сближается с нижним краем мягкого нёба, образуя щель. Выдыхаемый воздух вызывает мелкую, беспорядочную вибрацию мягкого нёба.

У 10% детей (1 человек) был выявлено одноударное произнесение [p’], что объясняется отсутствием вибрации на этапе постановки звука.

Отмечены случаи гиперкоррекции – замена других звуков в словах на автоматизируемый звук. Пример: верёвка – «рерёвка», ведро – «редро». Отраженное произнесение слов было правильным.

50% испытуемых (5 человек) нуждаются в постановке звуков [p], [p’], для 20% (2 человека) необходима дальнейшая автоматизация звуков в свободной речи.

Таким образом, в результате проведённого II блока исследования, нами были выявлены следующие особенности состояния произношения:

- парасигматизм шипящих и свистящих звуков;
- боковой свистящий и шипящий сигматизм;
- звук [p] утрачивал вибрирующий характер;
- велярный ротацизм.
- трудность в произношении согласных звуков, требующих тонких дифференцированных движений кончика языка;
- непостоянство искажений, замен и пропусков звуков, в зависимости от места в слове, стечения согласных и слогового ударения.

В процессе исследования нами выявлены различные нарушения артикуляционной моторики и звукопроизношения.

Обратимся к таблице, в которой сопоставлены уровни сформированности артикуляционной моторики и звукопроизношения.

артикуляционная моторика / звукопроизношение	уровень выше среднего	средний уровень	уровень ниже среднего	низкий уровень
уровень выше среднего	30/3			
средний уровень	10/1	40/4		
уровень ниже среднего		20/2		
низкий уровень				

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

Из таблицы видно, что полное совпадение уровней сформированности артикуляционной моторики и звукопроизношения продемонстрировали 70% детей, из них 30% испытуемых (3 человека) продемонстрировали уровень выше среднего, у 40% испытуемых (4 человека) показатели соответствовали среднему уровню.

У 30% испытуемых (3 человека) выявлено несовпадение уровней на один порядок:

20% испытуемых (2 человека) имели средний уровень сформированности артикуляционной моторики и уровень ниже среднего в звукопроизношении,

10% испытуемых (1 человек) показали в артикуляционной моторике уровень выше среднего, в звукопроизношении средний уровень.

Таким образом, мы видим, что грубых диссоциаций между уровнями сформированности артикуляционной моторики и звукопроизношения у детей экспериментальной группы во время обследования не выявлено, это свидетельствует о наличии взаимосвязи между нарушениями артикуляции и дефектами произношения звуков.

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

1. нарушения тонких дифференцированных движений кончика языка, приводящих к нарушениям звукопроизношения звуков верхнего подъёма: [ш], [щ], [ж], [л], [л'], [р], [р'], были выявлены у 60% испытуемых (6 человек).

2. двигательные трудности кинетического характера, которые ведут к дефектам замен, пропусков звуков, а также упрощения произношения аффрикат [ч], [ц], обнаружены у 70% детей (7 человек).

3. недостаточность кинестетических ощущений, обусловленную тонусными нарушениями мышц языка и круговых мышц губ, выражена в непостоянстве нарушений звуков, искажениях, проявилась у 50% испытуемых (5 человек).

2.3. Дифференцированные методические рекомендации по коррекции нарушений артикуляционной моторики и звукопроизношения у детей 6 - 7 лет с дизартрией.

На основе анализа литературы по проблеме исследования и результатов констатирующего эксперимента нами определены основные принципы и содержание логопедической работы по развитию артикуляционной моторики и коррекции звукопроизношения у детей экспериментальной группы 6 – 7 лет с дизартрией.

Логопедическая работа по развитию артикуляционной моторики и звукопроизношения должна проводиться с учётом ряда общедидактических и специальных принципов.

Специальные принципы: этиопатогенетический, принцип развития, онтогенетический, принципы деятельностного и дифференцированного подхода.

1. Этиопатогенетический принцип (учет этиологии механизмов речевого нарушения). У 100% испытуемых (10 человек) имеют место нарушения артикуляционного праксиса и звукопроизношения. С учётом выявленных

особенностей и связи этих нарушений у детей при дизартрии, разработаны методические рекомендации.

2. Принцип развития (ориентировка на зону ближайшего развития ребёнка) имеет принципиально важное значение при анализе речевого дефекта, а также для дальнейшего построения логопедического воздействия. Учитывая этот принцип, нами были составлены комплексы игр и специальных упражнений, соответственно выявленным нарушениям у детей.

3. Онтогенетический принцип. При разработке методики коррекционно - логопедического воздействия 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], [л'], [р], [р']).

4. Принцип деятельностного подхода. Возраст участников нашего эксперимента 6 – 7 лет. Ведущей формой деятельности для детей этого возраста является игра. Поэтому нами разработан комплекс игр по каждому этапу коррекционной работы.

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

Кроме того, при разработке методики коррекционно-логопедического воздействия должны быть учтены и **общедидактические принципы**:

1. Систематичность и последовательность.
2. Сознательность и активность.
3. Индивидуальный подход.

Исходя из выявленных нарушений в работе органов артикуляции, мы условно разделили детей на две группы и определили для каждой из них следующие направления развития артикуляционной моторики:

В первую группу вошли дети (40%) с уровнем сформированности артикуляционной моторики выше среднего. У них преимущественно наблюдались ошибки кинетического характера при выполнении тонких дифференцированных движений языком. Один обучающийся нуждается в постановке звука [Ц], остальные в постановке или автоматизации звука [Р].

Во вторую группу вошли дети (60%), показавшие средний уровень сформированности артикуляционной моторики. В ходе исследования у них в основном наблюдались двигательные сложности кинетического характера и недостаточность кинестетических ощущений органов артикуляции. Кроме того, в ходе обследования при выполнении двигательных упражнений с нагрузкой наблюдались тонусные нарушения мышц губ, языка. При обследовании звукопроизношения выявлены мономорфные нарушения звуков.

На основе изученной литературы и проведённого экспериментального исследования, нами выделены основные этапы коррекционно-логопедической работы по развитию звукопроизношения у детей 6 – 7 лет с дизартрией.

На подготовительном этапе логопедической работы:

1. Массажные движения для нормализации тонуса органов артикуляции (для 2 группы).
2. Артикуляционная гимнастика (дифференцированно для 1 и 2 группы).

На этапе формирования первичных произносительных навыков:

3. Постановка звука (для 2 группы и частично для 1 группы)
4. Автоматизация звука (для 1 и 2 группы)

По каждому направлению нами были составлены комплексы игр и упражнений.

1. Комплекс дифференцированных массажных движений для нормализации тонуса органов артикуляции (для 2 группы).

Для нормализации мышечного тонуса органов артикуляционного аппарата предлагаем приёмы 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 – лёгкие, медленные. Используем приёмы: поглаживание, лёгкая вибрация указательными, средними и безымянными пальцами обеих рук в следующей последовательности:

1. расслабление мышц шеи и плечевого пояса,
2. лобных мышц и мимической мускулатуры (круговые поглаживающие движения в области глаз, щёк; лёгкое пощипывание или точечная вибрация скуловых мышц от мочек ушей к середине подбородка).
3. круговой мышцы рта (лёгкое поглаживание, постукивание по часовой стрелке).
4. мышц языка (лёгкое поглаживание, похлопывание от кончика языка к корню, от краёв 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 [10, с.82].

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

Тонизирующие массажные движения для мышц языка путём разминания, перетирания в горизонтальном и поперечном направлении, спиралевидными движениями осуществляем от корня к кончику.

При асимметриях, неравномерном распределении тонуса в артикуляционных мышцах массажные движения выполняются с гиперкоррекцией соответствующей стороны – на пораженной стороне большее количество движений (10–12) [3, с.38].

Приёмы используются дозированно, распространяется только на те области, где имеется повышение мышечного тонуса. В группах же мышц вялых, ослабленных применяются тонизирующие, укрепляющие массажные движения.

2. Артикуляционная гимнастика.

При отборе упражнений рекомендуем соблюдать определенную последовательность, идти от простых упражнений к более сложным.

Из выполняемых 2 – 3 упражнений новым может быть только одно, второе и третье даются на повторение и закрепление. Если ребенок выполняет какое-то упражнение недостаточно хорошо, не следует вводить новые упражнения, лучше отрабатывать старый материал, используя новые игровые приёмы.

Артикуляционную гимнастику выполняют сидя, так как у ребенка в таком положении прямая спина, тело не напряжено, руки и ноги находятся в спокойном положении. Ребенок должен хорошо видеть лицо взрослого, а также свое лицо, чтобы самостоятельно контролировать правильность выполнения упражнений.

В результате констатирующего эксперимента мы выявили, что у 60% детей выявлена недостаточность *кинестетических ощущений*.

Для данной категории детей (2 группа) были подобраны статические артикуляционные упражнения для губ: «Окно», «Забор», «Хоботок», «Шторки». Данные упражнения предлагаем проводить с функциональной нагрузкой: Удерживаем позу под счёт сначала до 5, постепенно увеличивая до 10.

Например: *Упражнение «Шторки»*. Зубы у ребёнка сомкнуты, просим ребёнка поднять верхнюю губу и показать верхние зубы. Затем меняем положение губ: нижняя губа опускается, открывая нижние зубы. Удерживаем под счёт 5-10.

А так же используем специальные упражнения с сопротивлением, применяя стерильные салфетки, трубочки.

Например: *Упражнение «А, ну-ка, отними»*. Ребёнок обхватывает трубочку губами и старается удержать, несмотря на попытки взрослого вытянуть её изо рта.

Упражнения для языка: «Лопата», «Язычок здоровается с верхней губой», «Мостик», «Желобок», «Парус», «Грибок», «Чашечка» под счёт от 5 до 10.

При выполнении упражнений сначала используется зрительный самоконтроль, а потом функции контроля берут на себя собственные кинестетические ощущения ребёнка. С помощью вопросов взрослого ребёнок определяет, что делает его язык (губы), где он находится, какой он (узкий или широкий).

Упражнение «Чашечка»: Широко открывать рот, высунуть широкий язык, загнуть кончик и боковые края языка «чашечкой» и удерживать под счёт сначала до 5, постепенно увеличивая до 10, со зрительным контролем, а потом без контроля.

Большинство участников эксперимента испытывали сложности динамической координации. Для формирования *кинестетической* основы артикуляторных движений у детей (1, 2 группа) предлагаем упражнения, направленные на выработку необходимого объёма движений, подвижности органов артикуляторного аппарата, силы, точности движений, на отработку умения переключаться с одного движения на другое, на координацию движений губ, языка, мягкого нёба.

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

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

Пример: Упражнение «Пьём чай из чашечки»: Ребёнок кладёт широкий язык на нижнюю губу, делает «чашечку», заносит эту «чашечку» в рот. Выполнять 5 – 6 раз.

3. Постановка звука (для 2 группы и частично для 1 группы).

Целью данного этапа является выработка новых связей и затормаживание неправильно сформированных ранее. При вызывании звука используем метод фонетической локализации, метод постановки по подражанию, с механической помощью, от опорных звуков, осознание кинетико – кинестетического образа.

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 ребёнка (степень доступности звука).

4. Автоматизация звука в слогах, словах, предложениях (для 1 и 2 группы).

Для усиления *кинестетических* ощущений органов артикуляции (для 2 группы) и оптимизации логопедической работы на этапе автоматизации, предлагаем использовать следующий приём, предложенной Сорочинской Т.В.: автоматизируемый звук в сочетании с гласным произносится утрированно одновременно с похлопыванием пальцами по игольчатой поверхности [3, с.73] или постукиванием ногой.

Рекомендуется следующая последовательность для автоматизации звука в слогах СГ ([а], [ы], [о], [у]), ГС, ГСГ, ССГ, ГСС и т. д.

Для лучшей автоматизации звука, отработки *кинестетической* организации артикуляционной моторики у детей (для 1 и 2 группы) рекомендуем больше внимания уделить слоговым схемам типа ССГ, ГСС, которые требуют последовательной смены различных артикуляционных движений, с постепенно усложняющейся структурой сочетания фонем, с наращиванием числа слогов, повышением темпа речевых упражнений.

По мере того, как звук оказывается автоматизированным в слоговых сочетаниях, проводятся тренировочные упражнения со специально подобранными словами, простыми по фонетическому составу и не содержащими нарушенных звуков. Для упражнений подбираются слова, в которых звук находится в начале, в конце или середине. В первую очередь отрабатывается звук в начале (перед ударным гласным), затем в конце (если звук глухой), в середине, и – в последнюю очередь со стечением согласных, так как эта позиция оказывается наиболее трудной.

Для автоматизации звука используются приёмы отраженного повторения, самостоятельного называния слов по картинкам. Полезны задания, направляющие ребенка на поиск слов, содержащих данный звук (придумывание слов с данным звуком).

Рассмотрим последовательность коррекционно-логопедической работы с нарушениями артикуляционной моторики и звукопроизношения на конкретных примерах.

Глеб В., обучающийся 2 группы. В ходе обследования выявились следующие нарушения: спастичность мышц языка, недостаточный объём движений губ, языка при выполнении движений, нарушение плавности переключений при выполнении динамических упражнений, нарушения произношения звуков: звук [Ц] замена на [Т'] (требуется постановка), звук [Р] – пропуск (требуется постановка).

1. Массажные движения.

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

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

2. Артикуляционные упражнения для формирования артикуляционного уклада звука [Ц].

2.1. 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 счёт 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 счёт 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 счёт 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.

2.2. Динамические упражнения.

«*Катушка*». Улыбнуться, открыть рот. Кончик языка упирается в нижние зубы. Широкий язык «выкатывать» вперёд 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.

«*Жуём блинчик*». Улыбнуться, приоткрыть рот, поставить кончик языка за нижние зубы (как в упражнении «Горка»), потом выдвинуть его чуть вперёд и покусывать свёрнутый 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».

3. Постановка звука [Ц].

1 способ: 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 способ: Просим ребёнка 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 способ: Ребёнку предлагаем сильно растянуть губы в улыбке и как бы сплюнуть сквозь оскаленные зубы – [Ц]. Отрабатываем утрированное произношение звука (с показом резцов)[20, с.28].

3. Автоматизация звука [Ц] в слогах, словах, предложениях

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

ац	ац - ац	ац - ац - оц	ац - оц - уц	ац - 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	наконец	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-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.

Витя Г., обучающийся 1 группы. В ходе обследования выявились следующие нарушения: при выполнении артикуляционных движений отмечено нарушение плавности переключений при выполнении динамических упражнений, нарушения произношения звуков:, звук [Р] – велярное произнесение (требуется постановка и автоматизация).

Артикуляционные упражнения для постановки звука [Р].

Динамические упражнения.

«Вкусное варенье». Ребёнок широким языком облизывает верхнюю губу сверху вниз. Выполнять 5 – 6 раз.

«Пьём чай из чашечки»: Просим ребёнка положить широкий язык на нижнюю губу, сделать «чашечку», занеси эту «чашечку» в рот. Выполнять 5 – 6 раз.

«Цоканье»: Из положения «Грибок» ребёнок прищелкивает языком с переменным темпом. Рука держит подбородок, чтобы он не двигался во время щелканья.

«Дятел»: Из положения «Парус» просим ребёнка стучать языком по альвеолам, чередуя один удар с серией ударов звуком со звуком [Т] в ускоренном темпе – [Т - ттт]. Удары языком напоминают стук дятла. При устранении велярного ротацизма упражнения выполняются на базе звука [Т], чтобы не спровоцировать вибрацию голосовых связок, мягкого нёба. Выполняется 3–5 таких серий.

«Пулемёт»: Из положения «Парус» выполнять упражнение «Дятел» и добавлять воздушную струю, как толчок воздуха: Т – ттт + толчок сильной воздушной струи. Возникает вибрация языка – трр. Выполнить интенсивно 5 раз. Выполнить серию упражнений «Забор – Окно – Мост – Парус – Дятел – Пулемет».

2. Постановка звука [Р] механическим способом.

Широкий кончик языка стучит по альвеолам со звуком Т- ТТТ. В этот момент под кончик языка подводят шариковый зонд под углом сорок пять градусов, по отношению ко дну ротовой полости и воспроизводят мелкие вибрирующие движения без отрыва от кончика языка, то есть зонд прижимается к кончику языка. Фиксируется внимание ребенка при появлении первых признаков «Моторчика», вызванного механической помощью, на ощущениях вибрации и характерном звучании. С этого момента вместо зонда начинают использовать в качестве механической помощи палец ребенка.

3. Автоматизация звука [Р] в слогах, словах, предложениях

Закрепление произношения звукосочетания [ТР] в различных прямых слогах:

тра тра – тра тра – тра – тро тра – тры – тро – тру

тро	тро – тро	тро – тру – тры	тро – тру – тра – тры
тру	тру – тру	тру – тры – трэ	тру – тра – тры – тро
тры	тры – тры	тры – тры – трэ	тры – тро – тру – тра

Закрепление произношения звукосочетания [ТР] в обратных слогах:

атр	атр - отр - утр	ытр - атр - отр
отр	отр - ытр - утр	атр - утр - ытр
утр	ятр - етр - ютр	ютр - ётр - ятр
итр	итр - етр - ятр	етр - итр - ютр

Закрепление произношения звукосочетаний [ТР] и [ДР] в словах:

травка	трава	завтрак	ватрушка	театр	драка	дрова
труд	трамвай	стража	петрушка	осётр	дрозд	
драчун						
трап	трубить	страна	стружка	метр	ведро	кедры
трос	тростник	страница	струя	министр	подруга	
щедрый						

Автоматизация звукосочетаний [ТР] и [ДР] в предложениях.

Тра - тра - тра –погуляли до утра.

Тра - тра - тра – мы сидели у костра.

Тры - тры – тры – наши мальчики быстры.

Тры - тры – тры – зажигаются костры.

На траве дрова. Мы уезжаем завтра. У Петра много друзей.

Закрепление произношения звука [Р] в обратных слогах и словах:

ар	ар - ар	ар - ар - ар	ар - ор - ар	ар - ор - ур - ыр
ор	ор - ор	ор - ор - ор	ор - ар - ор	ыр - ур - ор - ар
ур	ур - ур	ур - ур - ур	ур - ир - ор	ер - ир - юр - яр
ир	ир - ир	ир - ир - ир	ир - ар - ур	ар - яр - ор - ер
дар	куртка	дежурный	арбуз	червяк
сор	ширма	пятёрка	пурга	картошка
мир	дырка	дырчатый	сахар	кирпич

комар фартук персик повар перчатки

Рая едет на базар – ар - ар - ар, ар - ар - ар.

Федор подметает двор – ор - ор - ор, ор - ор - ор.

У корыта много кур – ур - ур - ур, ур - ур - ур.

Закрепление произношения звука [P] в прямых слогах и словах:

ра ру ра - ро - ру - ры ра - ру - ро - ры ро - ра - ры - ру

ро ры ро - ры - ру - ра ру - ры - ра - ро ры - ру - ра – ро

рак нора жираф фара брат разговор

рот перо мороз муравей провод квартира

руки беру кукуруза помидоры фронт оркестр

Закрепление произношения звука [P] в предложениях, в стихах, скороговорках:

У Фёдора новый барабан. Роме подарили цветные карандаши. Дети в зоопарке видели страуса. В огороде растут огурцы и помидоры.

Загадка

К нам во двор забрался крот.

Роет землю у ворот.

Тонна в рот земли войдёт,

Если крот раскроет рот.

(Экскаватор.)

Крот

Дни и ночи напролёт

Роет крот подземный ход.

Что же надо там кроту?

Потемнее темноту.

Заключение

В ходе исследовательской работы нами был поставлен ряд задач.

В рамках решения первой задачи, мы изучили и проанализировали психолого-педагогическую литературу по проблеме исследования таких авторов, как Мастюкова Е.М., Соботович Е.Ф., Ипполитова М.В., Токарева О.А., Правдина О.В., Винарская Е.Н., Лопатина Л.В., Гуровец Г.В., Маевская С.И., Архипова Е.Ф., Белякова Л.И. и пришли к выводу о том, что развитие звукопроизношения и артикуляции в онтогенезе проходит ряд последовательных этапов. У детей в возрасте 6 – 7 лет без патологии и полноценном речевом окружении артикуляционная база сформирована и звуковая сторона речи усвоена.

Анализ психолого-педагогической литературы показал, что структура дефекта при дизартрии сложна. Органические поражения ЦНС приводят к расстройству моторных функций и всей звукопроизносительной стороны речи. На фоне данных нарушений происходит отставание в развитии познавательных процессов, эмоционально-волевой сферы.

Нарушения звукопроизношения у детей выражаются в искажениях артикуляции, в смешениях, заменах и пропусках звуков.

Фонологические нарушения при дизартрии обусловлены паретичностью и спастичностью отдельных групп мышц артикуляционного аппарата. У детей с данной патологией наблюдается слабость кинестетических ощущений, что задерживает развитие артикуляционного праксиса.

Характер нарушения звуков при дизартрии может изменяться под воздействием различных лингвистических факторов: места звука в слове, соседствующих звуков, структуры слога, в которых входит звук, ударения, слоговой структуры всего слова.

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

Особой трудностью в артикуляционной моторике является неумение выделять кончик языка и выполнять мышцами языка тонкие дифференцированные движения

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

Коррекционно-логопедическое воздействие имеет ряд специфических этапов. Осуществляется последовательно, при этом на каждом из этих этапов решается определённая педагогическая задача, подчиненная общей цели логопедического воздействия.

Для решения второй задачи мы выбрали методики исследования и провели констатирующий эксперимент. В ходе эксперимента мы выявили у обследуемых детей ряд особенностей артикуляционной моторике:

1. нарушения тонких дифференцированных движений кончика языка, приводящих к нарушениям звукопроизношения звуков верхнего подъёма: [ш], [щ], [ж], [л], [л'], [р], [р'].

2. двигательные трудности кинетического характера, которые ведут к дефектам замен, пропусков звуков, а также упрощения произношения аффрикат [ч], [ц].

3. недостаточность кинестетических ощущений, обусловленную тонусными нарушениями мышц языка и круговых мышц губ, и выраженную в непостоянстве нарушений звуков, искажениях.

При исследовании звукопроизношения выявлены следующие нарушения: свистящие звуки– 30% испытуемых, шипящие звуки– 30%, аффрикаты– 50%, [л], [л'] – 40%, [р], [р'] – 70% испытуемых. Остальные звуки в речи испытуемых сохранены. Наибольшие трудности возникают при позиции звука в середине слова, при стечении согласных и в безударном слоге.

Нарушения произношения у данной категории детей в большинстве случаев носят полиморфный характер, проявляются как в искажениях, так и заменах и пропусках.

Сравнительный анализ уровней сформированности артикуляционной моторики и звукопроизношения у детей экспериментальной группы показал отсутствие грубых диссоциаций, это подтверждает связь нарушений артикуляционной моторики и звукопроизношения.

Для решения третьей задачи, мы разработали методические рекомендации, которые позволят устранить нарушения артикуляционной моторики и дефекты произношения.

Таким образом, цель исследования достигнута, задачи решены, гипотеза нашла своё подтверждение.

Список использованных источников

1. Архипова Е.Ф. Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стёртой дизартрии у детей. М.: ААТ: Астрель, 2008. 254 с.
2. Архипова Е. Ф. Логопедическая помощь детям раннего возраста: Учебное пособие / Е.Ф Архипова. - М.: МОЗАИКА-СИНТЕЗ, 2015. - 256 с.
3. Архипова Е.Ф. Логопедический массаж при дизартрии М.: АСТ: Астрель; Владимир: ВКТ, 2008.
4. Архипова Е.Ф. Стертая дизартрия у детей: учеб.пособие для студентов вузов. – М.: АСТ: Астрель; Владимир: ВКТ, 2008. – 319.
5. Ахутина Т.В., Фотекова Т.А. Диагностика речевых нарушений школьников с использованием нейропсихологических методов. – М., 2002.
6. Бадалян Л.О. Невропатология: учебник для студентов высших учебных заведений.- М.: Академия, 2008.
7. Белякова Л.И., Волоскова Н.Н. Логопедия. Дизартрия. - М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2009. – 287 с.
8. Богомолова А.И. Логопедическое пособие для занятий с детьми. – ТОО «Издательство – Библиополис». СПб. 1994. – 208 с.
9. Брюховских Л.А. Дизартрия: учебно-методическое пособие по логопедии. Издание 2, перераб. и доп.- Красноярск, 2015.
10. Винарская Е.Н. Дизартрия. М.: АСТ: Астрель. Хранитель, 2006. 141, 3-е изд. ил. (Библиотека логопеда).
11. Волкова Л.С. Логопедия: учебник для студ. фак. высш. учеб.заведений /под редакцией Л.С Волковой.-5-е изд., перераб. и доп. – М., 2007.
12. Волкова Г.А. Логопедическая ритмика. – М., 2003.
13. Волкова Г.А. Методика обследования нарушений речи у детей, СПб, 1993.
14. Волошина И.А. Артикуляционная гимнастика для мальчиков – Москва: Детство – Пресс, 2018.

15. Гвоздев А.Н. Вопросы детской речи. – М., 1971.
16. Гуровец Г.В., Маевская С.И. К генезису фонетико-фонематических расстройств // Обучение и воспитание детей с нарушениями речи. – М., 1982.
17. Дмитриева О.А. Автоматизация звуков. Коррекция звукопроизношения сонорных звуков. Звук [Р]: учебно-методическое пособие. Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – Красноярск, 2018. – 76с.
18. Ефименкова Л.Н. Формирование речи у дошкольников. – М., 1981.
19. Жинкин Н.Н. Механизмы речи М., 1958.
20. Жукова Н.С., Мастюкова Е.М., Филичёва Т.Б. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников. – М.: СПб, 1990.
21. Жукова Н.С. Отклонения в развитии детской речи: М , 2004.
22. Жукова Н.С. Уроки логопеда: исправление нарушений речи / Н.С.Жукова; ил. Евгении Нитылкиной. - М.: Эксмо, 2016. - 120с.: ил.
23. Иншакова О.Б. Альбом для логопеда. -2-е изд. испр. и доп.-М.: Гуманитар. Изд. Центр Владос, 2011. – 279 с.
24. Карелин И.Б. Новые направления в коррекции минимальных дизартрических расстройств. // Дефектология. 2000 г. №1. С. 13-16.
25. Каше Г.А. Недостатки произношения и письма у учащихся первых классов вспомогательной школы. – М., 1971.
26. Киселёва В.А. Диагностика и коррекция стёртой формы дизартрии: пособие для логопедов. М.: Школьная пресса, 2007. – 48с.
27. Клинические симптомы дизартрий и общие принципы речевой терапии./Логопедия. Методическое наследие./Под редакцией Л.С. Волковой. Книга 1, часть 2. – М.,2003
28. Козырева О.А. Логопедические технологии: учебное пособие, изд.2е, перераб. и доп.- Красноярск, 2015.
29. Косинова Е.А. «Гимнастика для развития речи» – Москва: ЭКСМО, 2003.

30. Кольцова М.М. Двигательная активность и развитие функций мозга ребенка. – М., 1973.
31. Лалаева Р.И. Логопедическая работа в коррекционных классах. – М., 2001.
32. Лалаева Р.И. Нарушения речи. Система их коррекции у умственно отсталых школьников. – М., 1978.
33. Лопатина Л.В.. Приёмы обследования дошкольников со стёртой формой дизартрии// «Дефектология». 2003. № 2.С.54-70.
34. Лопатина Л.В. Изучение и коррекция нарушений психомоторики у детей с минимальными дизартрическими расстройствами// «Дефектология». 2003. № 4.
35. Методы обследования речи детей/ Пособие по диагностике речевых нарушений. Под ред. Г.В. Чиркиной. —3-е., доп.- М.: АРКТИ, 2003.
36. Монделаерс Б.Ж. Вербальная диспраксия у детей// Расстройства речи. Клинические проявления и методы коррекции: Материалы конференции «Современные проблемы логопатологии». – СПб, 1999.
37. Нищева Н.В. Весёлая артикуляционная гимнастика, – Москва: Детство – Пресс, 2009.
38. Петроченко В.И., Брюховских Л.А. Фонетика для логопедов: учеб. Пособие; Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева. - Красноярск, 2013. - 112 с.
39. Понятийно - терминологический словарь логопеда. / Под ред. В.И. Селиверстова. – М.: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 1997. - 400
40. Российская Е.Н., Гаранина Л.А. Произносительная сторона речи: Практический курс - М.: АРКТИ, 2003. - 104.
41. Трубникова Н. М. Структура и содержание речевой карты. Учебно-методическое пособие - Екатеринбург: Уральский государственный педагогический университет. 1998.

42. Федосова О.Ю. Коррекция звукопроизношения у дошкольников с лёгкой степенью дизартрии с учётом фонетического контекста: Диссертация на соискание учёной степени кандидата пед. Наук. Самара. – 2005.

43. Филичева Т. Б., Чиркина Г. В. Подготовка к школе детей с общим недоразвитием речи в условиях специального детского сада: В 2 ч. Ч. I. Первый год обучения (старшая группа). Пособие для студентов дефектологических факультетов, практических работников специальных учреждений, воспитателей детских садов, родителей. М.: Альфа, 1993 – 103.

44. Филичева Т. Б., Логопедия. Теория и практика – Москва: Эксмо, 2017. – 608с.

45. Фонетическое и лексическое развитие ребёнка раннего возраста. Елисеева М.Б. – СПб: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2008.

46. Цейтлин С.Н. Язык и ребенок: Лингвистика детской речи. - М., 2000.

47. <http://fzrf.su/zakon/ob-obrazovanii-273-fz/st-5.php>

Приложение А

Список детей:

1. Витя Р. ОНР IV уровень, дизартрия (12.08.12г)
2. Артур С. ОНР IV уровень, дизартрия (23.12.11г)
3. Витя Г. ОНР IV уровень, дизартрия (05.02.12г)
4. Тимофей К. ОНР IV уровень, дизартрия (20.09.12г)
5. Лера Ш. ОНР III уровень, дизартрия (30.03.12г)
6. Егор Ш. ОНР III уровень, дизартрия (30.03.12г)
7. Ваня Т. ОНР III уровень, дизартрия (11.10.11г)
8. Глеб В. ОНР IV уровень, дизартрия (01.04.12г)
9. Семён П. ОНР IV уровень, дизартрия (06.05.12г)
10. Лев И. ОНР III уровень, дизартрия (07.06.12г)

Приложение Б

Таблица 1. Количественные результаты исследования и уровни сформированности артикуляционной моторики у детей 6 – 7 лет с дизартрией (в баллах)

№ п/п	Имя ребёнка	Серия 1	Серия 2	Серия 3	Серия 4	Общий балл	Уровень
1	Витя Р.	17 /выше среднего	5 /выше среднего	16/выше среднего	13/ средний	51	выше среднего
2	Артур С.	16 /выше среднего	6 /выше среднего	15 /выше среднего	14 / средний	51	выше среднего
3	Витя Г.	18 /выше среднего	6 /выше среднего	17 /выше среднего	14 / средний	55	выше среднего
4	Тима К.	18 /выше среднего	6 /выше среднего	16 /выше среднего	15 /выше среднего	55	выше среднего
5	Лера Ш.	13 / средний	5 /выше среднего	13 / средний	13 / средний	44	средний
6	Егор Ш.	14 / средний	6 / выше среднего	15/ выше среднего	11 / средний	46	средний
7	Ваня Л.	12 / средний	4 / средний	13 / средний	13 / средний	42	средний
8	Глеб В.	15 /выше среднего	6 / выше среднего	12 / средний	14 / средний	47	средний
9	Семён П.	16 / выше среднего	5 / выше среднего	14 / средний	11 / средний	46	средний
10	Лев И.	12 / средний	5 /выше среднего	13 / средний	11 / средний	41	средний

Приложение В

Таблица 2. Результаты обследования звукопроизношения (свистящие звуки)

№ п/п	Имя ребёнка	[С]	[С']	[З]	[З']	Общий балл
1	Витя Р.	+	+	+	+	3
2	Артур С.	+	+	+	+	3
3	Витя Г.	+	+	+	+	3
4	Тима К.	+	+	+	+	3
5	Лера Ш.	+	+	+	+	3
6	Егор Ш.	требуется автоматизация в словах	требуется автоматизация в словах	требуется автоматизация в словах	требуется автоматизация в словах	2
7	Ваня Л.	Боковой сигматизм слева, требуется постановка	Боковой сигматизм слева, требуется постановка	Боковой сигматизм слева, требуется постановка	Боковой сигматизм слева, требуется постановка	0
8	Глеб В.	+	+	+	+	3
9	Семён П.	+	+	+	+	3
10	Лев И.	Требуется автоматизация в словах	+	Требуется автоматизация в словах	+	2

Таблица 3. Результаты обследования звукопроизношения (шипящие звуки)

№ п/п	Имя ребёнка	[Ш]	[Щ]	[Ж]	Общий балл
1	Витя Р.	+	+	+	3
2	Артур С.	Требуется автоматизация в словах	+	Требуется автоматизация в словах	2
3	Витя Г.	+	+	+	3
4	Тима К.	+	+	+	3
5	Лера Ш.	требуется автоматизация в словах	требуется автоматизация в словах	требуется автоматизация в словах	2
6	Егор Ш.	+	+	+	3
7	Ваня Л.	Боковой сигматизм слева, требуется постановка	Боковой сигматизм слева, требуется постановка	Боковой сигматизм слева, требуется постановка	0
8	Глеб В.	+	+	+	3
9	Семён П.	+	+	+	3
10	Лев И.	+	+	+	3

Таблица 4. Результаты обследования звукопроизношения (аффрикаты [Ц] и [Ч]).

№ п/п	Имя ребёнка	[Ц]	[Ч]	Общий балл
1	Витя Р.	Сигматизм, требуется постановка	Сигматизм, требуется автоматизация в словах	1
2	Артур С.	+	+	3
3	Витя Г.	+	+	3
4	Тима К.	+	+	3
5	Лера Ш.	+	+	3
6	Егор Ш.	+	+	3
7	Ваня Л.	Боковой сигматизм слева, требуется постановка	+	2
8	Глеб В.	Замена на [т'], требуется постановка	+	2
9	Семён П.	Замена на [с], требуется автоматизация в словах	+	2
10	Лев И.	Замена на [с], требуется автоматизация в словах	Замена на [т'], требуется автоматизация в словах	3

Таблица 5. Результаты обследования звукопроизношения (звуки [Л], [Л']).

№ п/п	Имя ребёнка	[Л]	[Л']	Общий балл
1	Витя Р.	+	+	3
2	Артур С.	+	+	3
3	Витя Г.	+	+	3
4	Тима К.	+	+	3
5	Лера Ш.	Нестабильная замена, требуется автоматизация в словах	Пропуски, требуется автоматизация в словах	2
6	Егор Ш.	Нестабильная замена, требуется автоматизация в словах	+	2
7	Ваня Л.	Межзубное произнесение, требуется зазубная постановка	Межзубное произнесение, требуется зазубная постановка	2
8	Глеб В.	+	+	3
9	Семён П.	+	+	3
10	Лев И.	Нестабильная замена, требуется автоматизация в словах	+	3

Таблица 6. Результаты обследования звукопроизношения (звуки [P], [P']).

№ п/п	Имя ребёнка	р	р'	Общий балл
1	Витя Р.	+	+	3
2	Артур С.	Требуется дальнейшая автоматизация в словах	Требуется дальнейшая автоматизация в словах	3
3	Витя Г.	Велярный ротацизм, требуется постановка	Велярный ротацизм, требуется постановка	0
4	Тима К.	Гиперкоррекция, требуется автоматизация в свободной речи	Гиперкоррекция, требуется автоматизация в свободной речи	2
5	Лера Ш.	Пропуски, требуется постановка	Пропуски, требуется постановка	0
6	Егор Ш.	Замена на [л], требуется постановка	Одноударный, требуется постановка	0
7	Ваня Л.	+	+	3
8	Глеб В.	Пропуски, требуется постановка	Пропуски, требуется постановка	0
9	Семён П.	Замена на [л], требуется постановка	Замена на [л'], требуется постановка	0
10	Лев И.	Замена на [в], требуется постановка	Замена на [в'], требуется постановка	3

Таблица 7. Количественные результаты исследования состояния звукопроизношения у детей 6 – 7 лет с дизартрией (в баллах)

№ п/п	Имя ребёнка	Свистящие	Шипящие	Аффрикаты	[Л], [Л']	[Р], [Р']	Общий балл	Уровень
1	Витя Р.	3	3	1	3	3	13	выше среднего
2	Артур С.	3	2	3	3	3	14	выше среднего
3	Витя Г.	3	3	3	3	0	12	выше среднего
4	Тимофей К.	3	3	3	3	2	14	выше среднего
5	Лера Ш.	3	2	3	2	0	10	средний
6	Егор Ш.	2	3	3	2	0	10	средний
7	Ваня Л.	0	0	2	2	3	7	ниже среднего
8	Глеб В.	3	3	2	3	0	11	средний
9	Семён П.	3	3	2	3	0	11	средний
10	Лев И.	2	3	2	2	0	9	ниже среднего