



УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ

**СПРАВКА**  
**О результатах проверки текстового документа**  
**на наличие заимствований**

**Проверка выполнена в системе**  
**Антиплагиат.ВУЗ**

Автор работы Факультет, кафедра, номер группы	<b>Сосновских Наталья Сергеевна</b> Институт специального образования, кафедра логопедии и клиники дизонтогенеза, группа ЛГП-1702z	
Название работы	«Коррекция фонетико- фонематического недоразвития речи у детей старшего дошкольного возраста с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии во взаимодействии учителя-логопеда и воспитателя»	
Процент оригинальности	65	
Дата	21.01.2022	
Ответственный в подразделении	 (подпись)	<u>Покрас Е.А.</u> (ФИО)

Проверка выполнена с использованием: Модуль поиска ЭБС "БиблиоРоссика"; Модуль поиска ЭБС "BOOK.ru"; Коллекция РГБ; Цитирование; Модуль поиска ЭБС "Университетская библиотека онлайн"; Модуль поиска ЭБС "Айбуке"; Модуль поиска Интернет; Модуль поиска ЭБС "Лань"; Модуль поиска "УГПУ"; Кольцо вузов

## ОТЗЫВ

руководителя выпускной квалификационной работы

Тема ВКР Коррекция фонетико-фонематического недоразвития речи у детей старшего дошкольного возраста с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии во взаимодействии учителя-логопеда и воспитателя  
Обучающийся Сосновских Наталья Сергеевна при работе над ВКР проявил себя следующим образом:

### 1. Уровень самостоятельности и ответственности

Наталья Сергеевна достаточно ответственно подошла к выбору интересной для нее темы исследования. При необходимости она посещала консультации и задавала интересующие ее вопросы и работала над текстом ВКР.

### 2 Уровень предметной подготовки обучающегося

В целом, соответствует требованиям к уровню предметной подготовки выпускника-логопеда, что показывает содержание и текст выпускной квалификационной работы.

### 3 Замечания и рекомендации

В тексте ВКР автор описывает результаты логопедического обследования детей с ФФНР и легкой степенью псевдобульбарной дизартрии, а также планирует содержание логопедической работы по коррекции речевого недоразвития этих детей и совместную работу учителя-логопеда и воспитателя. Описание работы носит несколько хаотичный характер, что влияет на ее восприятие.

## ОБЩЕЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выпускная квалификационная работа соответствует предъявляемым требованиям, может быть допущена к защите.

Уникальность текста работы 65 %.

Ф.И.О. руководителя ВКР Костюк Анна Владимировна

Должность доцент Кафедра логопедии и клиники дизонтогенеза

Уч. звание - Уч. степень к.п.н.

Подпись 

Дата 07.02.2022 г.

Министерство просвещения Российской Федерации  
федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Уральский государственный педагогический университет»  
Институт специального образования

Кафедра логопедии и клиники дизонтогенеза

**Коррекция фонетико-фонематического недоразвития речи у детей  
старшего дошкольного возраста с легкой степенью псевдобульбарной  
дизартрии во взаимодействии учителя-логопеда и воспитателя**

Выпускная квалификационная работа  
44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование  
Профиль «Логопедия»

Квалификационная работа  
допущена к защите  
Зав. кафедрой  
логопедии и клиники дизонтогенеза  
к.п.н., профессор И.А. Филатова

Исполнитель: Сосновских Наталья  
Сергеевна,  
обучающийся ЛГП-1702z группы

---

подпись

---

дата

подпись

Научный руководитель:  
Костюк Анна Владимировна, к.п.н.,  
доцент

---

подпись

Екатеринбург 2022

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	8
1.1. Онтогенез устной речи у детей.....	8
1.2. Психолого-педагогическая характеристика детей старшего дошкольного возраста с лёгкой степенью псевдобульбарной дизартрии .....	14
1.3. Характеристика устной речи и неречевых функций у детей старшего дошкольного возраста с ФФНР и легкой степенью псевдобульбарной дизартрии .....	20
ГЛАВА 2. КОНСТАТИРУЮЩИЙ ЭКСПЕРИМЕНТ И АНАЛИЗ ЕГО РЕЗУЛЬТАТОВ.....	27
2.1. Организация, принципы, цель и задачи констатирующего эксперимента детей старшего дошкольного возраста с фонетико-фонематическим недоразвитием речи и легкой степенью псевдобульбарной дизартрии .....	27
2.2. Методика изучения моторики и фонетико-фонематических процессов у детей старшего дошкольного возраста с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии и анализ полученных результатов .....	29
ГЛАВА 3. СОДЕРЖАНИЕ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ФОНЕТИКО-ФОНЕМАТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЛЕГКОЙ СТЕПЕНЬЮ ПСЕВДОБУЛЬБАРНОЙ ДИЗАРТРИИ.....	50
3.1. Теоретическое обоснование, организация и принципы взаимодействия учителя-логопеда и воспитателя в работе по коррекции фонетико-фонематического недоразвития речи у старших дошкольников с дизартрией .....	50
3.2. Содержание логопедической работы по коррекции фонетико-фонематических недоразвития речи у детей старшего дошкольного возраста с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии.....	56

3.3. Содержание совместной работы учителя-логопеда и воспитателя по коррекции фонетико-фонематического недоразвития речи у детей старшего дошкольного возраста с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии.....	61
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	69
СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	71

## ВВЕДЕНИЕ

*Актуальность исследования.* Со временем, по предположению специалистов, работающих с нарушениями речи, повышается численность детей с различными нарушениями. Предпосылками этого являются: недостаточное внимание со стороны родителей, очень часто общение с ребенком заменяется компьютером, телевидением, увеличение частоты общих заболеваний детей, плохая экология и др. Дефекты звукопроизношения у детей являются причиной отклонений в развитии психических процессов: воображение, память, мышление, могут сформировать комплекс неполноценности, который выражается в трудности установления коммуникативных контактов.

Проанализировав объективную ситуацию, которая сформировалась в реальное время в структуре дошкольного образования, можно констатировать, что количество детей, имеющих отклонения в речевом развитии, постоянно растёт.

Такие исследователи как Л.Т. Журба, Е.М. Мастюкова и другие отмечают, что происходит увеличение числа детей с дизартрией и другими нарушениями речи. Около 60% детей дошкольного возраста имеют такие нарушения. Существует необходимость своевременной диагностики, коррекционной работы и профилактики языковых нарушений в дошкольных учреждениях для успешной подготовки детей к обучению в школе, а также для успешной адаптации к школе [10;21;28].

Б.Н. Алмазов, Л.Т. Журба, Е.М. Мастюкова, Л.В. Лопатина и др. показали, что число детей с дизартрией, испытывающих трудности в освоении социальной микросреды, в особенно при поступлении в школу становится с каждым днем больше [1;10;21].

Наиболее распространенной формой дизартрии является лёгкая степень

псевдобульбарной дизартрии, при которой главным дефицитом является звукопроизношение. При лёгкой степени псевдобульбарной дизартрии нарушения фонетической стороны носят устойчивый характер, сложно поддаются коррекции, требуют продолжительного времени для предотвращения и может негативно влиять на развитие фонематических процессов (Л.В. Лопатина, Н.В. Серебрякова) [25].

Согласно современному научному подходу, фонетико-фонематическое недоразвитие – это расстройство средств общения, нарушение процесса формирования артикуляционного аппарата ребенка, при котором он не способен определять фонемы на слух. Можно отметить, что у детей с сочетанием нарушений фонематического восприятия и артикуляции наблюдается незавершенность процесса формирования звуков. Эти звуки отличаются тонкими артикуляционными или акустическими особенностями. Фонетико-фонематическое недоразвитие нередко ассоциируется с неспособностью детей слышать фонемы на родном языке. Осложнениями отсутствия адекватного восприятия фонем являются неспособность правильно произносить звуки, снижение словарного и грамматического запаса, а также задержка в развитии связной речи в целом. Это связано с нарушениями в восприятии и артикуляции фонем.

Отсутствие фонематического восприятия влечёт к огромным трудностям для детей не только в овладении артикуляцией звуков речи, но и в звуковом анализе слов, и в обучении чтению, поскольку только после преодоления, определенного (начального) уровня фонематического восприятия дети могут полностью овладеть звуковым анализом и синтезом, а впоследствии и навыками письма и чтения.

Увеличение эффективности коррекции звукопроизношения дошкольников, в том числе с лёгкой степенью псевдобульбарной дизартрии, характеризуется одной из задач дошкольного образования и составляет важность данного исследования.

*Объект исследования:* состояние моторики, звукопроизношения,

просодики и фонематических процессов у дошкольников с фонетико-фонематическим недоразвитием речи и легкой степенью псевдобульбарной дизартрией.

*Предмет исследования:* процесс работы по коррекции фонетико-фонематического недоразвития речи, с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии во взаимодействии учителя-логопеда и воспитателя.

*Цель исследования:* на основе анализа теоретических и экспериментальных данных разработать направление и содержание работы по коррекции фонетико-фонематическое недоразвитие речи у детей старшего дошкольного возраста с легкой степенью псевдобульбарной дизартрией.

*Задачи исследования:*

1. Изучить специальную литературу по проблеме исследования.
2. Организовать и провести констатирующий эксперимент, направленный на изучение моторики, звукопроизношения, просодики и фонетико-фонематических процессов у детей старшего дошкольного возраста с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии и проанализировать полученные результаты.
3. Определить направления и содержание логопедической работы по формированию фонетико-фонематических процессов у детей с дизартрией во взаимодействии учителя-логопеда и воспитателя.

*Методы исследования:*

- теоретические (анализ психолого-педагогических исследований и методической литературы по проблеме);
- эмпирические (изучение медико-психолого-педагогической документации, наблюдение, беседы с детьми);
- методы обработки результатов (методы качественного и количественного анализа полученных результатов, метод наглядного представления результатов и выводов).

*База исследования:* изучение нарушения речи у старших дошкольников с фонетико-фонематическим недоразвитием речи и легкой степенью

псевдобульбарной дизартрии проводилось на базе логопункта МБДОУ № 13 села Большое Трифоново, Артемовского района.

*Выборка исследования:* В исследовании приняло участие 5 детей старшего дошкольного возраст (5–6 лет) с фонетико-фонематическим недоразвитием речи и легкой степенью псевдобульбарной дизартрией.

*Структура и объем работы:* Работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка источников и литературы, а также приложения.

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

## 1.1. Онтогенез устной речи у детей

Онтогенез – это индивидуальное развитие организма, от процесса его возникновения до конца жизни. Весь цикл развития речи человека, от первых его речевых актов до того совершенного состояния, при котором родной язык становится полноценным орудием общения и мышления, называется онтогенез речевой деятельности. Овладение ребенком устной речи протекает по определенным этапам и выражается наличием общих для всех детей закономерностей, которые протекают в первые годы жизни ребёнка.

В последнее время все меньше рождаются физически здоровые дети и все больше детей дошкольного и младшего школьного возраста, имеющих разные речевые нарушения.

Речь не является врожденной способностью, она развивается в процессе онтогенеза – индивидуального развития организма от начала и до конца его жизни.

Исследовали особенности формирования речи в процессе индивидуального развития такие зарубежные и отечественные ученые, как Л.С. Выготский, С.Л Рубинштейн, Д.В. Эльконин, и др.[6;41].

Сложная функциональная система, основанная на символической системе языка, используемой в процессе коммуникации – называется речью [18].

Процесс усвоения устной речи происходит на основе ряда закономерностей, характеризуется рядом черт, общих для всех детей и проявляется у всех детей, независимо от состояния их здоровья. Это обусловлено спецификой психологической природы связи языка, речи,

мышления, а также и других психических процессов (Л.С. Выготский, Н.И. Жинкин, Р.Е. Левина, А.А., А.Р. Лурия, С.Л. Рубинштейн и др.) [6;18;25;27].

В процессе онтогенеза формирование фонологических функций следует определенным закономерностям, которые определяют последовательное и взаимосвязанное развитие всех аспектов фонологической системы (фонологические аспекты, лексикон и грамматика) [25].

Если рассматривать развитие речи у детей в норме, то фактически ребенок начинает развиваться с первого дня жизни и проходит несколько этапов развития (В.И. Бердюков, Л.С. Выготский, А.Н. Гвоздев, Р.И. Лалаева и др.) [4;6;7;17]

Таким образом, процесс развития языка делится на предварительный период (плач, гуление и лепет); период осмысления языка взрослыми и использования слов – предложений в активной речи: приобретение фраз.

Самым первым речевым проявлением является крик (0–3 месяца), и именно в этот период, по мнению В. И. Бельтюкова, начинает формироваться интонационный язык [4].

В возрасте 3–6 месяцев за криком, появляется гуление – певучее произнесение цепочек гласных звуков, близких к [а], [у], [ы], часто в сочетании с согласными [г], [м]. В этот период отсутствие у ребенка интонационной выразительности крика или гуления, однообразное тихое гуление, отсутствие смеха должно насторожить родителей.

А.Н. Гвоздев указывает, что гуление является важным этапом в развитии предречевого (доречевого) языка [7], так же он утверждает, что отсутствие положительного эмоционального контакта со взрослыми оказывает крайне пагубное влияние на развитие детей, в частности, разрушая отношения матери и ребенка.

Появление лепета в возрасте 6–12 месяцев, это начало отмечено появлением сочетания звуков речи («таа», «лаа»), грубых звуков и гласных («маа», «баа»). Первый слог («ма») зарождается. Постепенно лепет становится социализированным.

При лепете развивается синхронность выдохов и усиливается слуховое внимание. Часто в лепете можно услышать звуки, которых нет в родном языке, а некоторые звуки вообще не воспроизводятся.

К возрасту одного года лепет почти всегда заменяется звуками, фонетически близкими к родному языку. Когда взрослые говорят, дети внимательно смотрят на лицо и наблюдают за движением губ, в это время развивается моторное чувство артикуляционных органов.

Р.И. Лалаева утверждает, что все дети, независимо от их национальности, лепечут одинаково и только позже начинают говорить на языке окружающих их людей [17].

Артикуляция звуков становится подходящим занятием для здоровых детей этого возраста. В то же время ребенок начинает понимать смысл того, что ему говорят.

С появлением первых слов примерно в возрасте одного года начинается второй этап развития языка – период, когда взрослые понимают язык. Его специфика заключается в том, что первые звукосочетания приобретают свойства, связанные с предметами. По мнению А.Н. Гвоздева, этот этап известен как этап возникновения слова-предложения. Первые произнесенные слова не были сложными с точки зрения слоговой и звуковой структуры и включали обычные лабиальные, просодические и ретрофлексные звуки. Эти слова состояли из двух повторяющихся слогов и были открытого типа. Эти слова имеют концептуальную основу [7].

На этом этапе сначала появляются существительные и почти сразу глаголы. К концу этого этапа (1,5 года) словарный запас ребенка увеличивается с двух слов до 15–20 слов. В то же время развитие стиля импровизации явно опережает свое время. Ребенок понимает гораздо больше, чем то, что он/она говорит.

В возрасте от 1,3 лет. проступает начало третьего этапа. Предложения из одного слова. Предложения из двух слов и т. д. [7].

Таким образом, в возрасте 1,3–1,8 года у ребенка появляются

некоторые аморфные слова в виде предложений (до 29 слов). Ребенок использует в речи существительные (22 слова). Слово воспроизводит один слог или два одинаковых слога (ту-ту, га-га, ко-ко). Подчеркнутыми ударными гласными являются: [а], [о], [у], [и]; согласными [м], [п], [б], [к], [д], [т], [л], [с], [х], [г]» [7].

К возрасту 1,8 лет ребенок способен объединить два аморфных слова (до 87 слов). В речи используются неопределенные существительные, неопределенные формы глаголов во втором лице единственного числа повелительного наклонения. Начальные или конечные согласные часто опускаются в словах.

В 1,10 месяцев предложения вырастают до 3–4 слов. К двум годам формируются простые фразы. Первые фразы состоят из двух слов. Возможно использование слов — имитация звуков и появление аграмматизмов.

Первое, что должно усваиваться правильно, это винительный падеж с окончанием «-у», именительный падеж с окончанием «-и», «-ы», иногда предложения с окончанием «-е». Так же начинают появляться новые звуки. Возможны многочисленные ошибки в звуковом оформлении. На этом этапе слоговая структура слов стабилизировалась. Мягкие звуки встречаются в речи ребенка чаще, чем твердые. Громкость понимаемой речи увеличивается. Слова, отсутствующие в словарном запасе, заменяются жестами. В это же время начинают развиваться регулятивные и коммуникативные функции языка. Именно на этом этапе происходит усвоение слов «можно» и «нельзя». Появляются наречия [7].

Четвертый этап, классификация по А. Н. Гвоздеву, это этап овладения грамматической структурой предложений в возрасте от двух до трех лет. Словарный запас увеличивается до 250 слов. Слоговая структура слов достаточно стабильна. Дети имеют промежуточные звуки онтогенеза. Самый сложный из гласных — появление звука [ы]. Существующие пары согласных — звонкие-глухие и твердые-мягкие. Появляется первый трудный сонорный звук — [л], [л’]. В конце этого этапа ребенок овладевает почти всеми

звуками, исключая те, которые трудно артикулировать. К 3 годам могут отсутствовать следующие звуки: [ж], [ш], [с], [ц], [ч], [л], [р], [р'] [12].

В отличие от предыдущего этапа, здесь грамматические средства появляются в контексте развитого фонематического слуха. Усвоена грамматическая структура фраз.

По мнению А.Н. Гвоздева, с трех до пяти лет существует стадия общей фразовой речи, когда имеются пробелы в лексической грамматике и фонематической структуре [7].

К пяти годам фонологические аспекты речи полностью сформированы. Фонематический слух является основой для обучения простым навыкам звукового анализа.

Если по какой-либо причине (физической, психологической, посттравматической) к семи годам ребенок испытывает трудности в освоении основных языковых структур, то следует говорить о наличии языковых нарушений, одним из которых является фонемо-фонематическое расстройство языка.

Фонематический аспект речи является показателем общей фонетической культуры и приверженности говорящих к произносительным нормам. В.И. Бельтюков, Е.Н. Винарская, А.Н. Гвоздев, Р.Е. Левина, Н.Х. Швачкин, Д.Б. Эльконин и другие исследователи изучали развитие фонологических функций в онтогенезе. [4;5;7;27;40;41]

Фонетический аспект речи понимается как артикуляция звуков и является результатом согласованной работы всех частей речедвигательного аппарата.

Фонематический аспект речи понимается как способность различать и дифференцировать родные фонемы. Фонематический аспект речи обеспечивается работой фонологического и слухового анализаторов [26].

В своей книге «Обучение детей правильному произношению» М.Ф. Фомичева подчеркивает, что восприятие и воспроизведение родных звуков – это согласованная работа слухового и речедвигательного анализаторов, и что

хорошо развитый фонематический слух способствует развитию четкой артикуляции — плавной и тонко дифференцированной работы артикуляционных органов, обеспечивающей правильное произношение каждого звука [36].

Фонетические нарушения определяются как нарушения артикуляции отдельных звуков, групп или наборов звуков (таких как свист, свистящие и шипящие звуки) при наличии нормального физического слуха.

В результате нарушения звук искажается, произносится неточно. Чаще всего нарушается произношение следующих группы звуков: свистящие, шипящие, сонорные, заднеязычные, звонкие, мягкие [13].

Например, Н.Х. Швачкин утверждает, что язык, который слышат дети, представляет собой чрезвычайно сложный состав звуков, которые «текут» и изменяются. Автор устанавливает, что порядок различения звуков речи идет от различения контрастных звуков к различению звуков, все более близких друг к другу. Сначала образуются гласные, затем согласные [40].

В исследовании Р.Е. Левиной говорится, что сначала устанавливаются наиболее легко различимые фонемы, постепенно распространяясь на акустически более близкие звуки [27].

Исходя из этого, можно сказать, что развитие фонематической стороны речи основано на акустической дифференциации фонем и установлении тех фонематических отношений, которые формируются в процессе овладения фонологией.

Исследования, которые проводили А.И. Гвоздев, Р.Е. Левина, Н.Х. Швачкин и других исследователей детского речи, можно сказать, что формирование фонематического восприятия в основном завершается к четырем годам у ребенка с нормальным интеллектом, в этом возрасте он способен различать на слух все фонематические нюансы речи окружающих его взрослых [7;27;40].

У этих детей тяжесть этих нарушений различна. Это определяется тяжестью истории болезни (патологические роды, асфиксия, травма при

рождении и т. д.), условиями вербальной коммуникации (недостаток внимания к развитию речи младенца, отсутствие вербального и интеллектуального контакта, языковые дефициты родителей и т. д.), а также индивидуальными особенностями ребенка (избирательный контакт с окружающими, пассивность, определенная замкнутость и т.д.).

Итак, развитие устной речи является одной из важнейших задач в процессе речевого развития детей дошкольного возраста. Фонематическая сторона речи включает в себя фонематический слух, фонематическое восприятие, фонематический анализ и синтез. Все эти процессы взаимосвязаны и развиваются в процессе речевого онтогенеза.

## **1.2. Психолого-педагогическая характеристика детей старшего дошкольного возраста с лёгкой степенью псевдобульбарной дизартрии**

Над проблемой дизартрии работали Л.С. Волкова, Л.В. Лопатина, Е.М. Мастюкова и другие. Нарушение артикуляционной стороны речи, которое связано с недостаточной иннервацией речевого аппарата, называется дизартрией [18;19;21].

Нарушения артикуляции, при которых наблюдается неадекватная иннервация речевого аппарата вследствие повреждения задней доли и подкорковых областей мозга, известны как дизартрия. Затруднение в артикуляции возникает у взрослых и приводит к ограничению подвижности органов речи (мягкого неба, языка, губ) и обычно не сопровождается распадом речевого аппарата.

Логические, психологические и клинические знания о детях с дизартрией показывают, что эта группа детей очень не сбалансирована в плане моторных, психологических и языковых проблем. Органические поражения центральной нервной системы, вызванные определенными факторами, влияющими на структуру мозга ребенка во время

внутриутробного развития, являются основной причиной дизартрии. Наиболее распространенные внутриутробные патологические факторы, вызванные острыми и хроническими инфекциями, гипоксией, отравлениями и гестационным токсикозом, приводят к родовой травме. Важнейшее значение среди причин дизартрии принадлежит асфиксии и родовой травме, поражению центральной нервной системы (ЦНС) при гемолитической болезни, а также различным инфекционным заболеваниям нервной системы, черепно-мозговым травмам и, реже — нарушению кровообращения мозга, его опухоли, порокам развития нервной системы, а также наследственным болезням нервной и нервно-мышечной систем [21].

Существует одна из форм дизартрии — псевдобульбарная. Она появляется на фоне расстройства иннервации артикуляционных мышц из-за поражения кортико-бульбарных проводящих трактов. В анамнезе детей с признаками псевдобульбарной дизартрии, как правило отмечается плач без причин, стойкое нарушение сна, низкая работоспособность, повышенное двигательное беспокойство, слабый негромкий крик, быстрая утомляемость, отказ от грудного вскармливания или вялый акт сосания, частые поперхивания и срыгивания. [21].

Выделяют три степени псевдобульбарной дизартрии: лёгкая, средняя, тяжёлая.

- Лёгкая степень характеризуется отсутствием грубых нарушений, артикуляционные движения неточные, замедлены. Речь сохранна, но смазана.
- Средней степени свойственна нечленораздельность речи, жесткие недостатки произношения. Имеется повышенная саливация, расстройства мимики, глотания, жевания.
- Тяжёлой степени характерна — анартрия частичная или полная. Глубокое поражение мышц речевого аппарата. Отсутствие членораздельной речи.

От места повреждения речедвигательного органа определяют

несколько форм дизартрии: корковую, подкорковую, псевдобульбарную, мозжечковую, бульбарную.

Псевдобульбарная дизартрия рассматривается как более распространённая форма детской дизартрии, характеризующаяся поражением двигательных корково-ядерных путей, которые исходят от коры головного мозга к ядрам черепных нервов ствола. Псевдобульбарную дизартрию подразделяют на три степени: лёгкая, средняя, тяжёлая. Лёгкая степень псевдобульбарной дизартрии в коррекционной практике встречается чаще всего и тяжело поддаётся коррекции

Проблему легкой степени дизартрии изучали Е.Ф. Архипова, И.Б. Карелина, Л.В. Лопатина, Р.И. Мартынова, О.В. Правдина, Г.В. Чиркина. В настоящее время все области (клиническая, нейролингвистическая, психологическая, педагогическая) изучают проблему дизартрии у детей [3;13;19;20;28;38].

Авторы подчёркивают, что при лёгкой степени псевдобульбарной дизартрии некоторые мышцы артикуляционного аппарата (мышцы губ, языка, мягкого неба) недостаточно эластичны, а также общую слабость на периферии всего речевого аппарата вследствие поражения особых отделов центральной нервной системы.

При освоении анамнеза детей раннего возраста было обнаружено, что у всех детей отмечалась задержка моторных функций (неуклюжие движения при ходьбе; наблюдалась излишняя утомляемость при осуществлении отдельных движений; они не умели прыгать, хватать и держать мяч, шагать по лестнице). Захват некрупных предметов пальцами появился поздно, и продолжительное время мелкие предметы захватывались всей рукой.

С.И. Маевская и Г.В. Гуровец в своем исследовании неврологического статуса детей с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии обнаружили неврологические отклонения в виде синдрома легкой, преимущественно односторонней, гемиплегии. Симптомы паралича оральных и общих мышц были связаны повреждением иннервации иннервации лицевого,

языкоглоточного или подъязычного нервов. Дефицит моторики наблюдается в артикуляционной и мимической мускулатуре, в общей и пальцевой моторике [8].

Общая моторика этой группы детей медленная, скованная и неловкая, без различий в движениях и действиях. Движение верхних и нижних конечностей, в основном, с одной стороны, может быть ограничено. Также могут наблюдаться синкинезии, экстрапирамидные дискинезии и дистонии; иногда подвижность может быть сильно нарушена, а движения могут быть бесцельными и непродуктивными. Это проявляется при выполнении сложных двигательных задач, в которых ребенок должен осуществлять точный контроль над движением, требующий координации и правильной пространственно-временной организации всех групп мышц [8].

Е.Ф. Архипова указывает, что отечественные данные показывают, что дети испытывают трудности в овладении навыками самообслуживания и не любят рисовать, так как дети не могут правильно держать карандаш в течение длительного времени, что в дальнейшем отрицательно сказывается на формировании графической моторики [2].

В мелкой моторике нарушение обычно проявляется в виде ухудшения точности, скорости, ловкости и координации движений. Из-за нарушения моторной памяти пальцевые пробы при различных отклонениях выполняются неправильно. Существует корреляция между уровнем развития мелкой моторики и уровнем развития артикуляционных навыков.

Исследователи Е.М. Мастюкова и М.В. Ипполитова указывали, что специфика речевой моторики у детей с псевдобульбарной дизартрией обусловлена нарушениями двигательных нервов, участвующих в артикуляции [21].

О.В. Правдина указывала, что при органических церебральных нарушениях голоса (легкая псевдобульбарная дизартрия), обусловленных теми или иными отделами нервной системы. При поражении отдельные группы мышц речевого аппарата (губы, мягкое нёбо, язык) малоактивны, а

весь периферический речевой аппарат в целом слаб [28]. Движения артикуляционных органов и лицевой мускулатуры быстро истощаются, некачественные, неточные, с нарушенной плавностью и медленным переключением. Движения вялые, слабые, объем неполный. Особенно часто повреждаются дифференцированные движения корня и спинка языка и губ. Нарушается не только моторная часть речевого аппарата, но и кинестетическое восприятие артикуляционной позы и движения.

Характеристики моделируемой мускулатуры и артикуляционных движений детей с легкой псевдобульбарной дизартрией позволяют предположить микроскопическую симптоматику нервной системы. Именно нарушение речевой моторики является основным патологическим компонентом псевдобульбарной дизартрии.

Нарушенная мышечная иннервация мимики проявляется в виде носогубных складок, асимметричных губ и девиации языка (отклонение языка от средней линии). Детям трудно поднять голову и нахмуриться, а также закрыть глаза [25].

Также наблюдаются трудности при переключении с одного движения на другое, уменьшается диапазон движения губ и языка; движение губ осуществляется не полностью, и возникают трудности при растягивании губ.

При поражении подъязычного нерва кончик языка отклоняется в сторону паралича, а движение средней части языка ограничивается. Это расстройство проявляется при поднятии языка, во время которого средняя часть языка неровно опускается на парализованную сторону, что вызывает боковой поток воздуха. Во время упражнений с языком отмечены следующие недостатки: слабость мышц языка, неточные движения, трудности с распластыванием языка, трудности с его подъемом и удержанием, дрожание кончика языка; некоторые дети имеют темп движения более медленный при повторении задания [26].

Нарушения во всей моторной сфере у детей приводят к нарушениям в фонологии: межзубная артикуляция голоса, велярная артикуляция голоса [р],

латеральный сигматизм свистящих, шипящих и аффрикат, смягчение и озвончение звуков. Характеристики мимической мускулатуры и артикуляционной моторики детей с легкой псевдотрансверсальной миопатией позволяют предположить наличие неврологических микроскопических симптомов. Именно нарушение речевой моторики является основным патологическим компонентом псевдобульбарной дизартрии» [9].

Поражение языкоглоточного и блуждающего нервов нарушается артикуляция, появляются носовые звуки, искажаются или пропадают заднеязычные звуки речи, нарушается мышечный тонус.

Для детей с лёгкой степенью псевдобульбарной дизартрии характерно преимущественно брюшное дыхание с высокой частотой и недостаточной глубиной. Ритм дыхания не регулируется смысловым содержанием речи. Во время речи дыхание обычно учащенное и поверхностное. Дети говорят на вдохе, что в большей степени нарушает волевой контроль дыхательных движений и координацию между вдохом, артикуляцией и выдохом [21].

У детей с легкой степенью дизартрии могут наблюдаться некоторые вторичные нарушения мыслительной деятельности, связанные со снижением качества функций внимания и памяти. Детям трудно обобщать предметы, составлять последовательность сюжетных картинок при установлении причинно-следственных связей и временного направления, а также группировать предметы и фигуры по форме, цвету и размеру. (Р.И. Мартынова, Е.М. Мастюкова, М.В. Ипполитова) [20;21].

Приведенные выше критерии развития речи у дошкольников с легкой степенью дизартрии указывают на необходимость систематической коррекционной работы, обучения, связанного с решением языковых проблем, в части звукопроизношения, после преодоления грамматических и лексических резервов языковой структуры.

### **1.3. Характеристика устной речи и неречевых функций у детей старшего дошкольного возраста с ФФНР и легкой степенью псевдобульбарной дизартрии**

Нарушения речи, и, в частности, дизартрия, количество которых постоянно растет, являются одной из самых распространенных проблем среди детей дошкольного возраста. Дизартрия сопровождается нарушениями артикуляции, речевого дыхания и вокализации.

М.Г. Генинг, С.М. Доброгаев, О.В. Правдина, М.Е. Хватцев рассматривали изучение речевых характеристик детей с фонетико-фонематическим недоразвитием речи и легкой степенью псевдобульбарной дизартрии [25;28;37].

Специальные исследования состояния речи, общей и речевой моторики у детей, психоневрологические обследования и продолжительные динамические наблюдения позволили Е.Ф. Соботовичу обнаружить некоторые особенности полиморфного косноязычия [29].

Е.Ф. Соботович установила, что этот дефицит проявляется только при артикуляторных нарушениях и что в одних случаях он не приводит к задержке фонематического развития, а в других случаях наоборот. Произношение характеризуется нечеткостью артикуляции звуков, что особенно заметно во время речи.

В ходе логопедической работы, направленной на устранение этих недостатков, Е.Ф. Соботович обратила внимание на неравномерность развития речевой системы и установила, что фонематическое представление и лексико-грамматический строй речи могут развиваться и достигать нормы, в то время как артикуляция остается нарушенной и не соответствует своему уровню речевого развития [30].

Е.Ф. Соботович указывала, что недостатки звуковой стороны у детей с полиморфным косноязычием является нарушением моторных аспектов артикуляторного процесса в контексте неврологической симптоматики. На

основании моторных аспектов процесса артикуляции и с учетом локализации явления паралича органов артикуляции она разделила детей с дизартрией на четыре подгруппы.

В первую группу исследователи включили детей с нарушениями определенных моторных функций органов артикуляции, а именно: избирательная слабость, при которой парализованы только определенные мышцы языка. По данным Е.Ф. Соботович, у детей была асимметрия иннервация языка, которая проявлялась при артикуляции в виде вялости половины движений языка; артикуляторные искажения, которые были неравномерными и распространялись на разные группы в зависимости от локализации поражения мышечно-артикуляторного аппарата. У большинства детей этой подгруппы Е.Ф. Соботович понаблюдала развитие лексико-грамматического строя речи [30].

Установлено, что невозможно исправить это расстройство, практикуя произношение и вырабатывая правильный способ произношения слов.

Е.Ф. Соботович отметила наличие микроорганики у всех детей этой подгруппы, которые сочетались с симптомами поражения центральной нервной системы.

На основании анализа проявлений косноязычия Е.Ф. Соботович утверждает, что в этой подгруппе детей артикуляционный дефицит был вызван односторонним парезами подъязычного и лицевого нервов, но этот парез носил стертый характер. Исследователь считает, что такой патогенез относится к расстройствам дизартрического ряда [30].

Вторая группа состояла из детей с недостаточной моторикой всего артикуляционного органа. Во время речи отмечалась задержка артикуляции, невнятная речь и общее отсутствие плавности в произношении. Сложность заключалась в освоении артикуляции звуков, требующих мышечного напряжения. Явное отставание в развитии речи не соответствует нормальному уровню развития. Работа по устранению недостатков артикуляции начинается с артикуляционных упражнений, направленных на

развитие моторной интенсивности. Затем должна быть проведена работа над вокализацией, но она не приносит ожидаемых результатов, поскольку речь остается невнятной. В связи с этим Е.Ф. Соботович решила сосредоточиться на развитии динамической двигательной координации, что улучшало речь ребенка.

Соботович обращает внимание на неврологические симптомы легкого отклонения языка, сглаженные носогубные складки, патологические рефлексy и асимметрию движений языка и губ.

По мнению Е.Ф. Соботович, проявление невнятной речи обусловлено органическим поражением речедвигательного анализатора, имеющим невыразительный, стертый характер, который выражен только при динамических движениях речи [30; 31].

Среди детей третьей группы Е. В. Соботович подчеркивает сложность освоения различных движений речевых инструментов: кончика и спинки языка, языка и губ. Особенностью артикуляции этих детей является замена одних звуков на другие, но с несколькими вариантами звучания. Так же можно отметить, что дети этой подгруппы имеют разные виды фонематического недоразвития. Развитие лексико-грамматических структур фонологии варьировалось от нормального до значительно задержанного.

Е.Ф. Соботович использовала обычные средства для устранения недостатков этой формы просторечия и обнаружила, что в течение длительного времени в речи детей наблюдалась замена одних звуков другими. Опираясь на визуальное восприятие движения, можно получить важные результаты в развитии сознательного кинестетического анализа звуков речи. Она подчеркнула, что у детей этой подгруппы имелись четкие органические симптомы: повышение сухожильных и периостальных рефлексов с одной стороны, повышение и снижение мышечного тонуса с обеих сторон. Эти эфферентные нарушения двигательного анализатора наводят на мысль об афазии [31].

Четвертая группа состояла из детей с тяжелыми нарушениями общей

моторики. Е.Ф. Соботович отмечает, что некоторые дети малоподвижны, скованны и медлительны, у них ограниченные возможности. Другие проявляют гиперактивность, раздражительность и быстрый двигательный ритм. Эти характеристики проявляются и в движениях органов артикуляции: вялость, ригидность движений, гипермобильность, выпячивания при движениях челюстей, выпячивания в мускулатуре лица, неспособность удерживать определенную позу [30].

Так, Е.Ф. Соботович подчеркивает сочетание нарушений общей моторики и артикуляторной моторики. Фиксация этой группы проявляется в нарушении артикуляции звуков: замена, пропуск, искажение звуков.

Исследователи отметили, что развитие лексико-грамматических структур, фонематического анализа и репрезентации речи варьировалось от нормального до значительно задержанного.

Переходя к устранению расстройства, Евгения Федоровна Соботович указывает, что речь идет о колебаниях динамики от легкого установления правильной голосовой артикуляции до длительного, стойкого характера. Коррекция осложняется задержкой психологического развития ребенка, что выражается более низким уровне обобщения и понимания действительности.

У детей дошкольного возраста со спастической формой псевдобульбарной дизартрии наблюдается напряжение спинки языка, выступающей над твердым нёбом, что приводит к смягчению большинства согласных. Из-за трудностей в движении губных мышц у детей фиксируются нарушения речи губно-губных согласных [п] и [б], произношения переднеязычных [т], [т'], [д], [д'], а также межзубной и боковой сигматизм.

Следует отметить, что в целом ограничение движения губ приводит к речевым нарушениям у детей, поскольку именно эти движения изменяют размер и форму преддверия рта. Таким образом, это влияет на резонирование всей ротовой полости [30;31].

Ребенок с псевдобульбарной дизартрией в основном испытывает трудности с произношением таких согласных, как [ш], [ж] и [р],

образующихся при поднятии кончика языка и его легком изгибе вверх. К трудно артикулируемым согласным относятся апикальные (лат. Apex – верхний) согласные, которые артикулируются путем прикладывания кончика языка к верхним зубам или альвеолам или закрытия их [л]. У детей наблюдается задержка в артикуляции этих звуков в переднеязычных согласных и складках из-за сложности переключения с одного артикуляционного склада на другой.

Дети дошкольного возраста с дизартрией в основном сохраняют правильную артикуляцию произносимых согласных и часто проявляют нарушение свистящего дыхания. У детей наблюдаются пороки развития (особенно межзубной и боковой артикуляции) и отсутствие звуков. Частота нарушений гласных [л] и [р] была значительно ниже в этой группе детей по сравнению с другими формами дизартрии.

Как отмечал В.И. Бельтюков, согласные свистящих звуков акустически близки друг к другу, в отличие от других звуковых групп. Это подтверждает М.Х. Швачкин, который подчеркивает, что шипящие согласные более акустически противопоставлены, чем свистящие согласные. Ученый также отметил, что фонематические согласные дети начинают различать уже в первой партии, даже если они еще не овладели артикуляцией [4;40].

Следует отметить, что межзубной свист обусловлен недостаточным тонусом мышц языка.

В.И. Бельтюков, А.М. Винарская, Г.А. Каше, Г.Е. Левина, А.К. Маркова, А.Н. Усанова и другие исследователи отмечают, что причинами нарушений звуковой структуры слов детьми с дизартрией называют слабость акустико гностических процессов, которые снижают способность к восприятию речевых звуков при сохраненном слуховые; недоразвитие речедвигательного аппарата, что затрудняет артикулирования звуков речи [4;5;9;27].

В работах таких авторов как И.М. Садовникова, Е.Ф. Собонович, А.М. Усановой, Т.Б. Филичевой, М.Ю. Хватцева и других, описана взаимосвязь

между процессом образования слова и овладением его звуковым составом, формированием грамматических категорий и фонематического анализа [27;31;35;37].

Проявляются дефекты слухо-моторной координации в неправильном воспроизведении количества звуков аплодисментов (нарастающих или убывающих), отсутствии замеченных пауз, отсутствии ритмичного воспроизведения, недостаточной способности слышать и воспроизводить акценты.

Итак, при фонетико-фонематическом недоразвитии у ребёнка старшего дошкольного возраста в устной речи имеются:

- нарушение звукопроизношения в виде замен, смешений звуков, а также искажений, как показатель незаконченности процесса приспособления артикуляции;
- недоразвитие слухового восприятия, как следствие системного влияния нарушений звукопроизношения;
- несформированность звукового анализа и синтеза;
- общая смазанность речи, нарушение слоговой структуры и звуконаполняемости слов.

### **Выводы по 1 главе**

Псевдобульбарная дизартрия характеризуется нарушением артикуляционной моторики и речевого дыхания, проявляющихся рядом признаков. Нарушение артикуляционной моторики при данном виде дизартрии приводит к ограничению подвижности артикуляционных мышц, возрастающим в результате нарушения тонуса мышц, наличия непроизвольных движений (гиперкинезов, тремора) и дискоординационных расстройств. При псевдобульбарной дизартрии возникновение нарушений звукопроизношения в определенной степени находится во взаимосвязи от характера и степени тяжести поражения нервной системы.

Формирование устной речи считается одной из главнейших задач в процессе речевого развития детей дошкольного возраста. Все эти процессы

взаимосвязаны и совершенствуются в процессе речевого онтогенеза. Возможность выделять отдельные слова во фразе и определения места расположения слов по отношению друг к другу.

При плохо развитой звукопроизносительной и звукоразличительной стороны речи у детей можно отметить нарушение эмоционально-волевой сферы, внимания, памяти, а также замедленное формирование ряда высших корковых процессов, это в результате проявляет влияние на развитии ребенка в целом. Такие особенности надо отмечать при формировании коррекционной работы, которая позволяет достичь максимальную продуктивность в формировании фонетико-фонематической стороны речи.

## ГЛАВА 2. КОНСТАТИРУЮЩИЙ ЭКСПЕРИМЕНТ И АНАЛИЗ ЕГО РЕЗУЛЬТАТОВ

### 2.1. Организация, принципы, цель и задачи констатирующего эксперимента детей старшего дошкольного возраста с фонетико-фонематическим недоразвитием речи и легкой степенью псевдобульбарной дизартрии

Логопедическое обследование проводилось на базе логопункта МБДОУ № 13 с. Большое Трифоново, в исследование принимали участие 5 детей в возрасте 5–6 лет. Обследование проводилось с каждым индивидуально по 15–20 минут в течение 2-х недель. В ходе обследования все результаты были зафиксированы в речевой карте.

*Целью констатирующего этапа исследования* является изучение особенностей моторики и фонетико-фонематических процессов у детей старшего дошкольного возраста с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии.

*Задачами констатирующего этапа являются:*

- исследование моторики, звукопроизношения, а также фонетико-фонематических процессов;
- анализ результатов, которые были получены при исследовании моторики, звукопроизношения, а также фонетико-фонематических процессов.

Логопедическое обследование основывается на двух принципах:

- данный способ обследования обязан был отвечать исследованию тех компонентов, которые входят в моторную сферу и фонетико-фонематическую сторону ребят предоставленной группы;
- задания входившие в данные способы изучения, давались в согласовании с возрастной категорией.

Первым этапом констатирующего эксперимента было изучение литературы, выборка документов, также опрос воспитателя и логопеда о детях, медицинских и образовательных особенностях; после чего были последовательно исследованы моторные функции, звукопроизношение, фонематический слух и владение звукового анализа и синтеза.

Изучение детей опиралось на следующие принципы, которые разработала в 1969 году Р. Е. Левина [27].

*Принцип комплексного подхода*, он позволяет получать необходимые данные по составлению речевых и неречевых функций. К обследованию могут быть привлечены педиатры, физиологи, невропатологи, психиатры, оториноларингологи, окулисты, психологи, педагогические работники, родители, что позволяет получить необходимые данные для определения клинического диагноза и имеющихся других различных отклонений в развитии ребёнка. Это позволяет осуществлять комплексное планирование по содержанию коррекционной работы с учётом не только структуры речевого дефекта, но и структуры дефекта в целом. Также данный принцип позволяет правильно определить вид учреждения, в котором ребёнку может быть оказана эффективная помощь.

*Принцип системного подхода* обязывает логопеда определить объем и содержание самого обследования по структурным компонентам языка, и потому для определения структуры дефекта этот принцип требует специалиста изучить все структурные компоненты языка у ребёнка, а также составление письменной речи (если ребёнок школьного возраста). Это позволяет логопеду определить весь объем нарушений, который существует у ребёнка не только в устной речи, но и в письменной речи. Принцип позволяет сформировать педагогический диагноз, а это позволяет правильно спланировать содержание коррекционной работы по нормализации выявленных нарушений, как в устной, так и в письменной речи.

*Принцип развития* предполагает изучение в ходе обследования как речевых, так и неречевых функций с учётом развития этих функций в

онтогенезе и дизонтогенезе, что позволяет учитывать общие закономерности развития ребёнка с патологией, определить первопричину расстройств, устанавливать взаимосвязь со следствием причины. Логопед определяет клинический речевой диагноз во взаимосвязи со структурой речевого дефекта, что позволяет организовывать коррекционную работу исходя из установленной первопричины расстройств. Точность этого определения позволяет резко повысить эффективность коррекционной работы в целом.

*Принцип деятельностного подхода.* При организации обследования нужно учитывать, какой ведущий вид деятельности должен быть сформирован по возрасту.

В специальной литературе выделяют последовательность освоения ребёнком различных видов деятельности по возрастным параметрам, что должно учитываться для подбора материала для проведения обследования и самой формы обследования.

*Онтогенетический принцип* позволяет организовывать обследование и учитывать его результаты с учётом специфики появления различных видов деятельности ребёнка, с учётом последовательности появления различных неречевых и различных форм речи. Это позволяет правильно оценить полученные данные и проанализировать особенности возрастного развития ребёнка, следовательно, избежать ошибки в диагностике нарушений.

Обследование строится на общем системном подходе, разработанном в отечественной логопедии, с учетом специфики речевых и неречевых нарушений, общего психоневрологического состояния ребёнка и возраста.

## **2.2. Методика изучения моторики и фонетико-фонематических процессов у детей старшего дошкольного возраста с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии и анализ полученных результатов**

В процессе изучения использовалось учебно-методическое пособие для

обследования ребят с нарушениями речи Н.М. Трубниковой, а также альбом для работы логопеда О.Б. Иншаковой [12;33].

Н.М. Трубникова рекомендует детальную и четкую методику обследования по заданиям и пробам для выявления значения формирования важных компонентов моторной сферы и речевых функций, собственно что в дальнейшем даёт нам правильную оценку приобретенных данных.

Соответствующие тестирования проводятся индивидуально с каждым ребенком, в спокойной атмосфере. Продолжительность такого тестирования максимум 20 минут в день, в течение двух недель.

Исследование проводилось по четырём составляющим:

- тестирование моторной сферы;
- тестирование звукопроизношения;
- тестирование фонематического слуха;
- тестирование фонематического восприятия.

Этот вид направлений характеризуется тем, что для нормального развития фонематических процессов желательны базовые условия: сформированная артикуляционная моторика и правильное звукопроизношение.

Была произведена качественная и количественная оценка. Для этого была разработана трехбалльная шкала.

При осуществлении проб с выделением конкретных нарушений у каждого испытуемого были обозначены критерии качественной оценки.

Предложенные физические тестирования исполняются повторением за логопедом, а после по устной инструкции. Итоги вводятся в протокол тестирования.

Итак, рассмотрим результаты, которые были получены в процессе констатирующего этапа эксперимента.

*Итоги тестирования моторной сферы.*

Тестирование моторной сферы состоит из трех составляющих:

- тестирование общей моторики;

- тестирование мелкой моторики;
- тестирование артикуляционной моторики.

Направления тестирования общей моторики представлены на рисунке 1.

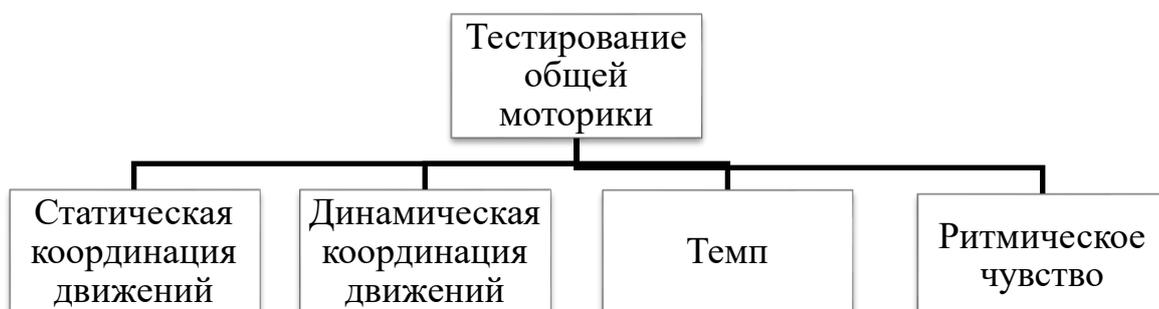


Рис. 1. Направления тестирования общей моторики

Задания демонстрировались, а потом была предложена устная инструкция.

Количество проб — 3.

Итоги обследования общей моторики детей приведены в таблице 1 (Приложение 2).

Таким образом, из данных, которые приведены в таблице 1 (Приложение 2), следует, что общая моторика нарушена у каждого ребенка, но в большей или меньшей степени.

3 балла – правильное выполнение;

2 балла – выполнение движений не в полном объеме, отмечены 1–2 отклонения;

1 балл – при выполнении отмечено более 3-х отклонений, движение не выполняется.

На рисунке 2 наглядно показано, что у детей нарушены все компоненты, но больше всего координация и темп.

При тестировании статической координации движений ребят исключительно лёгкая проба, которая доставила минимальные трудности, оказалась первая (средний балл 2,0) — исходное положение стоя с закрытыми глазами, стопы ног на одной линии, так чтобы носок одной ноги

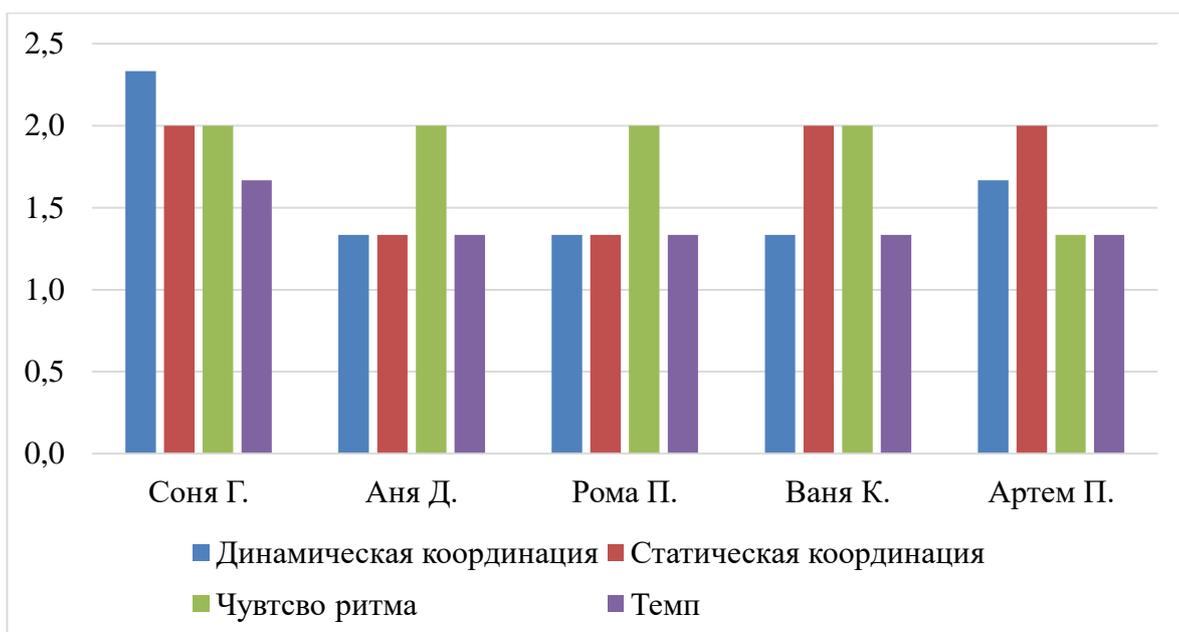


Рис. 2. Результаты тестирования общей моторики

был плотно приставлен к пятке другой, а руки при этом вытянуты вперёд перед собой.

Сложнейшими оказались пробы на тестирование динамической координации (средний балл 1,6) и тестирование темпа (средний балл 1,4), общей моторики. Испытуемые с большим затруднением выполняли все 6 проб и получили минимальные баллы. При тестировании у детей получалось выполнять пробы только лишь со 2-й или даже 3-й попытки, отмечалась скованность, неспособность чередовать шаг и хлопок; осуществляя приседания, дети покачивались, пытались сохранить равновесие с помощью тела и рук, присутствовала опора на всю ступню; а в третьей пробе дотрагивались пола поджатой ногой и помахивали руками.

Самые высокие показатели по развитию общей моторики среди всех исследуемых детей были у Сони – 2 балла. Невысокие показатели у Ани – 1, 5 балла. Другие испытуемые показали средние показатели – 1, 6–1, 7 балла. Каждый ребенок выполнил задания с пометками, поэтому можно сделать вывод, что у всех детей присутствует нарушения общей моторики.

В процессе тестирования статической координации, детям было предложено выполнить 3 пробы. Первую пробу все выполнили с недочётами. Отмечалось скованность при удержании позы, раскачивание руками, и

только лишь у одного ребёнка трудностей не возникло. Вторую пробу 80% детей выполнили с небольшими пометками и заработали 2 балла. Три и более ошибки совершили 20 % детей и получили по 1 баллу. А именно отмечалось открытие глаз, касание пола ногой, сложности дети чувствовали трудности при держании равновесия и рывки в стороны. При проведении третьей пробы 80 % детей получили 2 балла, так как допустили 1–2 ошибки: открытие глаз до истечения времени и мышечное напряжение при удержании позы. 20 % детей получили по 1 баллу, у них были допущены три, и более ошибок: рывки в стороны, падение, открытие глаз, недержание позы, мышечное напряжение.

По итогам обследования динамической координации движений так же было использовано три пробы. Только Соня выполнила первое задание верно и получила 3 балла, у 60% детей отмечались недочеты в виде ошибок при чередовании шага и хлопка, один ребенок, 20% не смог справиться с заданием после нескольких попыток, подчёркивалось мышечное напряжение, неспособность чередования шага и хлопка. Второе и третье обследование – средний балл 1, 5, задание дети выполнили хуже, чем первое. 40% детей выполнили 2 и 3 пробу на 2 балла, было совершено по 1–2 ошибки: опора на всю ступню и прикасались пола другой ногой, а другие 60% детей не сумели справиться с заданиями.

По итогам обследования темпа было использовано так же три пробы. Первую пробу, (средний балл 1, 6) — это 40% детей, исполнили с небольшими недочетами и получили по 2 балла, а 60% детей не сумели справиться с заданием. Вторую и третью пробу дети выполнили на том же уровне — 1, 4 балла. 40% детей во второй и третьей пробе получили по 2 балла, выполнили задания с ошибками: выполнение со второго раза, неторопливое выполнение. Не сумели справиться с заданиями 60% детей.

При проведении ритмического чувства детям было предоставлено 3 пробы. Анализ полученных сведений продемонстрировал, что средние показатели 1 и 3 пробы равны (1, 8 балла). В этих заданиях дети необходимы

были повторить за педагогом ритмический рисунок карандашом и хлопком. 80% детей выполнили задание с небольшими недочётами, получили 2 балла: воссоздавали ритмический рисунок в ускоренном или замедленном темпе по сравнению с образцом. Не совладали с заданием 20%, не соблюдали нужное количество элементов и воспроизводили неправильный темп. Вторую пробу с небольшими недочётами выполнили 80% детей: повторяли в замедленном темпе. 20% детей с заданием не справились. Третью пробу выполнили с 1–2 недочётами 100% детей: воссоздавали ритмический рисунок в ускоренном или замедленном темпе по сравнению с примером. 20% детей отказались осуществлять задание и получили по 1 баллу.

Анализируя данные обследования, всех детей можно поделить на 3 группы. Ребенок, продемонстрировавший низкие показатели 1,5 балла, вошла в первую группу — Аня. Ей было сложно выполнить все пробы, всех легче ей было исполнить пробы на исследование ритмического чувства, где за все 3 пробы она получили по 2 балла с двумя недочётами.

Во вторую группу попали те дети, у которых показатели были равны 1, 6–1,7 балла — Рома, Ваня и Артём. Заданий с высокими показателями они не продемонстрировали. Весьма популярными ошибками были: покачивание, сохранение равновесия с помощью рук, туловища, подавленность исполнения задания, неверно выбранный темп в осуществлении задания.

В третьей группе дети продемонстрировали следующие результаты. У Сони наивысшие показатели на статической координации движений — 2 балла за все 3 пробы. Отмечались типичные ошибки при выполнении заданий, а именно раскачивание туловищем, руками, неловкость выполнения. Никто из детей не выполнил все задания без каких-либо недочётов.

*Далее выполняется тестирование мелкой моторики.*

Для тестирования состояния произвольной моторики пальцев рук у детей предлагаются следующие пробы:

- исследование статической координации движений;
- исследование динамической координации движений.

Предлагаемые задания выполнялись повторением за логопедом, а после по устной инструкции. Методика и результаты тестирования произвольной моторики пальцев рук у детей представлены в приложении 1.

Анализ данных обследования в таблице 2 (Приложение 2). Для количественной оценки результатов выбрана трёхбалльная система:

Рисунок 3 демонстрирует, что в мелкой моторике у детей в большей степени развита статическая координация, средний балл 2,0–2,6.

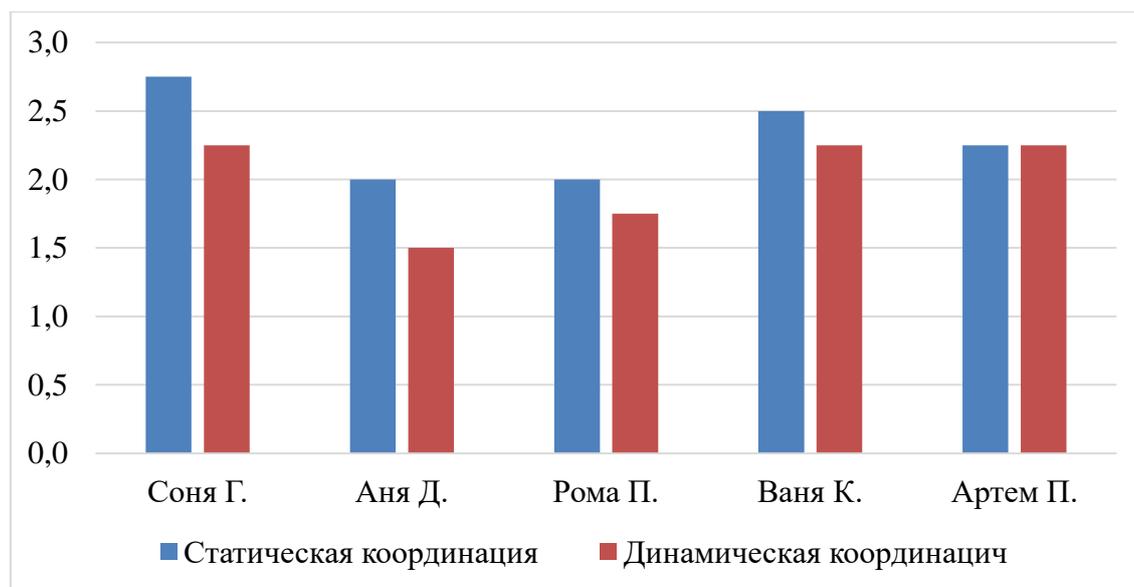


Рис. 3. Результаты тестирования мелкой моторики

Больше всего сложностей возникло с пробой 2, в которой предлагалось выставить первый и пятый пальцы и удержать эту позу. Выполнить конкретную пробу без изъянов, детям не удалось, все 100% допускали неточности в виде отсутствия чёткости и очень медленного темпа выполнения. При тестировании статической координации более лёгкими для детей была первая проба (2,6 баллов) и третья (2,4 баллов). В 1 пробе надо расправить ладонь левой руки и сблизить с пальцами на правой руке, в таком положении удержать вертикально, а в пробе 3 – расправить ладонь, развести все пальцы в стороны и удержать в этом положении под счёт. Наибольший балл, получили 60% детей, остальные 40% детей пробу выполнили на два балла, подмечены такие недочёты, как не удержание позы.

При обследовании статической координации детям было предложено выполнить четыре пробы. Невысокие показатели в статической координации

у Ани и Ромы, это 40%, они получили по 2 балла за вторую и четвертую пробу. К недочётам у них можно отнести: неловкость движений, нарушенный темп, сложность переключения от одного движения к другому, неспособность удержания позы. 60 % детей получили средние показатели по 2–3 балла, недочётами были: зажатость и нарушенный темп движения.

При тестировании динамической координации движений было порекомендовано выполнить четыре пробы. При исследовании, самой лёгкой для детей была первая проба, это сжать в кулак руку и разжать ее, все дети справились с этой пробой и получили 3 балла. Сложно для них оказалась четвёртая проба, 1,6 баллов — поочерёдно соединить все пальцы с большим пальцем, начиная со второго пальца правой руки, за тем левой, обеих рук одновременно. У детей отмечались нарушение переключения от одного движения к другому, зажатость движений, несоблюдение темпа выполнения движения.

У Сони лучшие показатели по развитию мелкой моторики — 2,5 баллов, что является 20% от общего числа детей. Самый невысокий показатель у Ани — 20% от общего числа — 1,7 балла. Средние результаты показали другие дети от 1,8 до 2,3 баллов, что является 60% от общего количества детей. Недочеты наблюдались у всех детей. Проанализировав данные, можно сделать вывод, что мелкая моторика в той или другой степени оказалась нарушенной у всех обследованных детей.

Проведя анализ, дошкольников можно поделить на три группы. В первую группу, продемонстрировав низкие результаты (1,7 баллов), попала Аня. Для нее самыми трудными оказались пробы на динамическую координацию движений — дошкольники не продемонстрировали высоких оценок в данных заданиях. Сложнейшими для Ани были 2, 3 и 4 пробы, где она получила всего по 1 баллу. Самые частые ошибки были: неспособность удержания позы, нарушение переключения, нарушение темпа движения.

Артем, Ваня, Рома попали во вторую группу, набравшие от 1,7 до 2,3 балла. Показав средние результаты в статической и динамической

координации движений, за все пробы они получили по 2–3 балла. Распространенными ошибками были: зажатость, скованность движения, выполнение не под счет.

С большим количеством баллов 2,5, Соня попала в третью группу. Она продемонстрировала наивысший результат в 3 балла на статическую координацию мелкой моторики, основными ошибками при проведении проб были: замедленный темп выполнения задания, скованность движений.

#### *Обследование моторики органов артикуляционного аппарата.*

У детей с фонетико-фонематическим недоразвитием речи и лёгкой степенью псевдобульбарной дизартрии направлено на обследование активного состояния напряженных органов артикуляционного аппарата. Для осуществления обследования двигательных функций и динамической организации артикуляционного аппарата детей предлагаются следующие пробы:

- обследование двигательной функции губ;
- обследование двигательной функции челюсти;
- обследование двигательных функций языка.

Все представляемые задания производились по показу, вслед за тем по словесной инструкции. Способ и итоги исследования двигательных функций органов артикуляционного аппарата показаны в приложении 1.

Для количественной оценки показателей выбрана трехбалльная система:

- 3 балла — правильное выполнение задания;
- 2 балла — при выполнении задания допущено одна – две ошибки;
- 1 балл — при выполнении задания допущено три и более ошибок.

Малый диапазон движений, содружественные движения; излишнее напряжение мышц, слабость движений, саливации, гиперкинезы; смыкание

губ с одной стороны; совершенно неспособность выполнить движение, все эти недочеты отмечались при двигательной функции губ.

При обследовании двигательной функции челюсти были подмечены следующие недочёты: малый объем движения челюсти; имелись содружественные движения, тремор, саливация; невозможность выполнения движений.

Такие недочёты как: малый диапазон движений языка; имелись содружественные движения; медленные, неточные, слабые движения языка; отклонения языка то в одну, то в другую сторону, тремор, гиперкинезы; невозможность удержания языка в одном положении, отмечались при выполнении двигательной функции языка.

Результаты обследования артикуляционной моторики представлены в таблице 3 (Приложение 2).

Показатели, продемонстрированные в таблице 3 (Приложение 2), позволяют сделать вывод о том, что наиболее сохранными у детей оказались двигательные функции губ — от 1,6 до 3,0 баллов. С первой пробой, округлить губы, как при произношении звука [о] и удержать позу под счёт справились 80% детей, это 2,8 балла.

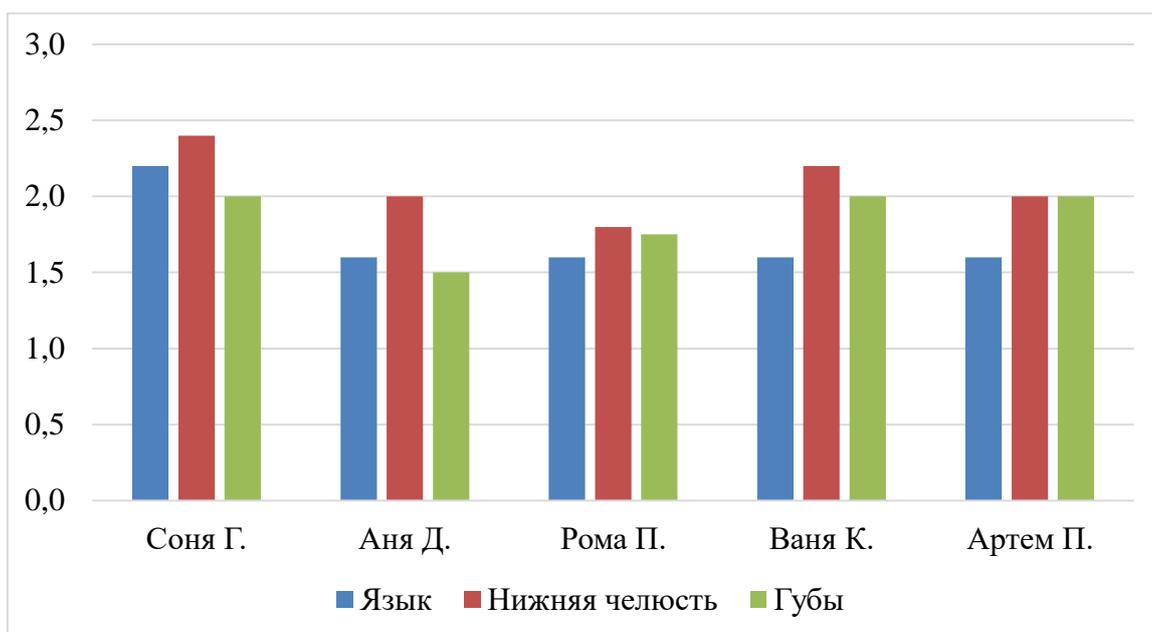


Рис. 4. Результаты обследования артикуляционной моторики

Со второй пробой — растянуть губы в улыбке и удержать позу под счёт, справились все дети, это 100%, (3 балла). Слабее всего дети разобрались с третьей (1,6 балла) и четвертой (1,8 балла) пробой — поднять верхнюю губу вверх и опустить нижнюю вниз, удержать позу, у детей отмечались недочеты в виде неточности движений, проблемы с переключением позы, напряжение мышц, подергивание языка.

Самая лёгкая оказалась первая проба, это обследование двигательных функции челюсти — широко открыть и закрыть рот при произношении звука — с этой пробой разобрались все дети. Четвертая проба оказалось самой непростой задачей для детей— выдвинуть нижнюю челюсть вперёд, справились с заданием 40% детей — это Ваня, Соня, самые частые ошибки отмечались в виде малого объема движения челюсти, саливации. У 60% детей были недочёты в движении челюсти недостаточного объёма, наличие тремора, саливации — это Аня, Рома, Артем, они не справились с заданием и получили по 1 баллу. Остальные пробы были выполнены детьми с одинаковым результатом и получили по 2 балла. Частыми недочетами при выполнении проб были: объем движения был небольшой, робкие движения, саливации. Исследование показало, что значительное число отклонений связано с двигательной функцией языка. У Ани, Ромы и Артёма отмечается слабость кончика языка они получили по 1 баллу. Самой легкой для детей оказалась первая и вторая проба — положить широкий язык на нижнюю губу под счёт и переводить кончик языка поочерёдно из правого угла рта в левый угол, касаясь губ. Очень плохо справились дети с третьей пробой — сделать язык «лопатой», а затем «иголочкой», язык их «не слушался».

Лучше всего артикуляционная моторика развита у Сони — 2, 3 балла это 20% от общего числа детей. У Ани и Ромы самый низкий показатель — 1,8 балла, а это 40% от общего числа детей. Средний результат показали 40% детей, это 2 балла. Недочёты при выполнении проб были выявлены у всех детей.

Проанализировав результаты, детей можно условно поделить на три группы, в первую группу вошли Аня, Рома с самым маленьким результатом, набравшие 1,8 балла. Сложнейшими для них были обследования нижней челюсти и языка, из недочётов: истощаемость движений, чрезмерное напряжение мышц, саливации, неточные движения языка, движения челюсти недостаточного объёма, медленные. Пробы на исследование губ были для них самыми лёгкими.

Вторую группу составили дети Ваня и Артём, набравшие 2 балла. Для данной группы детей самыми доступными заданиями оказались направленные на изучение работы мышц губ. Другие задания выполняли со следующими недочётами, такими как: излишнее напряжение мышц, истощаемость движений, саливации, а самыми тяжёлыми оказались пробы на обследование работы мышц языка.

В третью группу попал ребенок, показавший самый хороший результат — 2,3 балла — это Соня, с тремя направлениями она справилась хорошо, за все пробы получила по 2 и 3 балла. Пробы на исследование нижней челюсти оказались сложнее всего, недочётами были: возникновение содружественных движений, тремора, саливации.

По данному обследованию, можно сделать вывод, что у всех обследуемых детей есть нарушения артикуляционной моторики. А нарушение артикуляционной моторики характеризуется основой нарушения звукопроизношения.

#### *Результаты обследования звукопроизношения*

При обследовании звукопроизношения применялись задания, позволяющие определить, как дети произносят звуки в различных фонетических условиях – изолированно, в слогах, в словах, в собственной речи. «Альбом для логопеда» О.Б. Иншаковой, очень помог во время исследования детей функций речи. Анализ звукопроизношения исходил от методики Н.М. Трубниковой.

На фоне очередных аспектов проводилось обследование звукопроизношения. Первое, на обозрение ребенка предоставлялись картинки, которые он видит уже не впервые, и самое главное, там должен присутствовать знакомый для него звук. Расположение звуков в слове немаловажно, изначально должен стоять он в начале, посередине и в конце. Данное задание говорит, об особенности повреждения произношения звука, а также возможность распознавать его. Второе, факт проговаривание звука по слуху. Контролируемый звук, проговаривают отдельно в слогах, на предметное изображение, использование звука в самостоятельной речи ребенком, можно выловить особенность проблем во время произношения звука.

Пробы и материал предоставлен в приложении 1.

Расценивание звукопроизношения в шкале баллов:

- 3 балла – правильное произношение всех звуков;
- 2 балла – неправильное произношение одной-двух фонетических групп;
- 1 балл – неправильное произношение трёх и более фонетических групп.

Полученные итоги отражены в таблице 4 (Приложение 2).

Видя показатели продемонстрированные в таблице 4, можно сделать вывод, что нарушение произношения свистящих и шипящих звуков наблюдается у 100% детей; нарушение произношения звуков [р] наблюдается у 20% детей, а у 80% детей отсутствует; у 40% детей нарушено произношение звука [л].

У Сони, Ани, Ромы имеется межзубный сигматизм — это 60% от общего количества детей. Артем — заменяет звуки, Ваня смягчает звуки, а это по 20% от общего количества детей.

Все дети имеют трудности в ряде свистящих звуков, это 100% детей, Соня имеет межзубный сигматизм, а 80% детей — замена звуков ([ш] – [с]; [ж] – [з]).

У Ани, Артема, Рома, Соня при обследовании звука [p] было обнаружено, что звук нарушен у 20% детей: у Вани — замена звука ([p] – [л], [p'] – [л']), а у 80% детей звук [p] отсутствует.

После анализа показанных в таблице 4 (Приложение 2) данных было проведено соотнесение групп звуков, нарушенных у детей. Было установлено, что произношение одних звуков страдает чаще, такой как звук [p] — 100%, иных — реже, звук [л] — 40% (рисунок 5).

Как видно из таблицы 4 (Приложение 2), дефектное произношение звуков одной фонетической группы (моморфное нарушение звукопроизношения) не наблюдается, у всех детей полиморфное нарушение, повреждены два и более звука, которые исходят из категории фонетики (100%).

На рисунке 6 показано процентное соотношение детей с моморфным и полиморфным нарушением звукопроизношения. У всех обследуемых детей наблюдается полиморфное нарушение звукопроизношения.

Нам важно было узнать, как соотносятся в процентном отношении антропофонические (отсутствие, искажение звуков) и фонологические (замены, смешения звуков) дефекты у детей.

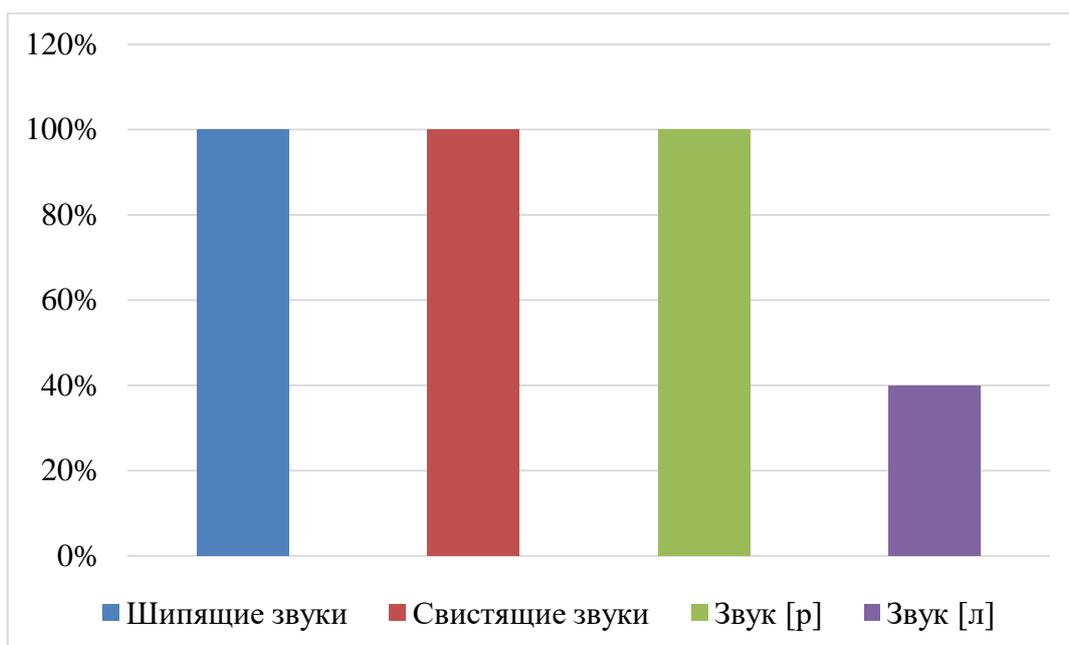


Рис. 5. Распределение нарушенных звуков у обследуемых детей в процентном соотношении

Как видно на рисунке 8, антропофонические дефекты звуков наблюдается у 60% по типу межзубного (Соня, Аня, Рома), фонологические у 100 % детей, при этом отсутствие звука [р] отмечается у 60% детей.

У обследуемых детей дефекты звукопроизношения возникли в результате нарушения иннервации речевого аппарата, а именно в

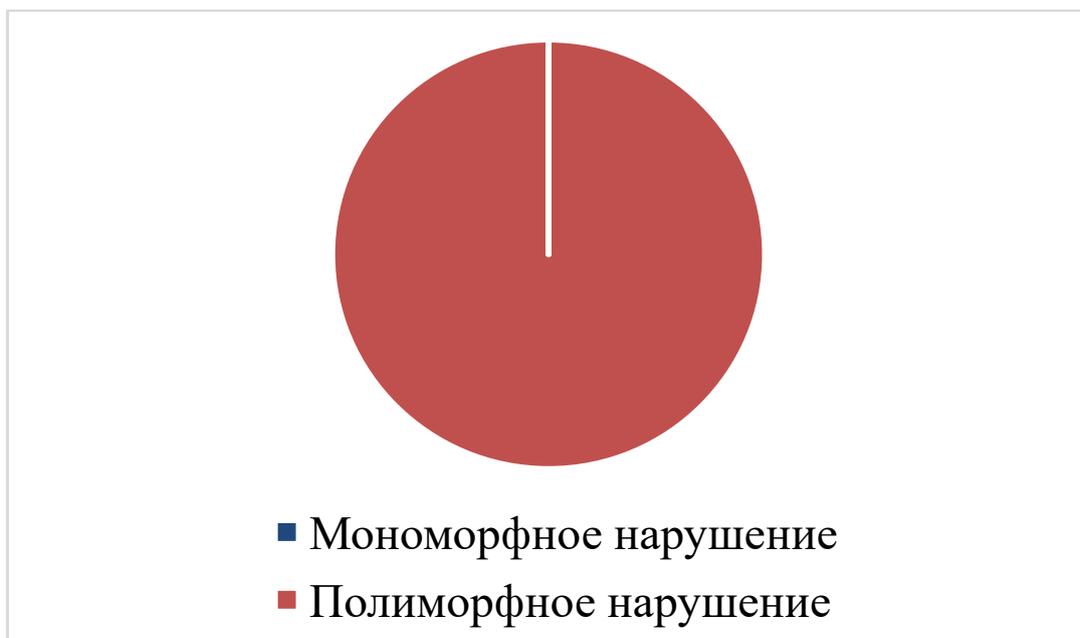


Рис. 6. Соотношение полиморфного и мономорфного нарушения звукопроизношения

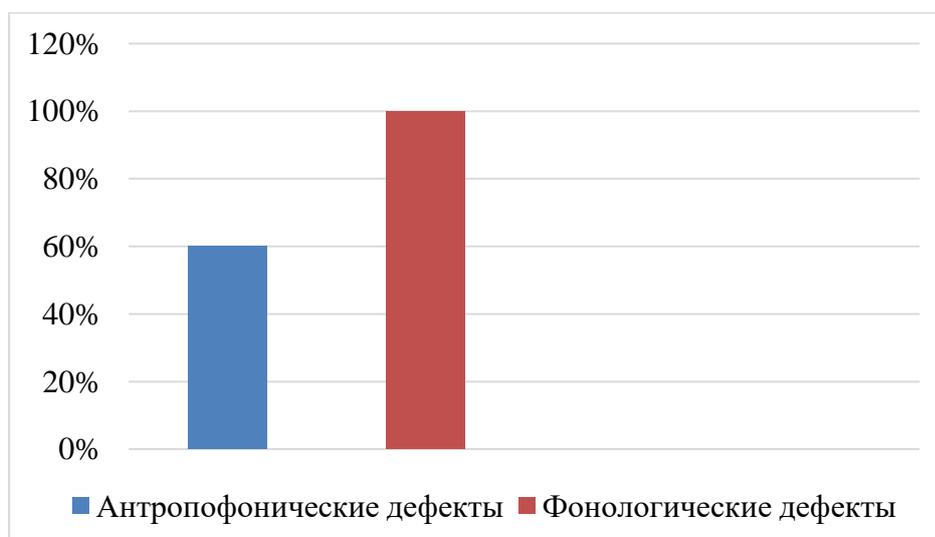


Рис. 7. Соотношение антропофонических и фонологических дефектов у детей

недостаточной подвижности языка; нарушении мышечного тонуса и недостаточного координирования в работе отдельных частей языка. В соответствии с этим движение языка ограничены, и выполнение ряда артикуляционных укладов для детей возможно частично либо недоступно совсем. Собственно, что и сказалось на плохом произношении звуков.

*Результаты обследования фонематического слуха.* Фонематический слух — это тонкий, систематизированный слух, позволяющий отличать и различать фонемы родного языка. Фонематический слух считается частью физического слуха, ориентирован на сопоставление и сравнение слышимых звуков с их образцами. Состояния фонематического слуха у детей обследуется используя задания, позволяющие определить возможности к дифференциации звуков речи по следующим акустическим признакам:

- звонкость-глухость;
- твёрдость-мягкость;
- соноры [р] – [л];
- свистящие-шипящие.

Задания представлены в приложении 1.

Результаты исследования оценивались по трехбалльной системе:

- 3 балла – отсутствие нарушений;
- 2 балла – не различение одного-двух акустических признаков звуков;
- 1 балл – не различение трёх и более акустических признаков звуков.

В таблице 5 (Приложение 2) представлены результаты обследования фонематического слуха.

Не сформированность фонематического слуха отмечается у всех детей, а это 100%. Самым простым акустическим признаком у детей оказался признак по звонкости-глухости и твердости-мягкости. Сложным для обследуемых детей оказалось различать соноры 60%, справились Рома и Артём, и свистящие-шипящие звуки 20% — Соня. У 80% детей по этому

признаку обозначены нарушения: замена и смешение букв [с] – [ш]; [з] – [ж]; [с'] – [ш]; [р] – [л]; [р'] – [л']. Анализ итогов представлен на рисунке 8.

Звуки, которые дети проговаривали искаженно (межзубный сигматизм), хорошо распознавались детьми на слух, что характерно для детей с антропофоническим дефектом речи, когда звук произносится, не

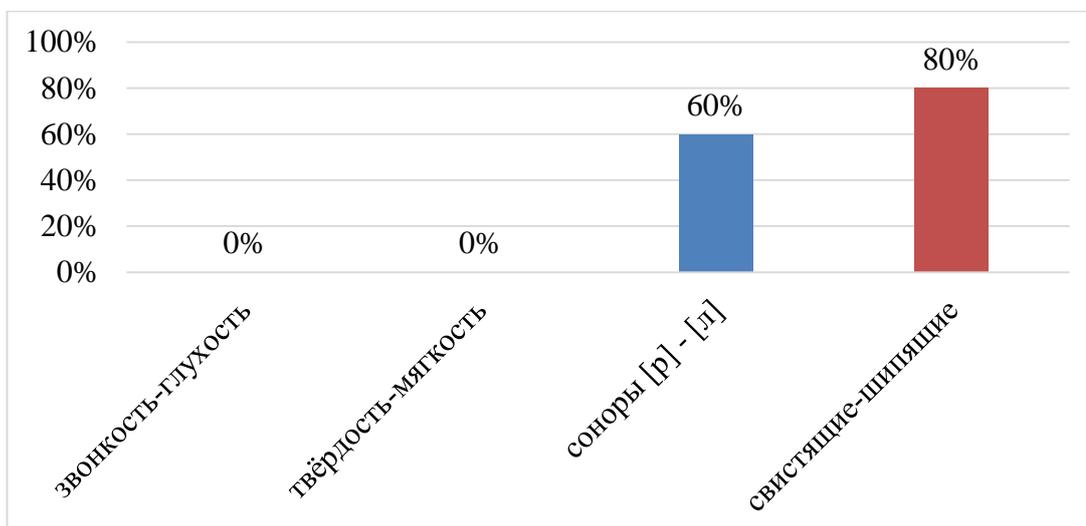


Рис. 8. Анализ результатов обследования фонем, не дифференцируемых по акустическим признакам

нормировано, не по причине неразличения его акустических признаков, а в связи с неправильно сложившимся артикуляционным укладом данного звука. Таким образом, функций фонематического слуха нарушены у всех детей.

#### *Результаты обследования фонематического восприятия*

Фонематическое восприятие — это способность различать фонемы и определять звуковой состав слова, т. е. производить умственные операции по звуковому анализу.

При обследовании фонематического восприятия, звуко-слогового анализа и синтеза было установлено не сформированность у всех детей (100%).

Для обследования состояния фонематического восприятия у детей применялись следующие задания:

- определение последовательности звуков в слове (1 проба);
- определение количества звуков в слове (2 проба);

- определение места звука в слове (3 проба).

Содержание проб на обследование состояния фонематического восприятия у детей представлено в приложении 1.

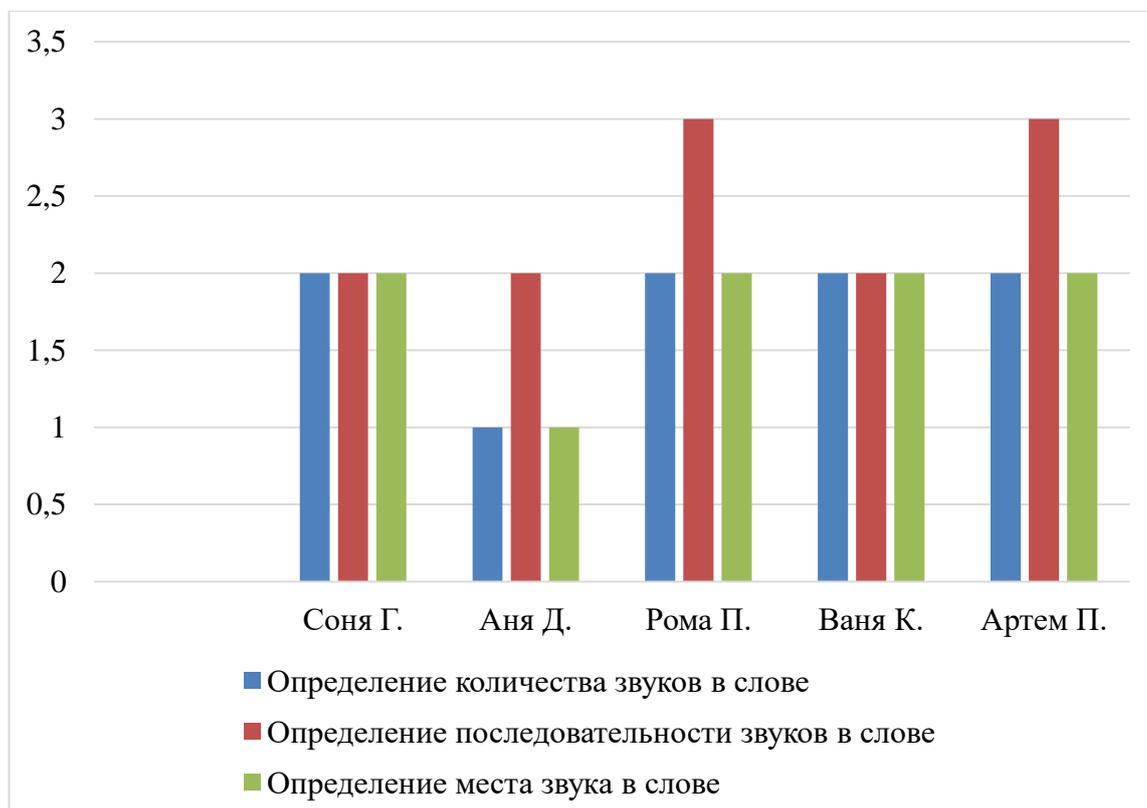
Критерии оценки полученных результатов:

- 3 балла – правильное выполнение всех заданий;
- 2 балла – ошибки в выполнении одного-двух заданий;
- 1 балл – ошибки в выполнении трёх и более заданий.

Результаты обследования фонематического восприятия представлены в таблице 6 (Приложение 2).

По результатам обследования приведенных в таблице 6 (Приложение 2), можно сделать вывод, что лучше всего у детей сформирована операция по определению последовательности звуков в слове, средний балл — 2,4. Операция которая сформирована хуже, это определение количества звуков и место звука в слове, средний балл 1,8. Без ошибок с данными заданиями никто из детей справился.

Результаты обследования фонематического восприятия представлены на рисунке 9.



### Рис. 9. Результаты обследования фонематического восприятия

Рома и Артем лучше всех справились, это 40% детей, получившие 2,3 балла. Аня справился хуже всех, это — 1,3 балла (20%). Остальные дети (40%) показали средние показатели по звуковому анализу и синтезу — 2 балла.

Таким образом, мы можем сделать вывод, что функции фонематического восприятия у обследуемых детей сформированы недостаточно.

Далее сопоставим данные о моторике, звукопроизношении и фонематических процессах. У детей участвовавших в констатирующем исследовании наблюдаются нарушения со стороны моторной сферы, звукопроизношения, фонематического слуха и фонематического восприятия.

Группа была символически разбита на 3 группы (низкий, средний и высокий уровень развития). Видна взаимосвязь между уровнем развития моторной сферы и звукопроизношением. Дети, демонстрирующие низкие баллы по уровню формирования общей, мелкой и артикуляционной моторики, имеют самые большие проблемы в звукопроизношении, чем дети, которые имеют высокую степень формирования моторной сферы. У всех ребят обнаружены нарушения моторной сферы общей, мелкой и артикуляционной моторики. У всех исследуемых детей с дизартрией наблюдается нарушение звукопроизношения. Все обследуемым детям свойственно полиморфное нарушение звукопроизношения 100%, от общего числа всех нарушений, 60% составляет антропофонический дефект, а 100% – фонологический. Все дети испытывали наибольшие трудности в овладении сонорными звуками – 100% детей. Также имеются и нарушения свистящих и шипящих звуков по типу замен, смешений, отсутствия звука. Нарушения звукопроизношения ведут за собой недоразвитие фонематического слуха относительно дефектных звуков.

Видна связь между звукопроизношением и фонематическими процессами. При нарушенном звукопроизношении дети в 80% случаев и

содержат мало сформированные фонематические слух и восприятие. Таким образом, существует взаимосвязь между неречевыми и речевыми функциями, потому как неречевые функции формируют базу для функционирования речевых звуков.

По показателям, видно, что у большинства детей страдает общая моторика, возможно, обнаружить при выполнении движений статической и динамической координации, а также в пространстве. Мелкая моторика, так же плохо развита, свойственно наличие полиморфного повреждения во время произношения звуков. Поврежденное звукопроизношение, влечёт к проблемам фонематического слуха, у всех обследованных детей обнаружился нарушенным фонематический слух и фонематическое восприятие.

Полученные данные подтверждают педагогический диагноз — фонетико-фонематическое недоразвитие и клиническую форму речевой патологии — лёгкую степень псевдобульбарной дизартрии.

Это и является потребностью разработки содержания совместной работы учителя-логопеда и воспитателя, с целью коррекции фонетико-фонематического недоразвития речи у детей старшего дошкольного возраста с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии. При этом следует учесть, что специальные образовательные потребности у детей представленной категории задаются спецификой нарушения психоречевого развития и характеризуют особую логику построения образовательного процесса, находят свое отражение в структуре и содержании образования.

### **Выводы по 2 главе**

Таким образом, по результатам констатирующего эксперимента можно сделать выводы, что у детей дошкольного возраста с псевдобульбарной дизартрией присутствуют следующие нарушения моторной сферы: пространственной организации двигательного акта; темпа, ритма; напряженность, зажатость движений в мелкой моторике пальцев рук; двигательной памяти, переключаемости движений; координации движений

(статической, динамической); двигательных функций артикуляционного аппарата; присутствие содружественных движений; дифференциации движений.

Так же у детей присутствуют нарушения в процессе фонематического слуха и восприятия. Самые большие проблемы у детей вызывали узнавание и различение звуков, близких по способу образования, месту образования и по акустическим признакам: свистящих, шипящих и соноров [р] и [л]. вследствие чего проявляются явные сложности в восприятии речи, плохо сформирован активный словарь, из-за чего и случаются сложности в словообразовании, образовании падежных форм существительного, применение в единственном или множественном числе. Из полученных данных обследования можно с уверенностью подтвердить фонетико-фонематическое недоразвитие у дошкольников и клиническую форму патологии — псевдобульбарная дизартрия. Это и считается потребностью в проведении логопедической работы по коррекции фонетико-фонематических процессов у детей дошкольного возраста с псевдобульбарной дизартрией.

### **ГЛАВА 3. СОДЕРЖАНИЕ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ФОНЕТИКО-ФОНЕМАТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЛЕГКОЙ СТЕПЕНЬЮ ПСЕВДОБУЛЬБАРНОЙ ДИЗАРТРИИ**

#### **3.1. Теоретическое обоснование, организация и принципы взаимодействия учителя-логопеда и воспитателя в работе по коррекции фонетико-фонематического недоразвития речи у старших дошкольников с дизартрией**

Яркой тенденцией в модернизации образования является гарантия государством доступности и равных возможностей для детей с ограниченными возможностями получить всестороннее образование. Поэтому дети с речевыми и языковыми сложностями необходимо получать своевременную и квалифицированную коррекционно-логопедическую помощь в дошкольных учреждениях. В то же время вопрос поиска действенных методов работы с языковой коррекцией становится все более актуальным.

Сложности в речевом развитии детей можно преодолеть только при тесном сотрудничестве и единстве требований специалистов. Особую роль в логопедической команде играет сотрудничество между логопедом и воспитателем дошкольного учреждения.

Цели совместной деятельности учителя-логопеда и воспитателя дошкольного учреждения представлены на рисунке 10.

Основные виды организации совместной деятельности учителя-логопеда и воспитателей продемонстрированы на рисунке 11.

Проблемы коррекции фонетико-фонематического недоразвития речи рассматривали такие авторы, как Е. Ф. Архипова, Г. А. Каше, Л. В. Лопатина,

О. В. Правдина, Т. В. Туманова, Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина, А. В. Ястребова и другие авторы [2;19;22;28;35;38].

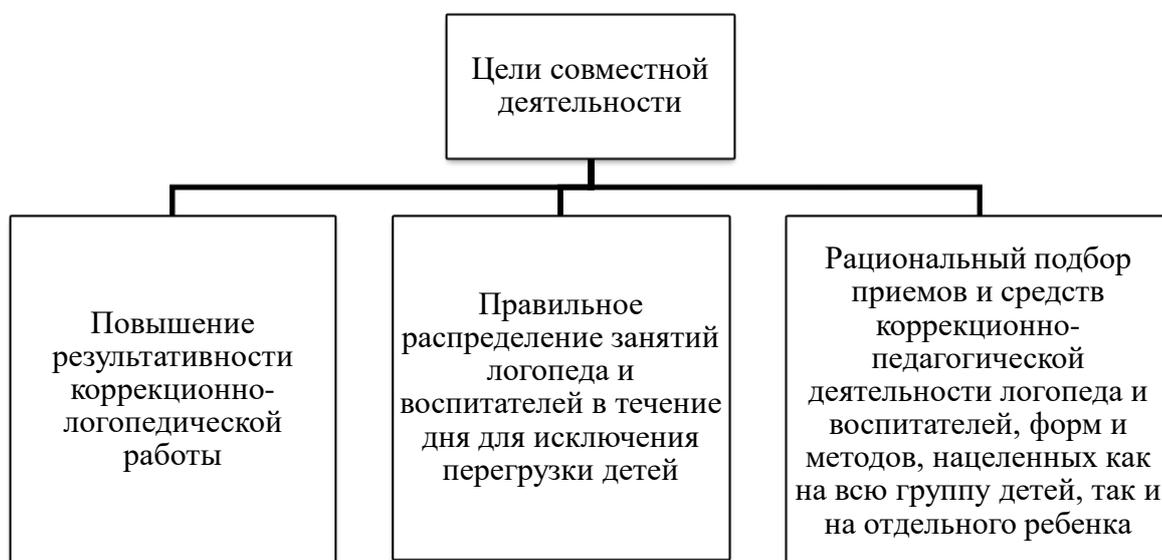


Рис. 10. Цели совместной деятельности логопеда и воспитателя дошкольного учреждения [22]

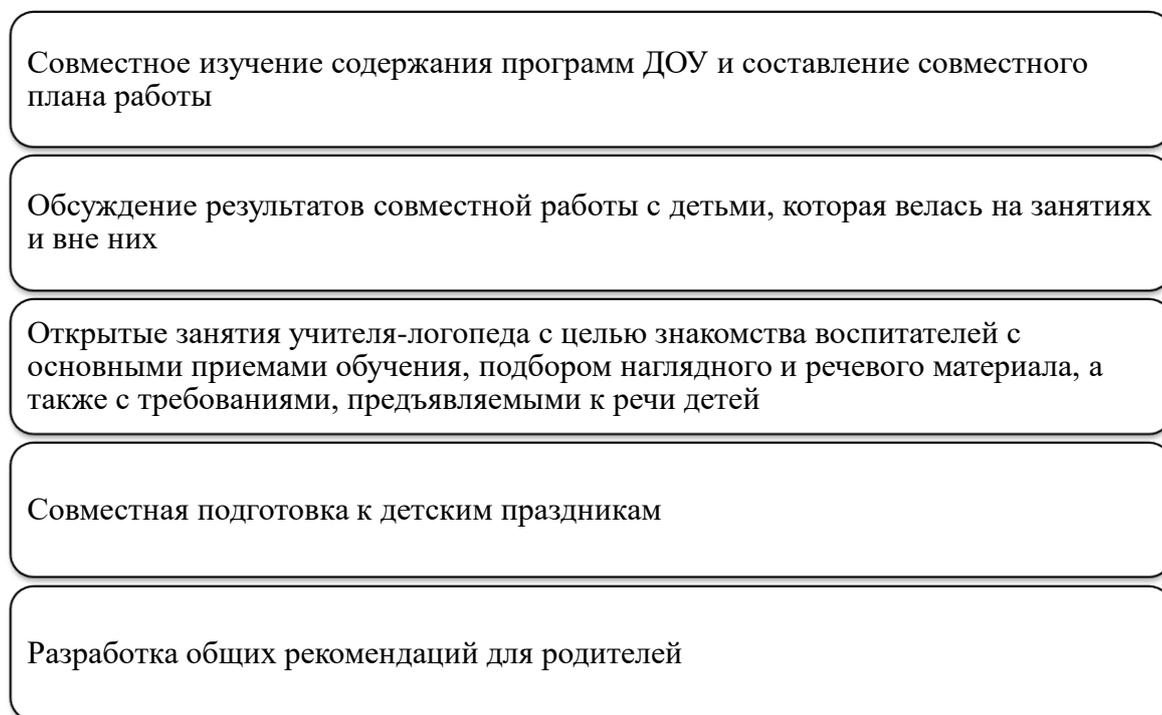


Рис. 11. Основные виды организации совместной деятельности учителя-логопеда и воспитателей [22].

Л. В. Лопатина и Н. В. Серебрякова предлагают методику по

преодолению фонетико-фонематического недоразвития речи у детей с дизартрией. Она состоит в следующем:

1. Совершенствование мелкой моторики и движений артикуляционного аппарата.
2. Работа над формированием правильного произношения звуков, а также их автоматизации.
3. Совершенствование интонационной выразительности речи детей.
4. Работа над улучшением восприятия устной речи [19].

При устранении фонетико-фонемного недоразвития у дошкольников с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии основное внимание уделяется обучению правильной артикуляции и развитию фонематического восприятия ребенка. В итоге потребности в воспитании меняются методы и приемы преподавания педагогов. Поэтому наглядные и практические методы и приемы наиболее доступны детям с речевыми и языковыми трудностями на начальных этапах. Устные методы (рассказывание историй, беседы) вводятся позднее.

Г. А. Каше, Т. В. Туманова, Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина [21;26;35;38] доказали, что система обучения детей дошкольного возраста с ФФНР включает в себя такие компоненты, как коррекция звукопроизношения, формирование фонематического восприятия, а также подготовка к обучению грамоте. В коррекционном обучении выделяют три раздела:

1. Артикуляторный (подготовительный) раздел включает в себя работу по уточнению артикуляционной основы сохранных и простых в артикуляции звуков для дальнейшего развития фонематического восприятия, звукового анализа.

2. Дифференцированный раздел, который подразделяется на 2 этапа.

На первом этапе каждый, верно, произносимый звук сравнивается на слух с близкими акустически или артикуляционными звуками.

На втором этапе после того, как усвоена артикуляция второго звука из пары взаимозаменяющихся звуков, дифференциация осуществляется в

произношении.

### 3. Формирование звукового анализа и синтеза.

При логопедической работе специалисты рекомендуют комплексный подход. Данный подход предполагает как развитие речи, так и работу над развитием сенсорных и психических функций. О. В. Правдиной предложена методика логопедической работы. Данная методика включает в себя массаж, специальную логопедическую гимнастику, а также выработку и автоматизацию навыков звукопроизношения [28].

В совместной деятельности взрослых и детей, а также в свободной самостоятельной деятельности детей целесообразно предусмотреть место для логопедических занятий в малых группах, в которых должны располагаться доски и печатные игры для формирования правильных воздушных потоков и развития невербальных процессов.

Характерной особенностью позитивной деятельности педагога то, что помимо обучения, развития и воспитания, он играет и коррекционную роль.

Воспитатели включают некоторые элементы логопедических занятий в занятия по развитию речи и вечернюю работу.

Коррекционная работа также проводится воспитателями во время ежедневного труда, самообслуживания, прогулок, выходов на улицу, игр и занятий и значима тем, что дает возможность применять вербальное общение, чтобы закрепить языковые навыки ребенка в процессе жизнедеятельности.

Педагоги должны создавать условия для развития речевой деятельности и языкового общения детей. Поэтому основой правильного, педагогически обоснованного взаимодействия воспитателей и логопедов, совместно работающих над коррекцией речи детей, является создание доброжелательной и эмоционально положительной обстановки в группе.

Работа по коррекции ФФНР у детей с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии должна проводиться систематически. Данная работа на первом этапе направлена на приведение в норму мышечного

тонуса артикуляционного аппарата, развитие моторики и речевого дыхания, а также голоса и просодики. На втором этапе работа направлена на развитие фонематического слуха, постановку, автоматизацию и дифференциацию нарушенных звуков. На третьем этапе работа направлена на выработку коммуникативных умений и навыков. На четвертом этапе предупреждаются или преодолеваются вторичные нарушения. На пятом этапе проводится подготовка к школьному обучению.

Развитие речи приобретает решающее значение для интеллекта и уровня грамотности человека. Правильная, грамотная речь демонстрирует, готовы ли дети к школе и могут ли они успешно овладеть грамотой и чтением [32].

Логопедическая работа по преодолению ФФНР опирается на следующие принципы:

*Этиопатогенетический принцип* или принцип учета происхождения и механизмов нарушения речи. Во время логопедической работы необходимо учитывать совокупность всех факторов, которые обуславливают их возникновение. Это такие факторы, как внутренние, внешние, биологические и социально-психологические.

*Принцип системного подхода* и учета структуры речевого нарушения. Этот принцип говорит о необходимости учитывать в логопедической работе структуру дефекта. Необходимо определить ведущее нарушение, соотнести первичные и вторичные симптомы.

*Принцип дифференцированного подхода* – осуществляется на основе учета происхождения, механизмов и симптоматики нарушения, а также индивидуальных особенностей ребенка, учета его возраста, структуры речевого дефекта.

*Принцип поэтапного формирования* – в процессе логопедического воздействия учитываются уровень развития речи, познавательной деятельности, а также особенности моторики и сенсорной сферы данного ребенка.

*Принцип развития* подразумевает учет и постановку задач, планирование этапов, учет трудностей, находящихся в зоне ближайшего развития ребенка.

*Онтогенетический принцип* предполагает организацию коррекционной работы на базе закономерностей формирования форм и функций речи в онтогенезе.

*Принцип деятельностного подхода* предполагает, что работа по коррекции нарушений речи должна учитывать ведущую деятельность ребенка. Отметим, что в дошкольном возрасте ведущая деятельность – игра.

Целью коррекционной работы является коррекция фонетико-фонематического недоразвития речи у старших дошкольников с псевдобульбарной дизартрией.

Хотя логопеды играют ведущую роль в коррекции фонетико-фонематического недоразвития речи у дошкольников с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии, задачи воспитателя также важны и тесно связаны с задачами логопеда. К ним относятся:

- 1) нормализация функции дыхания;
- 2) воспитание артикуляционных навыков;
- 3) нормализация просодики;
- 4) коррекция звукопроизношения;
- 5) развитие умений дифференцировать звуки на слух;
- 6) развитие фонематического восприятия и фонематического слуха.

Таким образом, при подборе общих подходов к организации коррекционного воздействия были учтены все направления по устранению нарушений речи с учётом клинического диагноза, определены пути и условия коррекционной работы.

Деятельность педагогов и логопедов, при правильном планировании, гарантирует надлежащее закрепление материала в различных видах деятельности ребенка. Такое взаимодействие создает вокруг ребенка общую коррекционно-развивающую среду. Психологическая атмосфера детской

группы укрепляет уверенность в своих силах, помогает развеять негативные эмоции, связанные с речевыми трудностями, и развивает интерес.

### **3.2. Содержание логопедической работы по коррекции фонетико-фонематического недоразвития речи у детей старшего дошкольного возраста с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии**

Такие деятели как, Г.А. Каше, Г.В. Туманова, Т.Б. Филичева, в коррекции фонетико-фонематического недоразвития речи у дошкольников с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии, включают коррекцию звукопроизношения, формирование фонематических процессов и начальные этапы подготовки к обучению грамоте [27;35].

Логопедическая работа по коррекции фонетико-фонематического недоразвития речи у дошкольников с псевдобульбарной дизартрией заключалась в составлении перспективного плана для каждого ребенка. Индивидуальные планы коррекционной работы на детей представлены в приложении 3.

Работа, проводимая на индивидуальных занятиях, ориентирована на формирование артикуляционной моторики, постановку проблемных звуков и развитие фонематических процессов. Эта работа проводится с учетом индивидуальных возможностей каждого ребенка.

Сделав выводы по констатирующему эксперименту, работа осуществляется над всеми компонентами речи - моторной сферой, звукопроизношением и фонематическими процессами.

*На подготовительном этапе:*

1. Развитие общей моторики.

Развитие общей моторики направляется на развитие статической, динамической координации движений, развитие ритмического чувства.

Для развития общей моторики составляется комплекс упражнений,

который включает в себя: специальные комплексы физических ритмических упражнений, подвижные игры на координацию движений. Так же можно использовать логоритмические речедвигательные упражнения. Они подбираются как индивидуально, так и для всех детей в группе с постепенным усложнением заданий.

## 2. Развитие мелкой моторики.

Для развития мелкой моторики составляется комплекс упражнений, где ведется последовательная систематическая работа по развитию и совершенствованию мелкой моторики. У детей создаются благоприятные условия для нормального развития фонетической стороны речи, что очень важно в нашем случае, это и является частью подготовки к обучению в школе.

## 3. Развитие артикуляционной моторики.

Артикуляционная моторика проводится посредством артикуляционной гимнастики: проводятся упражнения для формирования двигательных функций нижней челюсти, губ и языка. Для постановки звуков осуществляется переход к артикуляционной гимнастике с функциональной нагрузкой, содержащей специальные упражнения. Из комплекса упражнений выбираются те, которые имеют значение для коррекции конкретных звуков. Например, для коррекции произношения звука [с] применяются следующие упражнения: Забор – Окно – Мост – Забор – Холодный ветер.

### *Основной этап*

4. Коррекция нарушений звукопроизношения (постановка звуков, автоматизация, дифференциация).

Постановка звуков производится с использованием различных приёмов представленные в приложении 4:

- по подражанию;
- от опорного звука;
- смешанным способом.

После постановки определённого звука проводится автоматизация

звука. Автоматизация проходит в определённой последовательности: произношение звука; автоматизация звука в слогах; автоматизация звука в словах; автоматизация звука в словосочетаниях, предложениях, текстах.

При произношении звука используют звукоподражания; при автоматизации звука в слогах могут быть представлены картинки, на каждой из которых написан слог со звуком; при автоматизации звуков в слогах последние повторяются детьми после предъявления; при автоматизации в словах применяются различные игры, благодаря которым слова с автоматизируемым звуком многократно повторяются детьми.

При автоматизации на уровне предложения дети повторяют предъявляемые предложения, исправляют деформированные предложения или составляют свои. Так же в текстах дети повторяют чистоговорки, пересказывают короткие тексты и составляют рассказы на заданную тему.

Приёмы автоматизации, представлены в приложении 4.

После автоматизации, в случае замен или смешения звуков, происходит дифференциация поставленных звуков в произношении с оппозиционными фонемами. При дифференциации в изолированном виде производится анализ артикуляции смешиваемых звуков, сравнение сходных и отличительных признаков артикуляции с фиксацией внимания на отличительных признаках, при этом используя звукоподражания.

Осуществляется работа по дифференциации смешиваемых звуков на слух. Затем звуки дифференцировались в слогах различной структуры. После этого дифференциация смешиваемых звуков происходила на материале слов, при этом используются такие приёмы, как раскладывание картинок в разные коробки в зависимости от того, какой звук есть в их названиях, объяснение значения слов, отличающихся одним звуком; так же используются картинки для замены звука в слове, например : заменить звук С на звук Ш: Усы — уши, крыска — крышка, кашка — каска, миска — мишка. Ребёнок ищет картинки и объясняет, где что нарисовано и где находится звук.

При дифференциации в предложениях дети повторяют предложения,

насыщенные дифференцируемыми звуками, составляют предложения со словами, содержащими оба смешиваемых звука. При дифференциации в текстах дети проговаривают скороговорки, пересказывают тексты, насыщенные смешиваемыми звуками, составляют рассказы по серии сюжетных картинок. Приёмы дифференциации смешиваемых звуков и речевой материал представлены в приложении 4.

#### 5. Формирование фонематических процессов.

Проводится работа по развитию фонематического слуха и навыков звукового анализа.

Фонематический слух совершенствуется на всех этапах путем тренировки дифференциации заданных или уточненных звуков в артикуляции. Выбор и применение методов обучения определяется характером речевого нарушения, содержанием, целями и задачами коррекционно-логопедического воздействия, этапом работы, возрастными и индивидуально-психологическими особенностями ребенка [40].

Для развития фонематического слуха:

- Игра «Поймай звук». Называются звуки (слоги, слова), в которых содержится нужный звук и ребенок, услышав его должен выполнить какое-либо действие (присесть, хлопнуть в ладоши, поднять руку и т. д.).
- «Найди место звука в слове». Ребенок может передвигать фишку по дорожке из цветного картона, разделенной на 3 части.
- Для того чтобы определять количество слогов в слове дети учатся отхлопывать, отстукивать ритмический рисунок дву- и трехсложных слов.

Задания по основным направлениям коррекционной работы представлены в приложении 6.

Таким образом, логопедическое воздействие помогает обучающимся устранить некоторые недостатки.

Индивидуальный план коррекционной работы представлен на одного

ребёнка в таблице 9. Остальные планы коррекционной работы представлены в приложении 3.

Таблица 9

Перспективный план индивидуальной коррекционной работы для Сони (6,2) с фонетико-фонематическим недоразвитием речи и с псевдобульбарной дизартрией

Название коррекционной работы	Содержание коррекционной работы
Общая моторика	1. Статическая координация движений (работа над удержанием поз). 2. Развитие динамической координации движений. 3. Нормализация темпа. 4. Развитие ритмического чувства.
Мелкая моторика	1. Статическая координация движений (работа над удержанием поз). 2. Динамическая координация движений (работа над переключаемостью, плавностью движений).
Артикуляционная моторика	1. Двигательные функции губ (увеличение диапазона движений): поднять верхнюю губу вверх (видны верхние зубы), удержать позу; опустить нижнюю губу вниз (видны нижние зубы), удержать позу. 2. Двигательные функции языка (работа над удержанием позы, переключаемостью движений языка, удержанием языка за верхними зубами; увеличение диапазона движений). 3. Двигательные функции нижней челюсти (увеличение диапазона движения челюсти вправо-влево и вперёд).
Звукопроизношение	Постановка свистящих, шипящих звуков, звуков [p], [p']. Автоматизация свистящих, шипящих звуков, звуков [p], [p']. Дифференциация звуков [p] – [л], [p'] – [л'].
Развитие просодической стороны речи	Формировать правильное дыхание; формировать звонкий, сильный голос; формировать плавность и слитность произношения; формировать навык владения голосовыми модуляциями; развивать слуховой контроль; развитие дыхания (продолжительность, постепенность и целенаправленность); воспроизведение чистоговорок, загадок и поговорок громко, умеренно и тихо; работа над скороговорками, следуя за чёткой артикуляцией (вначале в медленном темпе, а потом в обычной разговорной манере).
Фонематический слух	Дифференциация звуков [p]-[л], [p']-[л']
Фонематическое восприятие	Операции по определению количества и последовательности звуков в словах, определению места звуков в словах. (Количество: ромашка. Определение места звуков: танкист)

Таким образом, работа над фонетико-фонематической стороной речи у дошкольников с лёгкой степенью псевдобульбарной дизартрии включает в

себя постановку нарушенных звуков, их автоматизацию и дифференциацию, развитие фонематического слуха и фонематического восприятия, а также нормализацию тонуса мышц органов артикуляции, работу по развитию общей, мелкой и артикуляционной моторики, работу по развитию фонологического дыхания, голоса и интонации.

### **3.3. Содержание совместной работы учителя-логопеда и воспитателя по коррекции фонетико-фонематического недоразвития речи у детей старшего дошкольного возраста с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии**

Педагоги группы и учителя-логопеды должны работать в тесном контакте, стремясь создать единый подход в коррекционно-воспитательной работе.

Вся коррекционно-воспитательная работа в дошкольном учреждении проводится на специальных занятиях и в повседневной жизни.

*Особенности работы логопеда и воспитателя по развитию фонематического слуха и фонематического восприятия.*

В работе по формированию фонематического восприятия можно выделить четыре этапа. Этапы по формированию фонематического восприятия представлены на рисунке 12.

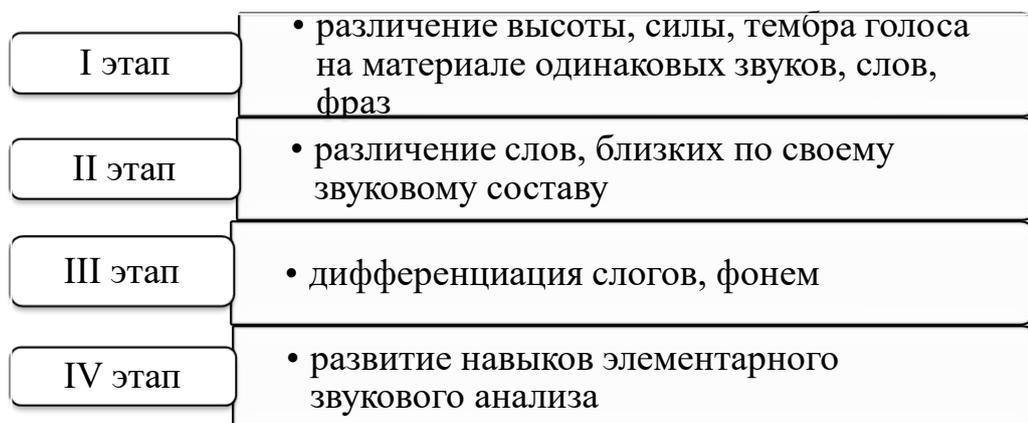


Рис. 12. Этапы по формированию фонематического восприятия

Работа над фонематическим восприятием начинается с развития слухового внимания и слуховой памяти. Неспособность слушать речь других людей является одной из причин проблем с артикуляцией. Дети должны приобрести способность сравнивать собственную речь с речью других и контролировать собственное произношение [24].

Работа над фонематическим восприятием начинается с невербальных звуков. Дети развивают способность распознавать и различать невербальные звуки с помощью специальных игр и упражнений. Дети должны научиться различать высоту, интенсивность и тембр звуков, играя в игры и слушая одни и те же звуки, звукосочетания и слова.

Затем дети учатся различать слова с похожими звуками. Позже они учатся различать слоги, а затем фонемы на родном языке.

Последний этап направлен на обучение детей основным навыкам звукового анализа: как определить количество слогов в слове; как уловить ритм в словах с различной слоговой структурой; как определить ударные слоги; как анализировать гласные и согласные.

Поэтому был составлен комплекс упражнений для развития фонематического слуха и фонематического восприятия у старших дошкольников (Приложение 6).

*Совместная работа логопеда и воспитателя над звукопроизношением.*

Работа воспитателя и логопеда отличается в плане организации, техники и времени. Для этого требуются различные знания, навыки и компетенции (Приложение 7).

Рассмотрим основные различия (Таблица 10).

Работа воспитателя и работа учителя-логопеда различна при исправлении и формировании звукопроизношения по организации, приёмам, по продолжительности. Она требует различных знаний, умений, навыков. В задачи учителя – логопеда входит максимальная коррекция речевых нарушений, т. е. определение структуры и степени тяжести нарушения; постановка и автоматизация звуков; профилактика нарушений письменной

речи; оказание консультативной помощи родителям (законным представителям); методическая помощь работникам дошкольного учреждения [22].

Таблица 10

Основные отличия работы воспитателя и учителя-логопеда при исправлении и формировании звукопроизношения

Учитель-логопед	Воспитатель
Учитель-логопед исправляет нарушения речи.	Воспитатель под руководством учителя-логопеда активно участвует в работе.
Подготовительный этап	
Учитель-логопед в зависимости от характера нарушения звука вырабатывает и тренирует движения органов артикуляционного аппарата, которые были неправильными или совсем отсутствовали.	Воспитатель по заданию учителя-логопеда в игровой форме закрепляет у детей движения и положения органов артикуляционного аппарата.
Постановка звука	
Учитель-логопед ставит звуки, вырабатывая артикуляцию нужного звука, при этом используются специальные приёмы и отработанные на предыдущем этапе движения органов артикуляционного аппарата.	Воспитатель закрепляет произнесение поставленного логопедом звука, фиксируя внимание ребёнка на его звучание и артикуляции, используя картинки - символы и звукоподражания.
Автоматизация звука в речи	
Учитель-логопед автоматизирует звук последовательно вводя его в речь: слог. слово, предложение, потешки, рассказы.	Воспитатель закрепляет с детьми поставленный учителем-логопедом звук, подбирая соответствующий программный материал.

Необходимы следующие условия для формирования правильной артикуляции у дошкольников с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии:

- при постановке звука отбирается ряд звуков, принадлежащих к разным фонетическим группам;

- хорошо использовать все анализаторы. Если использовать опору на кинестетические ощущения, это способствует осознанному звучанию речи;
- дифференциация звуков, смешиваемых в речи детей, проводится поэтапно;
- закрепление поставленных звуков в процессе дифференциации всех близких звуков.

Речевые навыки детей регулярно закрепляются на индивидуальных занятиях и фронтальных занятиях.

Очень важно, чтобы все остальные дети не отвлекались и занимались спокойной игрой, когда воспитатель остается с ним наедине. Настольные игры лучше всего подходят для этой цели. Эти игры также могут иметь обучающий эффект, если воспитатель при их назначении учитывает особенности каждого ребенка. Например, если ребенок испытывает трудности с мелкой моторикой, его следует попросить собрать мозаику или нанизать бусины, если он испытывает трудности с конструированием – использовать шаблоны для изготовления вырезанных картинок или специальных кубиков и т. д.

Педагоги должны внимательно следить за речью детей и исправлять их ошибки не только в группе на занятии, но и в обычные моменты. Очень важно, чтобы все ошибки были правильно исправлены учителем. Ни в коем случае нельзя высмеивать или подшучивать над детьми, так как это может привести к снижению вокальной активности (или даже полному молчанию в группе), замкнутости и негативному отношению к учителю и обучению в целом [32].

При работе с детьми воспитателю следует помнить, что весь фонологический материал в рабочей тетради необходимо произносить утрированно, добиваясь, чтобы закрепленные звуки выделялись в голосе. Воспитатели не должны игнорировать фонетические или грамматические ошибки в речи ребенка. Занятия следует продолжать только после того, как

ребенок все правильно произнесет. Воспитатель должен произносить весь речевой материал громко, четко и медленно и следить за тем, чтобы ребенок делал то же самое.

Чтобы дети говорили четко на всех занятиях и минимизировать фонологические ошибки, педагогам следует задавать тон очень четкими, разумно громкой и неторопливой речью.

Нормализация языка и устранение патологических рефлексов возможны только тогда, когда дети уделяют больше внимания языку других и самому себе. Естественно, эта работа требует терпения, находчивости, концентрации и постоянной изобретательности со стороны педагога.

#### *Совместная работа логопеда и воспитателя по развитию речи*

Педагог проводит занятия по развитию речи (когнитивному развитию) по определенной системе, учитывающей тему лексики; пополняет и активизирует словарный запас ребенка с помощью заданий, рассчитанных по времени; следит за вокализацией и грамматической правильностью речи ребенка на протяжении всего периода общения с ним.

На фронтальных занятиях логопед работает с детьми над артикуляцией, звуковым анализом, обучает их элементам грамотности. Логопед контролирует работу воспитателя по расширению, уточнению и активизации словарного запаса, освоению грамматических категорий и развитию связной речи. Педагоги также следуют указаниям логопеда при планировании занятий по рисованию.

Общий подход к развитию речи у детей дошкольного возраста делится на следующие направления: развитие словарного запаса, формирование грамматически правильных звуков речи и развитие связной речи. Основная работа в этих областях проводится воспитателями в группах детей. Однако из всей работы, направленной на развитие языка, есть несколько компонентов, которые представляют наибольшие трудности для детей при коррекции. К ним относятся образование слов с помощью префиксов и суффиксов, а также образование слов с сокращенными значениями путем образования слов.

Детям также трудно образовывать некоторые грамматические формы слов. Эти части первоначально используются как материал для отработки правильного произношения на логопедических занятиях, а затем были включены в занятия воспитателя.

Процесс закрепления правильного произношения тщательно контролируется воспитателями на протяжении всего времени пребывания детей в группе.

Поэтому педагоги начинают с закрепления правильных речевых навыков, формированием которых в первую очередь занимается логопед. Воспитатель начинает уточнять и расширять словарный запас ребенка и продолжает эту работу вместе с логопедом, создавая тем самым необходимую основу для эффективной логопедической работы.

Отношения между учителем-логопедом и воспитателем складываются в процессе речевой работы, при четком разделении их функций. Ни один из них не может заменить другого в процессе решения общих задач; что касается выбора и разработки приемов и методов для занятий, то каждому из них предоставляется свобода творческого поиска (Приложение 7).

*Особенности работы логопеда и воспитателя по развитию мелкой моторики рук при подготовке детей к письму.*

Включение пальчиковых двигательных упражнений в занятия воспитателей оказывает положительное влияние на коррекционное обучение детей с речевыми трудностями:

1. Пальчиковая гимнастика:
  - упражнения выполняются ежедневно, стоя, но меняется исходное положение рук (перед собой, в стороны, вверх).
2. Задания по обведению контуров предметов, закрашивание контурных предметов ровными линиями и точками, штриховка вертикальная, горизонтальная, наклонная, рисование по трафаретам, по клеткам, как зрительные, так и слуховые диктанты. Выполняются упражнения только карандашом.

3. Пальчиковый, теневой театр.
4. Пластилинография.
5. Работа с ножницами, которая включает в себя: вырезывание знакомых геометрических фигур и несложных предметов (мячик, дом, солнышко, ёлка и т. д.) по контуру и без него, разрезание листа бумаги на части по образцу, по инструкции.
6. Рисование предметов, несложных геометрических фигур, букв в воздухе и на столе ведущей рукой, затем другой рукой и обеими руками вместе; поочерёдное рисование каждым пальцем одной, затем другой руки.
7. Освоение ремёсел (шитьё, вышивание, вязание, плетение, работа с бисером и пр.).
8. Работа с мозаикой, конструирование.
9. Массаж и самомассаж пальцев рук.
10. Выкладывание фигур из палочек (спичек) [15;33].

Итак, логопеды и воспитатели реализуют основные методы развития и совершенствования мелкой моторики, имея возможность: регулярно опосредованно стимулировать речевые зоны коры головного мозга, что положительно влияет на улучшение речи детей; улучшать внимание и память – психические процессы, тесно связанные с речью; облегчать будущим школьникам овладение навыками письма.

### **Вывод по 3 главе**

На основе методических рекомендаций Е.Ф. Архиповой, Р.Е. Левиной, М.Х. Хватцев и других специалистов проводится логопедическая работа по коррекции фонетико-фонематической стороны речи. Коррекционная работа должна проводиться в форме индивидуальных и подгрупповых занятий [2;27;37].

По выявленным нарушениям моторной сферы и речевых функций у детей с псевдобульбарной дизартрией в ходе констатирующего исследования нами было представлено содержание логопедической работы по коррекции псевдобульбарной дизартрии у детей старшего дошкольного возраста.

Коррекционно-логопедическая работа, которая правильно подобранная, может изменить различного рода нарушения, как в моторной сфере, так и фонетико-фонематической стороне речи

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе изучения литературы по проблеме исследования таких авторов как, Е.Ф. Архипова, О.В. Правдина, Г.В. Чиркина, Н.Х. Швачкин и др. были определены основные закономерности становления фонетико-фонематической стороны речи у детей с нормальным развитием речи [3;28;37;40].

В процессе данной работы, был рассмотрен онтогенез фонетико-фонематической стороны речи у детей в норме. Было выявлено, что трудным процессом является формирование фонетико-фонематической стороны речи, в котором ребенок обучается понимать речь к нему и воспроизводить речь самостоятельно, научиться управлять самостоятельно речевым аппаратом для правильного произношения.

Теоретическое и практическое исследование данной проблемы доказывает, что фонетико-фонематические нарушения являются распространенными, ведущими в структуре речевого дефекта у детей с псевдобульбарной дизартрией, связанное с органическим поражением центральной и периферической нервной систем.

Было проведено констатирующее исследование для того, чтобы выявить особенности моторики и фонетико-фонематических процессов у детей старшего дошкольного возраста с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии.

Для этого был проведен, анализ результатов, в ходе которого выявлены нарушения общей, мелкой, артикуляционной моторики, фонетико-фонематической стороны речи. У детей с фонетико-фонематическим недоразвитием речи при дизартрии возникает затруднения в произношении сонорных, шипящих, свистящих групп звуков. У обследуемых детей присуще полиморфное нарушение звукопроизношения, данное нарушение вызвано, несформированностью фонематических процессов и нарушением иннервации органов артикуляции. Предполагается, что данная

логопедическая работа по коррекции нарушений фонетико-фонематической речи у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией, должна содержать логопедические занятия, в которых будут входить: игры, упражнения, развивающая литература, дидактические материалы.

По данным констатирующего исследования нами были выявлены нарушения моторики и фонетико-фонематических процессов у детей с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии: дети с данной патологией имеют стойкое нарушение звукопроизношения. А такое проявление значимо сказывается на недоразвитии фонематического слуха, что чревато недоразвитием навыков звукового анализа. Всё это в комплексе создает условие для подготовки ребенка к школе, а также указывает на необходимость логопедического вмешательства.

Это и является необходимостью разработки содержания совместной работы учителя-логопеда и воспитателя, с целью коррекции фонетико-фонематического недоразвития речи у детей старшего дошкольного возраста с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии. При этом следует учесть, что особые образовательные потребности у детей представленной категории задаются спецификой нарушения психоречевого развития и определяют особую логику построения учебного процесса, находят свое отражение в структуре и содержании образования [40].

Учителя-логопеды, воспитатели – должны работать в тесном контакте, пытаясь создать единый подход в своей коррекционно-воспитательной работе. Вся коррекционно-воспитательная работа в дошкольном учреждении проводится на специальных занятиях и в повседневной жизни. В своей деятельности учитель-логопед и воспитатель руководствуются принципами последовательности и согласованности, а также принципом индивидуального подхода.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алмазов Б. Н. Психологические основы педагогической реабилитации: учеб. пособие. Екатеринбург, 2000. 310 с.
2. Архипова Е. Ф. Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стертой дизартрии у детей. М., 2010. 254 с.
3. Архипова Е. Ф. Стертая дизартрия у детей : учеб. пособие для студентов вузов. М., 2006. 319 с.
4. Бельтюков В. И. Об усвоении детьми звуков речи. М., 1964. 168 с.
5. Винарская Е. Н. Дизартрия. М., 2006. 141 с.
6. Выготский Л. С. Мышление и речь. М., 1996. 362 с.
7. Гвоздев А. Н. Вопросы изучения детской речи. СПб., 2007. 472 с.
8. Гуровец Г. В., Маевская С. И. К вопросу диагностики стертых форм псевдобульбарной дизартрии // Вопросы логопедии : сб. науч. ст. / отв. ред. Ф. А. Самсонов. М., 1978. С. 27-37.
9. Жукова Н. С. Логопедия : основы теории и практики. М., 2011. 288 с.
10. Журба Л. Т., Мастюкова Е. М. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни. М., 1981. 272 с.
11. Журова Л. Е., Эльконин Д. Б. К вопросу о формировании фонематического восприятия у детей дошкольного возраста // Сенсорное воспитание дошкольников : сб. ст. / под ред. А. В. Запорожца, А. П. Усовой. М., 1963. С. 167-178.
12. Иншакова О. Б. Альбом для логопеда. М., 2010. 279 с.
13. Карелина И. Б. Дифференциальная диагностика стёртых форм дизартрии и сложной дислалии // Дефектология. 1996. № 5. С. 10-13.
14. Коноваленко В. В., Коноваленко С. В. Индивидуально-подгрупповая работа по коррекции звукопроизношения : пособие для логопедов. М., 2016. 216 с.

15. Лакомых С. М., Иванова О. В., Емельянова Н. И. Пути оптимизации совместной работы учителя-логопеда и воспитателя // Логопед. 2009. № 3. С. 17-22.
16. Левченко И. Ю., Приходько О. Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата : учеб. пособие для студентов вузов. М., 2011. 192 с.
17. Логопатопсихология : учеб. пособие для студентов вузов / под ред. Р. И. Лалаевой, С. Н. Шаховской. М., 2011. 285 с.
18. Логопедия : учеб. для студентов пед. вузов / Л. С. Волкова [и др.] ; под ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской. М., 2008. 703 с.
19. Лопатина Л. В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников: коррекция стертой дизартрии : учеб. пособие для вузов. СПб., 2000. 192 с.
20. Мартынова Р. И. Сравнительная характеристика детей, страдающих легкими формами дизартрий и функциональной дислалией // Расстройства речи и методы их устранения / под ред. С. С. Ляпидевского. М., 1975. С. 79-91.
21. Мастюкова Е. М., Ипполитова Е. М. Нарушение речи у детей с церебральным параличом : кн. для логопеда. М., 1985. 192 с.
22. Морозова В. В. Взаимодействие учителя-логопеда с воспитателями дошкольных образовательных организаций. СПб., 2014. 96 с.
23. Нищева Н. В. Программа коррекционно-развивающей работы в логопедической группе детского сада для детей с общим недоразвитием речи : (с 4 до 7 лет). СПб., 2007. 352 с.
24. Нищева Н. В. Развитие фонематических процессов и навыков звукового анализа и синтеза у старших дошкольников. СПб., 2014. 64 с.
25. Основы логопедии с практикумом по звукопроизношению : учеб. пособие для студентов учреждений сред. проф. образования / под ред. Т. В. Волосовец. М., 2000. 199 с.
26. Основы логопедической работы с детьми : учеб. пособие / Г. В. Чиркина [и др.] ; под общ. ред. Г. В. Чиркиной. М., 2002. 240 с.

27. Основы теории и практики логопедии / под ред. Р. Е. Левиной. М., 1968. 367 с.
28. Правдина О. В. Логопедия : учеб. пособие для студентов пед. ин-тов. М., 1973. 302 с.
29. Соботович Е. Ф. Психолингвистическая периодизация речевого развития детей дошкольного возраста // Теория и практика современной логопедии : сб. науч. тр. М., 2004. Вып. 1. С. 7-35.
30. Соботович Е. Ф. Содержание логопедической работы по устранению нарушений звукопроизношения у детей дошкольного возраста // Теория и практика современной логопедии : сб. науч. тр. М., 2007. Вып. 3. С. 25-37.
31. Ткаченко Т. А. Развиваем мелкую моторику. М., 2014. 80 с.
32. Ткаченко Т. А. Развитие фонематического восприятия : пособие для логопедов, воспитателей и родителей. М., 2005. 132 с.
33. Трубникова Н. М. Логопедические технологии обследования речи : учеб.-метод. пособие. Екатеринбург, 2005. 98 с.
34. Федосова О. Ю., Нестерова Т. В. Принципы логопедической работы по коррекции звукопроизношения у детей // Самарский научный вестник. 2014. № 1 (6). С. 110-113. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=21709020> (дата обращения: 21.07.2021).
35. Филичева Т. Б., Чевелева Н. А., Чиркина Г. В. Основы логопедии : учеб. пособие для студентов пед. ин-тов. М., 1989. 223 с.
36. Фомичева М. Ф. Воспитание у детей правильного произношения : пособие для воспитателя лет. сада. М., 1980. 240 с.
37. Хватцев М. Е. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста // Хрестоматия по теории и методике развития речи детей дошкольного возраста : учеб. пособие для студентов высш. и сред. пед. учеб. заведений / сост. М. М. Алексеева, В. И. Яшина. М., 1999. С. 331-344.
38. Чиркина Г. В., Лагутина А. В. Планирование логопедического занятия в группе детей с ФФН // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2008. № 4. С. 14-20.

39. Шашкина Г. Р., Зернова Л. П., Зимина И. А. Логопедическая работа с дошкольниками : учеб. пособие для студентов высш. пед. учеб. заведений. М., 2003. 240 с.

40. Швачкин Н. Х. Развитие фонематического восприятия речи в раннем возрасте // Возрастная психоллингвистика : хрестоматия / сост. К. Ф. Седов. М., 2004. С. 113-142.

41. Эльконин Д. Б. Развитие речи в дошкольном возрасте : (крат. очерк). М., 1958. 116 с.