



УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

СПРАВКА
О результатах проверки текстового документа
на наличие заимствований

Проверка выполнена в системе
Антиплагиат.ВУЗ

Автор работы	Куликова Елена Романовна
Факультет, кафедра, номер группы	Институт специального образования, кафедра логопедии и клиники дисонтогенеза, группа ЛГП-1702z
Название работы	«Коррекция фонетико- фонематического недоразвития речи у старших дошкольников с псевдобульбарной дизартрией в условиях логопункта»
Процент оригинальности	67
Дата	13.01.2022
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 "Айбукс"; Модуль поиска Интернет; Модуль поиска ЭБС "Лань"; Модуль поиска "УГПУ"; Кольцо вузов

Министерство просвещения Российской Федерации
ФГБОУ ВО «Уральский государственный педагогический университет»
Институт специального образования

ОТЗЫВ

руководителя выпускной квалификационной работы

Тема ВКР Коррекция фонетико-фонематического недоразвития речи у старших дошкольников с псевдобульбарной дизартрией в условиях логопункта

Обучающийся Куликова Елена Романовна при работе над ВКР проявил себя следующим образом:

1. Уровень самостоятельности и ответственности

Елена Романовна достаточно ответственно подошла к выбору актуальной в настоящее время темы исследования, к подготовке материала и написанию выпускной квалификационной работы. При необходимости она посещала консультации и задавала интересующие ее вопросы, активно и систематически 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 имеются некоторые недочеты:

(1) на рисунке 6 (с. 40) вдоль оси абсцисс указаны слова «основной», возможно это представляет собой ошибку технического характера, однако, она затрудняет понимание приведённых данных;

(2) в тексте (с. 24) упоминается врач-невропатолог, а не невролог;

В тексте ВКР автор упоминает как проблему в первой главе формирование фонетико-фонематической стороны устной речи, а во введении обосновывает проблему следующим образом: «большинство логопедических технологий преодоления фонетико-фонематического недоразвития речи у детей с псевдобульбарной дизартрией разработаны с учетом применения в логопедических группах ДОУ. Однако в настоящее время таких групп нет, поэтому необходима адаптация имеющихся разработок для применения в условиях логопункта.» Возможно, необходимо более подробно обосновать связь проблематики, о которой автор упоминает в первой главе, и собственно проблемы исследования.

ОБЩЕЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выпускная квалификационная работа соответствует предъявляемым требованиям, может быть допущена к защите. Уникальность текста работы 67 %.

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 старших
дошкольников с псевдобульбарной дизартрией в условиях логопункта**

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: Куликова Елена
Романовна,
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 ВОПРОСАМ СТАНОВЛЕНИЯ УСТНОЙ РЕЧИ У ДЕТЕЙ В НОРМЕ И С ПСЕВДОБУЛЬБАРНОЙ ДИЗАРТРИЕЙ.....	7
1.1. Развитие устной речи у детей в норме.....	7
1.2. Психолого-педагогическая характеристика детей с псевдобульбарной дизартрией.....	13
1.3. Характеристика устной речи у детей с фонетико-фонематическим недоразвитием речи и псевдобульбарной дизартрией.....	18
ГЛАВА 2. КОНСТАТИРУЮЩИЙ ЭКСПЕРИМЕНТ И АНАЛИЗ ЕГО РЕЗУЛЬТАТОВ.....	26
2.1. Организация, принципы и методика констатирующего эксперимента.....	26
2.2. Анализ результатов изучения моторики, звукопроизношения, просодики, фонематических процессов у старших дошкольников с фонетико-фонематическим недоразвитием речи и псевдобульбарной дизартрией.....	31
2.3. Взаимосвязь выявленных нарушений моторики, звукопроизношения, просодики, фонематических процессов у обследованных детей.....	39
ГЛАВА 3. ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО КОРРЕКЦИИ ФОНЕТИКО-ФОНЕМАТИЧЕСКОГО НЕДОРАЗВИТИЯ РЕЧИ У СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С ПСЕВДОБУЛЬБАРНОЙ ДИЗАРТРИЕЙ В УСЛОВИЯХ ЛОГОПУНКТА.....	43
3.1. Теоретическое обоснование, организация, принципы логопедической работы по коррекции фонетико-фонематического недоразвития речи у детей с псевдобульбарной дизартрией в условиях	

логопункта.....	43
3.2. Содержание логопедической работы по коррекции фонетико-фонематического недоразвития речи у детей с псевдобульбарной дизартрией в условиях логопункта.....	51
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	59
СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	61

ВВЕДЕНИЕ

Одним из наиболее важных направлений развития дошкольников является речевое развитие. Овладение правильной связной диалогической и монологической речью является необходимым условием для успешного интеллектуального, познавательного, коммуникативного развития дошкольников.

Данная тема является *актуальной*. В последнее время растет количество детей, имеющих нарушения речи. Среди наблюдаемых нарушений распространено фонетико-фонематическое недоразвитие речи. Среди нарушений часто встречается псевдобульбарная дизартрия. При данном нарушении в структуре речевого дефекта ведущими являются нарушения фонетической стороны речи. Отклонения фонематического восприятия могут оказаться производными, то есть носить вторичный характер.

Ранее коррекция фонетико-фонематического недоразвития речи осуществлялась в группах для детей с тяжелыми нарушениями речи, а в настоящее время на логопедических пунктах образовательных учреждений.

Изучение литературы по данной теме дает возможность провести оценку *степени разработанности проблемы*. Вопросы фонетико-фонематического недоразвития речи исследовали Г. А. Каше, Т. В. Туманова, Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина и другие.

Фонетические нарушения речи имеют стойкий характер и не поддаются самостоятельному исправлению. Данные нарушения отрицательно влияют на формирование и развитие таких сторон речи, как фонематическая, лексическая и грамматическая. К тому же, как отмечают Е. Ф. Архипова, Л. В. Лопатина, Н. В. Серебрякова, данные нарушения отрицательно влияют на результативность школьного обучения [4, 25].

Исследования этих авторов показывают, что раннее выявление детей с

ФФНР и своевременная логопедическая работа позволяют полностью устранить недостатки звукового произношения, развить фонематическое восприятие, то есть способность воспринимать и различать звуки речи, а так же создать предпосылки для успешного обучения детей в школе.

Одним из распространенных в детском возрасте расстройств речи является дизартрия. При дизартрии характерны стойкие нарушения звукопроизношения. Дизартрия является нарушением произносительной стороны речи. Она возникает в результате поражения центральной нервной системы [31].

В научной литературе представлены вопросы о симптомах и проявлениях дизартрии, предложены направления работы по преодолению дизартрии. Исследованиями дизартрии занимались Е. Ф. Архипова, Е. Н. Винарская, Л. В. Лопатина, О. В. Правдина и другие. В то же время вопросы осуществления работы по коррекции данного нарушения в условиях логопункта изучены недостаточно. В связи с этим тема выпускной квалификационной работы «Коррекция фонетико-фонематического недоразвития речи у старших дошкольников с псевдобульбарной дизартрией в условиях логопункта» является актуальной.

Проблема исследования: большинство логопедических технологий преодоления фонетико-фонематического недоразвития речи у детей с псевдобульбарной дизартрией разработаны с учетом применения в логопедических группах ДОО. Однако в настоящее время таких групп нет, поэтому необходима адаптация имеющихся разработок для применения в условиях логопункта.

Объект исследования: состояние моторики, звукопроизношения, фонематических процессов у старших дошкольников с фонетико-фонематическим недоразвитием речи и псевдобульбарной дизартрией.

Предмет исследования: процесс логопедической работы по коррекции фонетико-фонематического недоразвития речи у старших дошкольников с псевдобульбарной дизартрией в условиях логопункта.

Цель исследования: теоретически и экспериментально обосновать содержание логопедической работы по коррекции фонетико-фонематического недоразвития речи у старших дошкольников с псевдобульбарной дизартрией в условиях логопункта.

В соответствии с целью исследования были поставлены следующие задачи:

1. Проанализировать научно-методическую литературу, посвященную коррекции фонетико-фонематического недоразвития речи у старших дошкольников с псевдобульбарной дизартрией.

2. Провести констатирующий эксперимент и проанализировать полученные результаты.

3. Определить направления и содержание логопедической работы по коррекции фонетико-фонематического недоразвития речи у старших дошкольников с псевдобульбарной дизартрией в условиях логопункта.

Для решения поставленных задач применялись следующие *методы*: теоретические (анализ специальной литературы), эмпирические (констатирующий эксперимент).

Экспериментальная база исследования: БМАДОУ «Детский сад №17». В исследовании принимали участие дети старшего дошкольного возраста (5 детей по 5,2-6 лет) с логопедическим заключением «фонетико-фонематическое недоразвитие речи, псевдобульбарная дизартрия».

Работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка источников и литературы, приложений.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ВОПРОСАМ СТАНОВЛЕНИЯ УСТНОЙ РЕЧИ У ДЕТЕЙ В НОРМЕ И С ПСЕВДОБУЛЬБАРНОЙ ДИЗАРТРИЕЙ

1.1. Развитие устной речи у детей в норме

Устная речь является формой речевой деятельности, которая включает в себя понимание звучащей речи, а также осуществление речевых высказываний в звуковой форме.

Рассмотрим, как в норме развивается устная речь у детей, а именно проанализируем фонетико-фонематическую сторону устной речи. Отметим, что данная сторона устной речи состоит из двух основных частей: фонетической и фонематической. Фонетическая сторона устной речи является произнесением звуков в результате работы речедвигательного аппарата, то есть фонетическая часть включает в себя акустические и артикуляционные особенности звуков (произношение звуков и голос).

Фонематическая сторона устной речи включает в себя способность к различению звуков, в том числе различение фонем, которые сходны по звучанию и артикуляции, а также правильность звуковой структуры слова. Прежде всего, это соответствующее количество звуков и их соответствующая последовательность при построении слова, а также способность к определению места звука в слове и к выделению отдельных слов и определению порядка слов в предложении [3].

Фонематический слух является способностью человека различать и узнавать звуки родного языка. Как отмечает Н. И. Жинкин, фонематический слух – это часть физиологического слуха, направленная на сопоставление услышанных звуков с эталонами, располагающимися в «решетке фонем» [13].

В научной литературе утверждается, что фонемы являются единицами

звукового строя языка. Конкретные звуки, слышимые и произносимые человеком, представляют собой явления индивидуальной устной речи. Индивидуальный вариант звучания фонем определяется совокупностью таких частей, как слышимые компоненты и зрительный образ. Как отмечает Н. И. Жинкин, признаки звука включают в себя также процессы кодирования, происходящие в момент перехода сигнала от периферической нервной системы к центральной [13].

Как отмечает М. Ф. Фомичева, восприятие и воспроизводство звуков языка – это результат согласованности в работе речеслухового и речедвигательного анализаторов. При этом необходимо учитывать, что высокий уровень развития фонематического слуха помогает выработать четкую дикцию, в том числе подвижность и тонкую согласованную работу органов артикуляционного аппарата, которая обеспечивает верное произношение звуков [42].

В онтогенезе развитие фонетической и фонематической сторон устной речи происходит постепенно [47].

Речь ребенка формируется под влиянием речи взрослых. Развитие речи зависит от речевого окружения ребенка, а также речевой практики. Значительное влияние на развитие речи оказывает воспитание и обучение, начинающееся с самого начала жизни. В научной литературе отмечается, что устная речь – это не врожденная способность. Она развивается одновременно с развитием ребенка (физического и умственного) в процессе онтогенеза. Устная речь – это показатель общего развития ребенка. Усвоение родного языка осуществляется закономерно и характеризуется определенными признаками, которые едины для всех [39].

Как отмечал А. Н. Леонтьев, существует четыре этапа становления детской устной речи: первый этап – подготовительный (до одного года), второй этап – преддошкольный (первоначальное освоение языка до трех лет), третий этап – дошкольный (до 7 лет), четвертый этап – школьный.

Рассмотрим подробнее развитие устной речи в норме.

Сначала осуществляется подготовка к овладению устной речи. В ранний период выделяют несколько стадий: крик, затем стадия гуления (2-3 месяца), затем лепет (5-6 месяцев). Уже у новорожденного ребенка возникает ответная реакция на звук. Данная реакция выражается во вздрагивании, мигании, изменении дыхания. Условные рефлексы на звук появляются у ребенка к началу второго месяца жизни. Ребенок способен определять направление звучания, а также определять источник звука [44].

В начале второго месяца ребенок начинает издавать короткие звуки [гы-ы], [кхы-ы]. Как отмечает Е. К. Каверина, у ребенка появляется кряхтение, улыбка, а также первые звуки [А], [Ы]. К началу 3 месяца появляются звуковые комплексы: [а-а-а], [а-га], [агу], [а-гы]; на 3 и 4 месяце – [аамм], [тль], [плъ]. Так возникает стадия гуления. На четвертом месяце ребенок уже может произнести высокие певучие звуки, этот процесс осуществляется под контролем слуха, то есть произнесение звуков в данное время для ребенка является самостоятельной деятельностью [16].

По мнению Е. Ф. Архиповой, первые 4-5 месяцев являются периодом псевдоречевых звуков, не локализованы и не определены по артикуляционному образу [4]. Артикуляция является случайной. Постепенно к 4-5-месячному возрасту появляются признаки локализованных звуков и другие компоненты артикуляции, которые способствуют звуковому оформлению голосовых реакций. В течение 5-6 месяцев ребенок произносит звукосочетания [ма], [па], [ба], [да], [на], которые затем складываются в комплексы. Затем начинается стадия лепета. При этом возникают определенные звуковые комплексы, которые становятся более точными и устойчивыми, появляются согласные звуки, а также их сочетания с гласными. В норме на этой стадии ребенок комбинирует звуки устной речи. По мнению В. И. Бельтюкова, лепет является показателем развития нервной системы ребенка [6].

В возрасте 5-6 месяцев начинается произнесение согласных: [П], [Б], [Т], [Д], [Н] и др., а также первых слогов [ТА], [БА], [МА] и других. В этом

же возрасте активно развивается артикуляционный аппарат, а также слуховое сосредоточение. Ребенок начинает слышать самого себя и повторяет за взрослым слоги и звуки [44].

В 6-месячном возрасте ребенок узнает звучание собственного имени. Произношение звуков основано на процессе подражания, которое является механизмом речевого развития. В этом же возрасте в лепете ребенка возникают четкие звуки. Звуки являются недостаточно устойчивыми. Среди гласных звуков достаточно четко звучит звук [А], а среди согласных звуков – звуки [П], [Б], [Т], [М]. В этот период ребенок начинает понимать интонацию взрослых. Отметим, что ребенок реагирует на тон голоса.

С 9 месяца ребенок может понимать и выполнять поручения «принеси», «покажи». К концу первого года в речи происходит появление первых слов, в основном они состоят из парных слогов «папа», «мама», «баба» и т.д.

В возрасте одного года у ребенка хорошо получаются легкие по произношению звуки: гласные – [А], [У], [И] и согласные – [П], [Б], [М], [Н], [Т], [Д], [К], [Г]. Именно из этих звуков состоят первые слова, которые произносит ребёнок [30].

А. Н. Гвоздев подчеркивал, что порядок усвоения звуков опирается на совместную работу слуховой и моторной сферы. Посредством работы слуховой сферы ребенок различает различные фонематические элементы, это носит регулирующую функцию при выработке произношения. Но для внедрения фонем в речь ребенка необходимы навыки артикуляции, которые отрабатываются позднее.

К полутора годам у ребенка возникает понимание всего того, что относится к повседневной жизни.

На втором году жизни в речи активно появляются звуки [Э], [Ы], [И] но твердые согласные у них звучат как мягкие – [Т'], [Д'], [С'], [З']. У детей увеличивается способность к подражанию речи окружающих взрослых. Происходит интенсивное развитие понимания речи. Дети самостоятельно

употребляют в устной речи простые слова. Отметим, что к двухлетнему возрасту ребенок осваивает целые группы фонем, которые объединены отличительными признаками. Исследователи А. Н. Гвоздев и другие отмечали, что происходит первоначальная дифференциация противопоставленных звуков, затем формируются оппозиционные согласные [49].

Подвижность артикуляционного аппарата повышается на третьем году жизни. В то же время отметим, что произношение не соответствует норме. Ребенок старается приблизить произношение к общепринятому. При этом сложные по произношению звуки он заменяет на простые. Например, звук [Ц] заменяется звуком [Т'] или [С'] звуки [Ч] и [Щ] – звуками [Т'] и [С'] соответственно, звуки [Л] и [Р] – звуком [Л'] или [j] шипящие и твердые свистящие – [Т'], [Д']. К трем годам ребенок четко произносит губно-зубные: [Ф], [В]. Хорошо развито фонематическое восприятие. Отметим, что дети практически не смешивают близкие по звучанию слова, они стараются при этом сохранять слоговую структуру слов [6].

На четвертом году жизни ребенка осуществляется укрепление артикуляционного аппарата. В речи ребенка происходит появление твердых согласных и шипящих звуков. Продолжает развиваться фонематическое восприятие. Происходит различение звукосочетаний и слов, которые близки по звучанию.

На пятом году уменьшается количество неправильных звуков. Отметим, что дети верно воспроизводят сонорные и шипящие звуки. В пятилетнем возрасте происходит узнавание звуков в речи, различение понижения и повышения громкости, дети воспринимают замедление и ускорение темпа речи [6].

Н. Х. Швачкин выделял следующие этапы развития фонематического слуха:

1. Дифференциация противопоставленных звуков: гласных и согласных.

2. Различение гласных звуков. Сначала противопоставляются [И]-[У], [Э]-[О], [И]-[О], [Э]-[У]; затем – высокочастотные гласные [У]-[О], низкочастотные звуки [И]-[Э]. Необходимо заметить, что некоторыми авторами указывается на наибольшую трудность дифференциации произношения [У]-[О] и [И]-[Э].

3. Формирование оппозиционных отношений в числе согласных: определение в слове наличия или отсутствия согласного; противопоставление по типу сонорности и шумности звуков; различение твердости-мягкости; дифференциация сонорных [М]-[Н], [Р]-[Л] между собой; различение взрывных и фрикативных звуков; противопоставление звонких и глухих согласных [6].

К шести годам дошкольники начинают верно произносить почти все звуки. Ребенок способен выделять слоги или слова с заданным звуком. По мнению М. Ф. Фомичевой, в норме при условии правильного речевого воспитания ребенок способен дифференцировать звуки [42].

Р. Е. Левина отмечает, что возникновению собственно устной речи предшествует появление понимания. Сначала дети проявляют способность к восприятию речи и только потом появляются собственные слова. Постоянно пополняется словарный запас ребенка. Умение ребенка показать названного человека или предметы постепенно развивается, при этом увеличивается количество понимаемых ребенком предметов. Постепенно ребенок применяет эти понятия в самостоятельной речи, расширяется его словарный запас. Ребенок начинает усваивать разнообразные значения слов, так как слова произносятся взрослыми в различных ситуациях. Если слово подобрано удачно, его применение повторяется. На протяжении дошкольного периода ребенок проявляет интерес к речи, что сопровождается накоплением словарного запаса [22].

В ходе речевого восприятия дети встречаются с множеством звучаний: фонемы изменяются в потоке речи, при этом дети слышат различные вариации звуков, которые образуют непрерывные акустические компоненты.

Из данного потока ребенок извлекает фонему и опознает ее посредством сопоставления со схожей фонемой [49].

Таким образом, в норме развитие фонетической и фонематической сторон устной речи осуществляется последовательно. Под влиянием устной речи взрослых формируется речь ребенка. Развитие речи зависит от речевого окружения, а также речевой практики. Большое значение оказывает воспитание и обучение, которое начинается с самого начала жизни. В научной литературе отмечается, что устная речь – это не врожденная способность. Речь развивается одновременно с физическим и умственным развитием в процессе онтогенеза.

В дошкольном возрасте в норме происходит формирование устной речи. Отметим, что усвоение звуков устной речи происходит не изолированно, а в составе слова, уточняется звуковая структура слов по мере освоения правильного звукопроизношения. Правильное звукопроизношение и развитие фонематических процессов необходимы для овладения в будущем навыками чтения и письма.

1.2. Психолого-педагогическая характеристика детей с псевдобульбарной дизартрией

В настоящее время количество детей с дизартрией и нарушениями речи увеличивается. Дизартрия является нарушением произношения, которое возникает при нарушениях иннервации речевого аппарата. Причиной дизартрии является поражение центральной нервной системы. Основные признаки дизартрии – дефекты голоса и звукопроизношения, которые сочетаются с нарушениями речевой моторики и речевого дыхания [37].

Первичными нарушениями при дизартрии являются отклонения в развитии фонетической и просодической стороны речи. Вторичными в структуре данного дефекта являются нарушения фонематической стороны

речи.

Отметим, что причиной дизартрии является поражение ЦНС в перинатальном, натальном и постнатальном периодах [9].

Е. Н. Винарская отмечает, что «...псевдобульбарная дизартрия может быть компонентом весьма разнообразных очаговых поражений мозга, что следует из топографии кортико-бульбарных путей.» [9, с. 51].

Классификация дизартрии основана на принципе локализации поражения речевого двигательного аппарата, синдромологическом подходе, а также степени разборчивости речи для окружающих [31].

Основываясь на принципе локализации поражения двигательного аппарата речи, можно выделить такие формы дизартрии, как бульбарная, псевдобульбарная, экстрапирамидная (подкорковая), мозжечковая и корковая.

Отметим, что наиболее часто встречающейся является псевдобульбарная дизартрия. Действительно, возникновение псевдобульбарной дизартрии связано с поражением двигательных корково-ядерных путей. Данные пути идут от коры головного мозга к ядрам черепно-мозговых нервов – пирамидный путь [4].

В свою очередь, в зависимости от клинических особенностей различают такие формы псевдобульбарной дизартрии, как спастическая и паретическая форма. Часто отмечается сочетание двух этих форм.

Спастическая форма псевдобульбарной дизартрии отличается повышением мышечного тонуса в артикуляционной мускулатуре. Паретическая форма отличается выраженным парезом речевых мышц, а также их значительной слабостью и ограничением движений, так же отмечается не резко повышенный или пониженный мышечный тонус.

В научной литературе указывается, что существуют такие степени тяжести псевдобульбарной дизартрии, как легкая, средняя и тяжелая.

При легкой степени нет грубых нарушений моторики артикуляционного аппарата, речь несколько замедленна, наблюдаются

трудности артикуляции. Можно отметить недостаточно точные движения языка и губ, при произнесении звуков характерна смазанность. Изучив комплекс источников, можно отметить, что основным дефектом при легкой степени псевдобульбарной дизартрии является нарушение фонетической стороны речи [4, 25, 26, 34].

Средняя степень дизартрии наиболее распространена. При средней степени можно наблюдать отсутствие движения лицевых мышц, когда ребенок не может вытянуть губы, надуть щеки, поднять кончик языка вверх. Характерно обильное слюнотечение, мягкое небо малоподвижно. Речь детей со средней степенью тихая и смазанная, а артикуляция гласных нечеткая. Речь бывает непонятной.

При тяжелой степени (анартрии) наблюдается глубокое поражение мышц и отсутствие деятельности речевого аппарата. Можно наблюдать отвисание нижней челюсти и открытие рта, движения губ у таких детей ограничены, им трудно жевать и глотать. При анартрии и сохранности хорошего умственного развития дети имеют возможность получать образование в специальных школах, где овладевают программой посредством специальных логопедических методов.

Рассматривая психомоторное развитие, отметим, что оно может быть как в норме, так и отличаться от нее: иногда оно отстает, а изредка опережает норму. Дети с дизартрией обычно соматически ослаблены, часто болеют [11].

У таких детей неречевые психические процессы имеют следующие особенности. У многих детей можно наблюдать вторичные нарушения восприятия звуков, наблюдается связь речеслухового и речедвигательного анализатора. Анализируя зрительное восприятие таких детей, отметим, что оно отличается недостаточной степенью восприятия целостного образа предметов. Иногда зрительное узнавание реальных объектов соответствует норме. Но при усложнении заданий, например, зашумлении или узнавании предметов в условиях наложения, возникают затруднения.

Для детей с псевдобульбарной дизартрией свойственны нарушения

оптико-пространственного гнозиса. Дети с псевдобульбарной дизартрией отличаются нарушениями в области уровня узнавания букв, сравнения букв, дети не могут различить различное написание букв. Все это приводит к трудностям при обучении грамоте. Проявляются трудности в пространственной ориентации, в разделении понятий «право» и «лево». Также детям трудно воспринимать понятия, характеризующие месторасположение предметов. Детям трудно ориентироваться на своем теле.

Внимание неустойчиво, наблюдаются трудности в его переключении и распределении. Таким детям трудно планировать и контролировать свои действия. С большим трудом дети сосредотачивают внимание, когда нужно анализировать условия и искать способы решения задач. Детям с дизартрией трудно сосредоточить свое внимание в случае словесной инструкции. У внимания снижен уровень устойчивости и переключаемости. Р. Е. Левина, Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина указывают на недостаточную устойчивость и объем внимания, а также низкий уровень возможности его распределения [22, 40, 46].

Дети быстро устают, а продуктивность их деятельности низкая. Падает темп, детям трудно планировать действия и распределять внимание. Также не сформирован или значительно нарушен контроль деятельности [16].

Отмечая особенности памяти, можно сказать, что у детей снижена слуховая память и эффективность запоминания. Можно отметить, что детям трудно запоминать слова, а также смысл текста, так как у детей нарушен фонематический слух. Дети пропускают элементы сложных инструкций, могут менять последовательность предложенных заданий и не прибегают к речевому обобщению, чтобы уточнить инструкцию [4, 25].

Рассматривая словесно-логическое мышление таких детей, отметим, что оно отстает в развитии. Детям трудно овладеть такими мыслительными операциями, как анализ, синтез, а также сравнение и обобщение. Дети с трудом ориентируются в величине, форме и цвете. Такие дети с трудом могут установить причинно-следственные связи, а также овладевать счетом и

счетными операциями. Когда дети выполняют задания, они быстро отвлекаются и проявляют негативизм [16].

Такие дети затрудняются в различении понятий «больше» и «меньше» [47, 41].

Анализируя эмоционально-волевые нарушения у детей, отметим, что у них наблюдается повышенная эмоциональная возбудимость, истощаемость нервной системы. В младенчестве дети беспокойны, плачут, у них отмечается нарушение сна, аппетита, метеозависимость. В более старшем возрасте отмечается двигательное беспокойство и колебания настроения, они раздражительны, непослушны, часто проявляют грубость. При утомлении у детей проявляются реакции истероидного типа, они могут кричать и бросаться на пол, чтобы добиться желаемого. Также можно отметить такие особенности, как быструю возбудимость и неустойчивость настроения, а также аффектные вспышки [35].

Некоторые дети избегают трудностей, с трудом приспосабливаются к изменениям [27].

У дошкольников повышенная степень тревожности, наиболее ярко проявляющаяся у детей меланхоликов и холериков [25].

Анализируя особенности коммуникативной сферы, Т. Б. Филичева отмечает такие особенности у детей с псевдобульбарной дизартрией, как низкую активность: такие дети редко проявляют инициативу в общении с детьми и взрослыми. Их речь не в полной мере выполняет коммуникативные функции [44].

В отличие от детей с нормальным речевым развитием, у детей с псевдобульбарной дизартрией не формируются навыки общения, так как у них нарушены речевые и психические процессы. Это препятствует развитию таких видов деятельности, как познавательная и речемыслительная [44].

У данных детей можно отметить недостаточность познавательных и практических действий. В будущем это проявляется в случаях возникновения дисграфий и дислексий, им трудно учиться, отмечается низкая успеваемость

в школе и чаще всего низкая самооценка [35].

При этом у данных детей часто возникает школьная дезадаптация. У некоторых детей возникают вторичные нарушения психогенного характера, это может происходить в результате ситуаций неуспеха. При этом при увеличении количества требований к данному ребенку в школе и семье, уровень его адекватности снижается [20].

Как отмечает Д. В. Костина, нарушения моторной и речевой сферы отрицательно влияют на общее развитие и характер детей дизартрией. Такие дети становятся нерешительными, малообщительными, а также могут быть раздражительными, у них проявляются колебания настроения [21].

С. В. Семихатская отмечает, что дети, с псевдобульбарной дизартрией, хотя способны слышать нарушения своей речи, и даже делать попытки ее скорректировать, но речь их замедленна, а артикуляционные дефекты усиливаются [33].

Необходимо отметить, что псевдобульбарная дизартрия – это сложное речевое расстройство, характеризующееся множественными нарушениями моторики и речи.

Таким образом, дети с псевдобульбарной дизартрией отличаются такими психолого-педагогическими особенностями, которые оказывают влияние на развитие ребенка. Необходимо учитывать данные особенности при проведении диагностики и организации логопедической работы. Учет данных особенностей позволит наиболее эффективно осуществлять деятельность по формированию фонетико-фонематической стороны речи.

1.3. Характеристика устной речи у детей с фонетико-фонематическим недоразвитием речи и псевдобульбарной дизартрией

Рассматривая особенности устной речи у детей с псевдобульбарной дизартрией, отметим следующее.

Устная речь – это звучащая речь. Понимание устной речи происходит за счет слуха, продуцирование устной речи происходит за счет деятельности органов артикуляционного аппарата. Ребенок овладевает устной речью в результате запечатления в мозгу образов слов, неоднократно услышанных и произнесенных.

Фонетико-фонематическое недоразвитие устной речи – это нарушение процессов формирования произношения у детей с различными речевыми расстройствами из-за дефектов восприятия и произношения фонем. [29].

Такие авторы, как Е. Ф. Соботович, Е. Г. Корицкая, В. С. Минашина отмечают, что причиной нарушения звукопроизношения иногда являются отклонения слухового восприятия. В то же время отметим, что отклонения фонематического восприятия иногда бывают вторичны. Р. Е. Левина отмечает, что такое явление происходит в результате нарушения речевой кинестезии, которая бывает, когда поражены органы речи. Поражения могут быть морфологическими и двигательными [34, 22].

Действительно, артикуляционные трудности негативно влияют на слуховое восприятие. При псевдобульбарной дизартрии отмечается вторичное недоразвитие фонематических процессов. В результате смазанности устной речи нет условий для того, чтобы сформировались четкое слуховое восприятие и контроль. В результате неразличения недостатков произношения затруднена коррекция собственной артикуляции [25].

В литературе отмечается, что в ходе овладения произносительной стороной устной речи образуется единая функциональная система, состоящая из сенсорного и моторного компонента. В данной системе существует тесная связь акустических и двигательных образов. В случае нарушении функции речедвигательного анализатора формируются сложные отношения между моторным и сенсорным компонентом, они отличаются от нормы [25].

Нарушения речи у детей с псевдобульбарной дизартрией изучали Л. В. Лопатина, Е. Ф. Соботович [25, 34].

Такие авторы, как Н. Х. Швачкин, Н. И. Жинкин, Д. Б. Эльконин, И. А. Зимняя, В. И. Бельтюков указывают, что восприятие и воспроизведение звуков речи тесно взаимосвязаны [6, 13, 48].

Т. Б. Филичева, Т. В. Туманова и другие определили следующие фонетико-фонематические нарушения при дизартрии [36, 40].

У детей с псевдобульбарной дизартрией присутствуют нечеткие артикуляционные образы. Это приводит к тому, что стираются границы между акустическими различительными признаками звуков и это мешает их дифференциации. В этом случае речедвигательный анализатор тормозит процесс восприятия устной речи. Это приводит к вторичному нарушению слуховой дифференциации звуков. В то же время при отсутствии слухового восприятия сохраняются дефекты произношения [22].

Звукопроизношение у детей с псевдобульбарной дизартрией имеет следующие черты:

- полиморфное нарушение звукопроизношения;
- в речи отсутствуют те или иные звуки или звуки заменяются;
- заменяется группа звуковой диффузной артикуляцией, например, вместо двух или нескольких близких по артикуляции звуков произносится средний, неотчетливый звук, вместо [Ш] и [С] – мягкий звук [Ш’], вместо [Ч] и [Т] – смягченный [Ч’];
- употребление звуков речи нестойкое, если изолированно ряд звуков произносится правильно, то в речи эти звуки отсутствуют или заменяются другими;
- один или несколько звуков произносятся искаженно, например, ребенок искаженно произносит 2-4 звука или говорит без дефектов, на слух ребенок не различает звуки из различных групп.

Наиболее часто дети нарушают произношение свистящих звуков. Чаще всего происходят нарушения шипящих звуков, сонорных [Р], [Л], а сохраняются заднеязычные звуки и звук [j] [25].

И. Б. Карелина, Т. Б. Филичева отмечают, что общим характерным

признаком для детей с псевдобульбарной дизартрией является сложное (полиморфное) нарушение звукопроизношения. При этом происходит нарушение произношения двух или нескольких групп звуков [4, 38].

Наиболее трудными для таких детей являются произношение твердых свистящих и шипящих. В случае свистящих звуков проявляется межзубный сигматизм, иногда наблюдают губно-зубное и призубное произношение.

Среди аффрикат наиболее часто нарушено произношение звука [Ц], реже [Ч]. Отметим, что звук [Ц] может заменяться на мягкий вариант [С] или искаженный [С']; а звук [Ч] – на мягкий [Т'] или может быть искажен, [Щ] заменяется на искаженный [Ч] или [Ш], а иногда на мягкий [С'].

Нарушения сонорных звуков чаще всего выражаются в том, что искажается звук [Л] по типу губно-губного, губно-зубного и межзубного ламбдацизма. Мягкая пара заменяется на [j]. Зачастую [Л], а также [Р] могут отсутствовать в речи. Наиболее распространенным дефектом при произношении звука [Р] является велярное произношение. Звук [Р'] чаще заменяется на [j].

Заднеязычные звуки [Г], [К], [Ч] и их мягкие пары проявляют нарушения типа паракаппацизма (заменяются на переднеязычные звуки [Т], [Д] и [С]) или отсутствуют. Для речи детей с дизартрией характерно смягчение всех согласных.

Отметим, что нарушение звукопроизношения часто зависит от расположения звуков в словах. Особенно большие трудности вызывают звуки в середине слова или в безударном слоге. Детям трудно произносить слова со стечением согласных, при этом один согласный звук может выпадать.

У таких детей особенно страдают такие сложные по произношению звуки, как [Ж], [Ш], [Р], [Ц], [Ч]. При этом произношение звонких звуков происходит при недостаточном участии голоса, часто в речи они заменяются ребенком на глухие звуки. Также дети затрудняются, произносят мягкие звуки. Следовательно, у детей не формируется функция фонематического

слуха и акустические образы фонем [16].

С. А. Частухина отмечает, что дети с псевдобульбарной дизартрией искаженно произносят звуки, которые входят в состав слов, но при этом сохраняется число слогов и ударность, то есть контур слова. Дети хорошо произносят двусложные и трехсложные слова, при этом четырехсложные слова часто воспроизводятся отраженно. Голос хриплый, слабый и сиплый. Может быть изменен тембр речи в виде закрытой гнусоватости. В наиболее сильной степени могут быть гнусавыми гласные заднего ряда [У], [О], а также твердые согласные со сложным артикуляционным укладом: [Р], [Л], [Ш], [Ж], [Ц].

Смычные согласные и [Р] могут заменяться на щелевые [П – Ф], [Т – С]. При этом может страдать произношение согласных звуков со сложными укладами [Р], [Л], [Ш], [Ж], [С], [З], [Ц], [Ч], произношение твердых согласных нарушено больше, чем мягких. Дети пытаются преодолеть данные нарушения, используя контроль слуха. Но это приводит только к усилению данных дефектов произношения, а также пропуску согласных и замедлению темпа речи и ее плавности.

Л. В. Лопатина указывает, что у детей с дизартрией в структуре речевого дефекта ведущую роль играют фонетические расстройства, которые проявляются в результате недостаточного развития артикуляционной и мелкой моторики. Нарушения фонетического уровня приводят к расстройству других уровней данной системы, влияющих на языковую личность ребенка [25].

Трудности артикуляции заключены в медленных и недостаточно точных движениях губ и языка. Выявляется расстройство жевания и глотания. У детей с псевдобульбарной дизартрией наблюдаются дефекты зубочелюстной системы, которые способствуют искажению звукопроизношения. Наблюдается деформация зубных дуг (выпячивание, искривление зубов) из-за сосания пальцев и других предметов. К формированию ретрузии зубов часто приводит прикусывание губ, а к

ассиметрии работы жевательных мышц – жевание языка. Среди причин деформации челюстей – неправильное положение головы во время сна, например, ее запрокидывание. Данные привычки приводят к закреплению нарушений зубочелюстной системы и дефектам произношения.

Т. Б. Филичева отмечает, что детям с псевдобульбарной дизартрией трудно или невозможно выполнять задания, которые позволяют определить уровень освоения звукового анализа [39]. Этим дошкольникам трудно правильно подобрать картинки, которые начинаются на заданный звук. Им трудно определять звуковой состав слов. Л. В. Лопатина, Е. М. Мастюкова отмечают у дошкольников с псевдобульбарной дизартрией такие нарушения, как нарушение тембра и темпа речи, трудности в использовании ударений, а также нарушение интонации, громкости голоса и четкости речи [14, 25, 27].

У детей с дизартрией не сформирован фонематический слух, это выражается в том, что такие дети нечетко различают на слух фонемы в собственной и чужой речи; дети не подготовлены к звуковому анализу и синтезу; дети испытывают затруднения, анализируя звуковой состав речи [29].

В литературе указывается, что при псевдобульбарной дизартрии происходит стойкое нарушение фонетической стороны речи. Можно разделить детей с дизартрией на основании структуры речевого дефекта на три группы. Первую группу составляют дети только с имеющимся фонетическим недоразвитием речи (ФНР). Вторую группу составляют дети с фонетико-фонематическим недоразвитием речи, то есть с нарушением звукопроизношения и фонетических процессов (ФФНР). Третью группу составляют дети с общим недоразвитием речи (ОНР) [22].

Таким образом, отметим, что у детей с псевдобульбарной дизартрией отмечается недоразвитие фонетических и фонематических компонентов речи. Своевременное выявление детей с данными нарушениями речи и проведение полноценной работы по устранению этих нарушений позволит подготовить ребенка к обучению в школе и устранить или скорректировать

недоразвитие речи.

З. А. Агранович отмечает, что необходимо вовремя выявлять и устранять фонетические нарушения устной речи у ребенка. С этой целью ребенка необходимо направлять на консультации к логопеду, детскому невропатологу, психиатру. При выраженных фонетических дефектах часто выявляются нарушения слуха. Поэтому таких детей нужно консультировать у врача-сурдолога. Зачастую таким детям необходима не только логопедическая коррекция, но и рекомендуется медикаментозное лечение, а также психотерапия и физиотерапия [1].

Таким образом, решение проблемы формирования фонетико-фонематической стороны устной речи у детей с псевдобульбарной дизартрией является крайне важным в ходе разработки методов коррекционно-логопедического воздействия.

Выводы по первой главе

1. Устная речь является формой речевой деятельности, которая включает в себя понимание звучащей речи, а также осуществление речевых высказываний в звуковой форме. В онтогенезе развитие фонетической и фонематической сторон устной речи в норме происходит постепенно. Под влиянием устной речи взрослых формируется речь ребенка. Ее развитие зависит от речевого окружения ребенка, а также речевой практики. На формирование речи значительное влияние оказывает воспитание и обучение. В научной литературе отмечается, что устная речь – это не врожденная способность. Она развивается одновременно с тем, как происходит физическое и умственное развитие. Устная речь является важным показателем общего развития. Формирование речи осуществляется закономерно и характеризуется определенными признаками, которые едины для всех.

2. В настоящее время количество детей с дизартрией и нарушениями

речи увеличивается. Дизартрия является нарушением произношения, которое возникает при нарушениях иннервации речевого аппарата. Причиной дизартрии является поражение нервной системы. Основные признаки дизартрии – дефекты голоса и звукопроизношения, которые сочетаются с нарушениями речевой моторики и речевого дыхания. Псевдобульбарная дизартрия является сложным речевым расстройством. Ее отличает комбинаторность множественных нарушений моторной реализации речевой деятельности. Дети с псевдобульбарной дизартрией отличаются различными психологическими особенностями, влияющими на развитие детей в целом.

3. Исследования показывают, что становление устной речи у детей с ФФНР и псевдобульбарной дизартрией имеет особенности.

Фонетико-фонематическое недоразвитие устной речи отличается нарушением процессов формирования произношения в результате дефектов восприятия и произношения.

Для псевдобульбарной дизартрии характерна специфика фонетических и фонематических нарушений, а также их сочетаний. У детей нарушен артикуляционный праксис, снижены речевые кинестезии и кинетическая основа движений. Это приводит к нарушениям звукопроизношения, а также недоразвитию фонематического слуха и восприятия. Данные недостатки произношения оказывают негативное влияние на фонематическое развитие.

ГЛАВА 2. КОНСТАТИРУЮЩИЙ ЭКСПЕРИМЕНТ И АНАЛИЗ ЕГО РЕЗУЛЬТАТОВ

2.1. Организация, принципы и методика констатирующего эксперимента

Чтобы подтвердить теоретические результаты исследования речи детей старшего дошкольного возраста с псевдобульбарной дизартрией, был проведен констатирующий эксперимент.

Цель констатирующего эксперимента: изучение особенностей речи у детей старшего дошкольного возраста с псевдобульбарной дизартрией.

Задачи констатирующего эксперимента:

1. Подобрать для эксперимента детей старшего дошкольного возраста.
2. Определить основные методики диагностики речи у дошкольников данной группы.
3. Проведение диагностики, анализ полученных результатов.

В ходе проведения исследования применялись организационные методы (формирование экспериментальной группы, подбор необходимого стимульного материала); эмпирические методы (беседа, наблюдение); аналитические методы (качественный и количественный анализ полученного результата).

В процессе обследования дошкольников применялись следующие принципы, предложенные Р. Е. Левиной:

Принцип развития, который предполагает анализ процесса возникновения нарушения позволил оценить влияние патологических факторов, действующих в пренатальном, перинатальном, раннем постнатальном периодах развития на становление артикуляционной моторики, звукопроизношения, которые в свою очередь оказали влияние на становление фонематических процессов.

Принцип системного подхода, предполагает единство частей компонентов языка, причинно-следственные взаимозависимости, на фоне которых каждая из частей может развиваться и функционировать. Уточнение состояния каждого компонента речевого развития (фонематического компонента, фонетики, лексики, грамматики) позволит делать заключение и ставить ребенку диагноз.

Принцип взаимосвязи речи с другими сторонами психического развития. Предполагает выявление первичных и вторичных отклонений. Нарушения в речевом развитии ребенка могут влиять на развитие интеллекта.

Таким образом, нами были определены цели, задачи и основные принципы организации констатирующего этапа исследования.

Обследование проводилось по следующим направлениям:

- состояния общей моторики;
- произвольной моторики пальцев рук;
- состояния органов артикуляционного аппарата;
- фонетической стороны речи (звукопроизношения и просодики);
- фонематического слуха;
- фонематического восприятия.

Обследование проводилось на базе методик из учебно-методического пособия Н. М. Трубниковой «Структура и содержание речевой карты». Материал для обследования использовался из наглядного пособия «Альбом для логопеда» О. Б. Иншаковой.

Период реализации программы: 3 месяца. Занятия проводились 3 раза в неделю по 25 минут в первой половине дня. В течение периода реализации программы проводились 2 родительских собрания; каждую неделю родители получали индивидуальные рекомендации и памятки для закрепления результатов с детьми дома.

По каждому направлению исследования результаты оценивались количественно и качественно.

Исследовалось состояние моторной сферы, фонематического слуха и фонематического восприятия, а также состояние фонетической стороны речи (звукопроизношение и просодики).

Исследование *моторной сферы* проводилось по следующим направлениям: обследование состояния общей, мелкой, артикуляционной моторики, а также обследовалось строение органов артикуляционного аппарата.

Результаты обследования моторной сферы оценивались количественно и качественно. Содержание проб представлено в приложении 1.

Обследование состояния *всей моторной сферы* изучалась по следующим направлениям: исследование статической, динамической координации движений, а также ритмического чувства.

Для количественной оценки результатов выбрана трехбалльная система:

- 3 балла – выполнение пробы без ошибок;
- 2 балла – при выполнении проб допущено 1-2 ошибки;
- 1 балл – при выполнении пробы допущено 3 и более ошибок.

К недочетам выполнения проб были отнесены изменение мышечного тонуса, неправильное, длительное вхождение в позу, статические, динамические, ритмические ошибки.

Обследование *состояния органов артикуляционного аппарата* изучалось по следующим направлениям:

- обследование анатомического состояния артикуляционного аппарата;
- обследование моторики органов артикуляционного аппарата: исследование двигательных функций и динамической организации движений артикуляционного аппарата.

Обследование моторики органов артикуляционного аппарата включало в себя: исследование двигательных функций и динамической организации движений артикуляционного аппарата.

Исследование *двигательных функций артикуляционного аппарата*

проводилось по следующим направлениям: исследование двигательной функции губ, челюсти, языка (по 3 пробы);

Исследование *динамической организации движений артикуляционного аппарата* включало 3 пробы.

Для количественной оценки результатов выбрана трехбалльная система:

3 балла – выполнение пробы без ошибок;

2 балла – при выполнении проб допущено 1-2 ошибки;

1 балл – при выполнении пробы допущено 3 и более ошибок.

К недочетам выполнения проб были отнесены следующие проявления неврологической микросимптоматики: недостаточный диапазон движений, наличие содружественных движений, истощаемость движений, чрезмерное напряжение мышц, наличие гиперкинезов, тремора, саливации, недлительное удержание позы, недостатки переключения с одного движения на другое, невыполнение компонентов задания, укороченный выдох.

При обследовании *звукопроизношения* обращалось внимание на то, как дети произносят звуки в различных фонетических условиях: изолированно, в слогах, в словах, во фразовой речи. Для проверки произношения звуков использовались специально подобранные предметные и сюжетные картинки. В их названиях были такие слова, в которых исследуемый звук стоит в начале, в середине и в конце слова.

Результаты обследования звукопроизношения оценивались качественно и количественно. Для количественной оценки результатов выбрана трехбалльная система:

3 балла – правильное произношение звуков;

2 балла – неправильное произношение 1-2 фонетических групп звуков;

1 балл – неправильное произношение 3 и более фонетических групп звуков.

Обследование состояния *просодики* включало в себя следующие направления: голос, темп речи, мелодико-интонационная сторона речи,

дыхание.

Результаты обследования просодики оценивались качественно и количественно. Для количественной оценки результатов выбрана трехбалльная система:

3 балла – дефектов при обследовании просодики не выявлено;

2 балла – при обследовании просодики выявлено 1-2 дефекта;

1 балл – при обследовании просодики выявлено 3 и более дефекта.

Обследование состояния *фонематического слуха* изучалось по следующим направлениям: опознание и различение фонем среди других звуков; повторение и выделение исследуемых звуков среди слогов, выделение звука в словах.

Для обследования состояния фонематического слуха были использованы задания на дифференциацию звуков по следующим акустическим признакам: звонкость – глухость, твердость – мягкость, свистящие – шипящие звуки, сонорные звуки [Р] – [Л].

Для количественной оценки результатов выбрана трехбалльная система:

3 балла – правильное различение всех звуков;

2 балла – неразличение одного-двух акустических признака звуков;

1 балл – неразличение трех и более акустических признаков звуков.

Исследование *фонематического восприятия* проводилось по следующим направлениям: определение количества, последовательности звуков в слове и места звука в слове.

Результаты проб оценивались количественно и качественно. Для качественной оценки фонематического восприятия использовалась трехбалльная шкала.

3 балла – правильное выполнение пробы;

2 балла – допущены ошибки при выполнении 1-2 проб;

1 балл – допущены шибки при выполнении 3 и более проб.

Таким образом, данные методики позволили выявить особенности

нарушения моторной сферы, звукопроизношения, просодики и фонематических процессов у детей с дизартрией в условиях логопункта.

2.2. Анализ результатов изучения моторики, звукопроизношения, просодики, фонематических процессов у старших дошкольников с фонетико-фонематическим недоразвитием речи и псевдобульбарной дизартрией

Обследование детей проводилось на базе БМАДОУ «Детский сад №17» г. Березовский, ул. Октябрьская, 3 в старшей группе. Период обследования: с 20 января 2021 года по 21 марта 2021 года. Численность обследуемых детей: 5 человек в возрасте 5,2-6 лет.

Отбор участников обследования был проведен на основе протоколов ПМПК и логопедических заключений.

Изучение медицинской документации показало, что большинство детей имеют отягощенный анамнез. У всех детей первично сохранное зрение, слух и интеллект. У детей содержались сведения об инфекционных и вирусных заболеваниях матери в первом триместре беременности. В трех случаях отмечались болезни матери, в двух – сердечно-сосудистые заболевания, в одном – заболевания почек.

Дети характеризуются низким уровнем произвольного внимания, наблюдаются трудности с переключением внимания, его объемом, продуктивностью и распределением, а также его устойчивостью. Это оказывает негативное влияние на формирование речи. У детей замечен низкий уровень речевых функций: наблюдаются антропофонические и фонологические дефекты согласных звуков группы свистящих, шипящих и соноров. У большинства детей напряжен язык, усилен глоточный и нижнечелюстной дефект, голос в основном слабый и хриплый. В целом дети хорошо понимают обращенную к ним речь с повествовательной интонацией,

труднее дается понимание восклицательной и вопросительной интонации речи.

Объем двигательной памяти несколько снижен, наблюдаются нарушения моторной сферы, а также недостаточность развития слухозрительно-моторной координации. В движениях отмечаются нарушения последовательности действий. Что касается моторики, то у большинства детей выражены нарушения моторики: у детей наблюдаются сложности с самостоятельным самообслуживанием. Дети неловкие во время подвижных игр.

В ходе обследования состояния моторики, звукопроизношения, просодики, фонематических процессов были получены следующие результаты.

Отметим, что во время проведения обследования работоспособность детей часто ухудшалась. Все дети имели сниженную концентрацию и устойчивость внимания. Поведение детей нестабильно. Для многих детей была характерна частая смена настроения. В процессе обследования был проведен сбор общих сведений, были обследованы моторика, двигательные функции артикуляционного аппарата, а также фонетическая сторона речи: звукопроизношение и просодика.

В результате обследования состояния общей моторики выяснилось, что при выполнении проб на исследование статической координации движений сложности возникли у всех детей, у них отмечается недостаточно длительное удержание позы, раскачивание из стороны в сторону, касание пола другой ногой.

При выполнении проб на исследование динамической координации движений наблюдались следующие ошибки. При выполнении приседаний на носочках происходило касание пятками пола. Дети раскачивались, а хлопок ладонями воспроизводился вместе с шагом.

При выполнении проб на исследование ритмического чувства отмечались такие затруднения, как ускоренный или замедленный темп при

выполнении задания «Музыкальное эхо», а также при воспроизведении ритмического рисунка наблюдается изменение скорости темпа, нарушено количество элементов.

Результаты обследования общей моторики представлены в приложении 2, таблице 1.

Анализ обследования общей моторики показал, что функции двигательной памяти оказались наиболее сохранными, а функции статической координации были наиболее нарушенными.

Самые низкие результаты показали Макар (1,2 балла) и Семен (1,3 балла). Ими было допущено наибольшее количество ошибок.

При обследовании состояния произвольной моторики пальцев рук были получены следующие результаты. Дети допустили такие недочеты при выполнении проб, как напряженность, скованность движений, а также нарушение переключения от одного движения к другому. Наблюдалось нарушение темпа выполнения движения, оно выполнялось не под счет логопеда. Отмечается наличие синкинезий, гиперкинезов, невыполнение движения, а также невозможность удержания собственной позы.

Результаты обследования произвольной моторики пальцев рук представлены в приложении 2, таблице 2.

Результаты показали, что у всех детей были выявлены отклонения при обследовании моторики пальцев рук. При выполнении проб на исследование статической координации дети допускали такие ошибки, как асинхронность в выполнении заданий на обеих руках, а также неправильный выбор пальцев. Наибольшая сложность у детей возникла при выполнении задания «положить третий палец на второй, остальные пальцы собрать в кулак, а также удерживать под счет (1-5)» - дети путали пальцы, пользовались второй рукой.

При выполнении проб на исследование динамической координации движений были выявлены следующие ошибки: замедленное выполнение проб, неправильный выбор пальцев. Наблюдались напряженность, скованность движений, нарушение переключения от одного движения к

другому. Наибольшая сложность возникла при выполнении задания «положить вторые пальцы на третьи на обеих руках» - наблюдалось замедленное выполнение проб, неправильный выбор пальцев, неодновременное выполнение (сначала одной рукой, затем другой).

Хуже всех с заданием справились Кирилл и Макар, они в среднем набрали по 1,2 балла. Ими было допущено наибольшее количество ошибок. Лучше с заданиями справились Наташа (1,7 баллов) и Настя (1,5 баллов).

При обследовании анатомического состояния органов артикуляционного аппарата было установлено, что у Насти имеется открытый передний прикус, при этом у других детей отклонений не выявлено.

Обследование моторики органов артикуляционного аппарата включало в себя: исследование двигательных функций и динамической организации движений артикуляционного аппарата.

Результаты обследования двигательных функций артикуляционного аппарата представлены в приложении 2, таблице 3.

Наиболее сохранной является двигательная функция губ (средний балл 2,6-2,8).

Во время обследования двигательной функции челюсти с пробой «широко раскрыть рот, как при произношении звука [А], и закрыть» справились все дети. При выполнении проб «сделать движение нижней челюстью вправо, влево», «выдвинуть нижнюю челюсть вперед» были отмечены движения челюсти не в полном объеме.

Наименее сохранной оказалась двигательная функция языка. Хуже всего дети выполняли пробы: «положить широкий язык на нижнюю губу и подержать под счет до 5, затем на верхнюю губу», «сделать язык «лопаткой» (широким), а затем «иголочкой» (узким)». (Средний балл по этим пробам 1-1,6). При выполнении этих проб движения языка имели недостаточный диапазон, язык двигался не точно, движения не удерживались, наблюдались тремор при удержании позы, отклонения языка в сторону. Немного лучше

дети справились с пробой «переводить кончик языка поочередно из правого угла рта в левый угол, касаясь губ» (средний балл 1,6).

Наилучший результат по итогам обследования двигательных функций артикуляционного аппарата показали Наташа (2,2 балла), Кирилл (2 балла) и Семен (2 балла).

Хуже справились Макар (1,7 балла) и Настя (1,9 балла).

Результаты исследования динамической организации движений артикуляционного аппарата представлены в приложении 2, таблице 4.

У детей отмечались напряженность, затруднения при переключении с одной артикуляционной позы на другую, напряженность, а при выполнении слоговых рядов наблюдалось выпадение или замена звуков. Лучше с заданием справились Наташа (1,7 баллов) и Семен (1,3 баллов). Хуже справились Кирилл, Макар и Настя, которые получили по 1 баллу.

Результаты обследования звукопроизношения представлены в приложении 2, таблице 5.

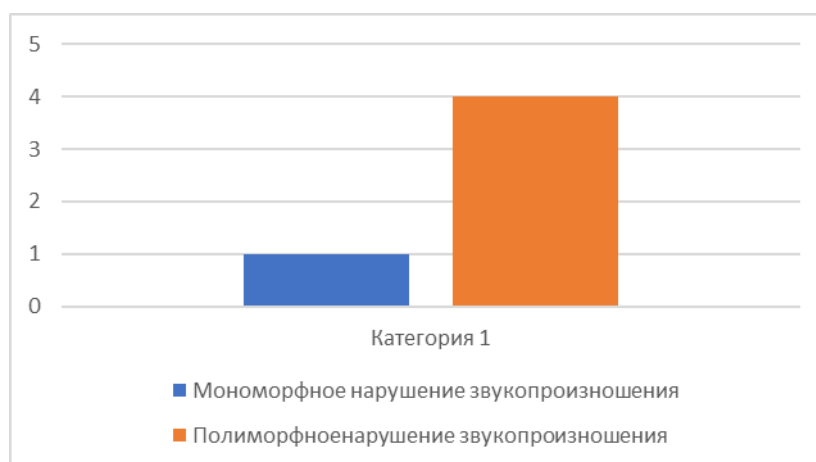


Рис. 1. Соотношение мономорфного и полиморфного нарушения звукопроизношения

В результате обследования звукопроизношения выяснилось, что у всех детей имеются различные дефекты звукопроизношения. Мономорфное нарушение звукопроизношения, при котором нарушается только одна группа звуков, имеется у одного человека (Наташа). У остальных детей наблюдается полиморфное нарушение звукопроизношения, когда одновременно

нарушаются две или несколько групп звуков. На рисунке 1 представлено процентное соотношение детей с мономорфным и полиморфным нарушением звукопроизношения.

При обследовании детей были выявлены различные дефекты звукопроизношения. У детей нарушены фонетические группы свистящих, шипящих и сонорных звуков. Кирилл, Макар и Настя показали нарушения фонетических групп свистящих, шипящих и сонорных звуков. У Семёна нарушены свистящие и сонорные группы звуков. У Наташи нарушены только сонорные звуки.

Больше всего ошибок было выявлено при произношении сонорных звуков. Произношении звуков [Л] и [Р] нарушено у всех детей.

Группа свистящих звуков нарушена у 4 детей, группа шипящих – у 3 детей.

Распределение дефектов звукопроизношения по фонетическим группам представлено на рисунке 2.

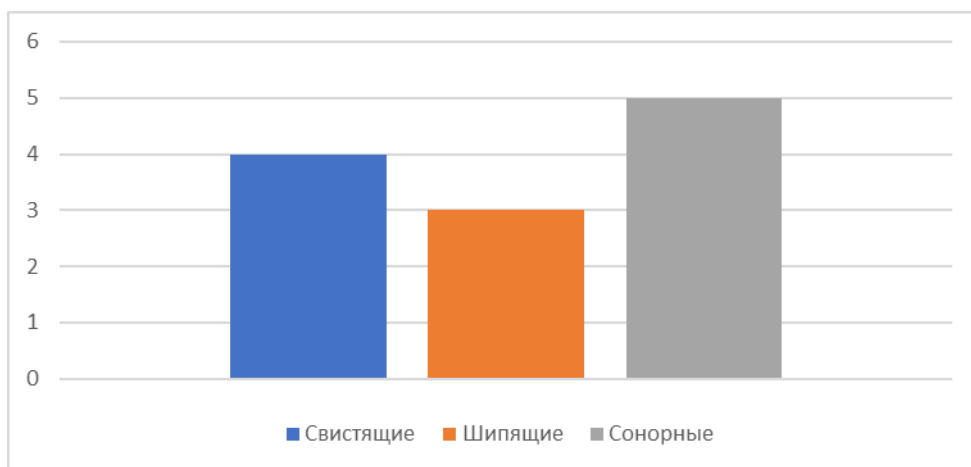


Рис. 2 Распределение дефектов звукопроизношения по фонетическим группам

У двоих детей наблюдаются антропофонические дефекты, искажение звуков (Настя, Наташа). У них наблюдались межзубный сигматизм и горловой ротацизм. У всех детей наблюдаются фонологические дефекты (отсутствие замены и смешение звуков). Чаще всего встречалась замена звука [Ш] на [С] – у троих детей (Кирилл, Макар, Настя).

На рисунке 3 представлено соотношение антропофонических и фонологических дефектов.

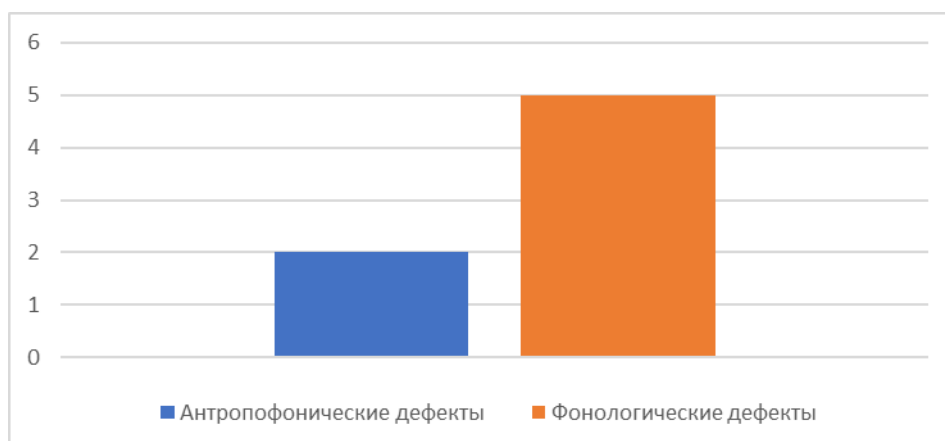


Рис. 3. Соотношение антропофонических и фонологических дефектов

Результаты обследования просодики представлены в приложении 2 таблице 6.

У всех детей с псевдобульбарной дизартрией нарушений просодики не обнаружено.

Результаты обследования фонематического слуха представлены в приложении 2, таблице 7.

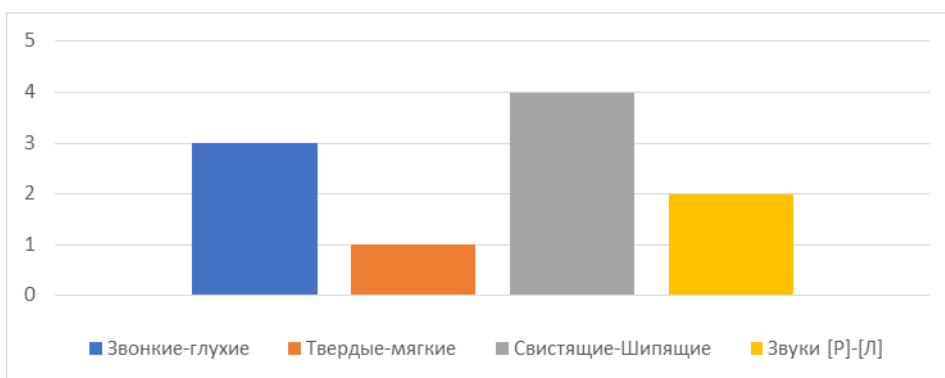


Рис. 4 Результаты обследования состояния фонематического слуха по видам акустических различий

Результаты обследования показали, что у всех детей недостаточно развит фонематический слух. Чаще всего дети не могли различить свистящие и шипящие звуки. Звуки [Р] и [Л] не различают Кирилл и Наташа. Наиболее сохранным оказалось различение звуков по акустическому признаку твердости-мягкости, только Макар затруднялся в различении звуков по этому

признаку. По признаку звонкости-глухости звуки не различают Кирилл, Макар и Семен. В основном, дети не различают звуки по двум акустическим признакам. Лучше всех фонематический слух развит у Наташи и Насти, они не различают звуки только по одному акустическому признаку. Хуже всех фонематический слух развит у Макара, он не различает звуки по трем акустическим признакам.

Распределение дефектов фонематического слуха по видам акустических различий звуков представлено на рисунке 4.

Результаты обследования фонематического восприятия представлены в приложении 2, таблице 8.

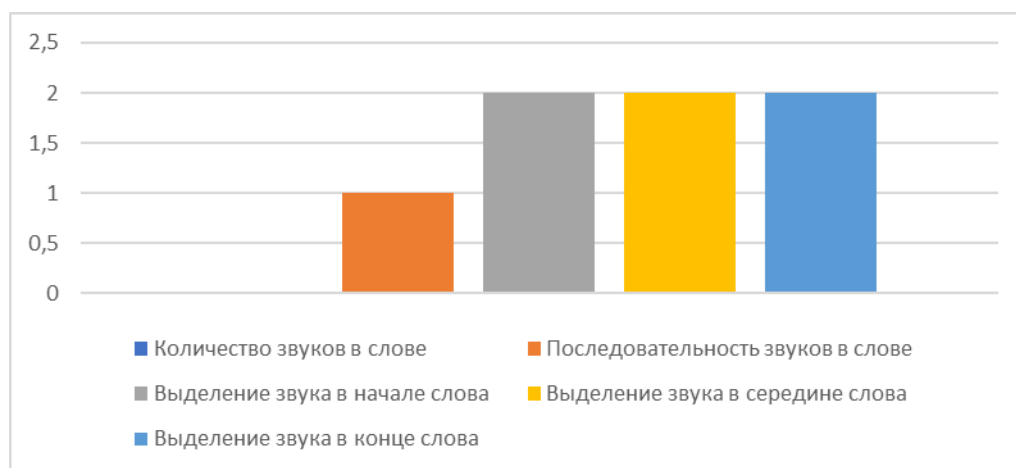


Рис. 5 Результаты обследования состояния фонематического восприятия

Результаты обследования показали, что у всех детей недостаточно развито фонематическое восприятие. Хуже всего дети выполняли пробы на определение количества звуков в слове, а также на определение последовательности звуков в слове. С одним из этих заданий справилась только Наташа.

С заданием на определение звуков справились двое детей (Настя и Наташа). В обследовании фонематического восприятия худшие результаты показали Кирилл, Макар и Семен, которые получили по 1 баллу.

Распределение недоразвития фонематического восприятия по видам звукового анализа представлено на рисунке 5.

2.3. Взаимосвязь выявленных нарушений моторики, звукопроизношения, просодики, фонематических процессов у обследованных детей

Многие исследователи отмечали взаимосвязь нарушений моторики, звукопроизношения, просодики и фонематических процессов. У детей без речевых нарушений овладение звуковой системой языка и дифференцированными движениями общей и мелкой моторики происходит одновременно.

И. П. Павлов отмечал, большое значение имеют мышечные ощущения, которые возникают в процессе артикуляции, и идут от органов артикуляции в кору головного мозга.

М. М. Кольцова доказала, что тренировка мелкой моторики имеет тесную связь с развитием речи. Она способствует более совершенному развитию речи.

Ведущая роль в развитии речи и формировании нервно-психических процессов у детей принадлежит развитию двигательного аппарата.

Псевдобульбарная дизартрия относится к сложным речевым расстройствам, которые характеризуются нарушением звукопроизношения, голосообразования, дыхания, мимики, интонации.

В ходе исследования был проведен анализ взаимосвязи нарушений моторики, звукопроизношения, фонематического слуха и восприятия у дошкольников с псевдобульбарной дизартрией. У всех обследованных детей отмечены отклонения мышечного тонуса общей, мелкой, артикуляционной и мимической моторики с характерными замедленными, неловкими, скованными, недифференцированными движениями; нарушения фонетической и просодической стороны речи, что является ведущим в структуре речевого дефекта.

Таким образом, из проведенных исследований следует, что у детей с

псевдобульбарной дизартрией фонематические нарушения взаимосвязаны с нарушениями звукопроизношения и моторики.

Проведем сравнительный анализ выявленных нарушений моторики, звукопроизношения, просодики, фонематических процессов у дошкольников с псевдобульбарной дизартрией. Наглядно результаты представлены на рисунке 6.



Рис. 6. Результаты исследования моторики, звукопроизношения, просодики, фонематических процессов у старших дошкольников с фонетико-фонематическим недоразвитием речи и псевдобульбарной дизартрией, средний балл

Данные показывают, что самые низкие результаты были получены при обследовании динамической организации движений артикуляционного аппарата, а также по оценке развития мелкой моторики. Отметим, что самыми сложными заданиями были задания, направленные на обследование динамической организации движений артикуляционного аппарата, а также задания, направленные на обследование мелкой моторики.

Самые высокие результаты были получены при оценке просодики и общей моторики.

Макар не может выполнить пробы на исследование двигательной

функции губ, челюсти языка (округлить губы, вытянуть губы в трубочку, сделать движение нижней челюстью вправо, влево, вперед, Положить широкий язык на нижнюю губу, затем на верхнюю губу, Переводить кончик языка из правого угла рта в левый угол, касаясь губ, Сделать язык «лопатой» (широким), а затем «иголочкой» (узким). Не получается оскалить зубы, широко открыть рот, поднять кончик языка к верхним, затем опустить к нижним зубам. Не произносит звуки [С] [З] [Ш] [Ж] [Щ][Р] [Р'] [Л] [Л'].

В связи с этим фонематический слух у Макара развит плохо, он не различает звуки по трем акустическим признакам: звонкости-глухости [Ж] – [Ш], [З] – [С], твердости-мягкости [С] – [С'], [З] – [З'], свистящие-шипящие [С] – [Ш], [З] – [Ж], [С'] – [Щ].

Приведем результаты обследования дошкольников в сводной таблице 9, приложение 2.

Анализ доказывает взаимосвязь между моторикой, звукопроизношением, просодикой и фонематическими процессами у детей старшего дошкольного возраста с псевдобульбарной дизартрией. Все эти показатели находятся на низком уровне. Это происходит ввиду того, что формирование речевых зон осуществляется под влиянием развития мелкой моторики, то есть импульсов, которые поступают от рук. Действительно, развитие моторики пальцев рук активизирует как моторную, так и речевую зону головного мозга. В результате этого развиваются речевые функции. Следовательно, взаимосвязь моторики, звукопроизношения, просодики, фонематических процессов и развития речи влияет также на развитие познавательной деятельности у детей с псевдобульбарной дизартрией.

Также удалось выявить взаимосвязь нарушенных звуков и нарушений в фонематическом слухе. Когда дети не произносят звуки, им трудно их различать.

Таким образом, данное исследование позволяет сделать вывод о взаимосвязи развития у детей моторики, звукопроизношения, просодики, фонематических процессов. Так, моторное развитие детей влияет на уровень

произносительных навыков. Низкий уровень развития моторики влияет на нарушение звукопроизношения.

Фонематические процессы также взаимосвязаны со звукопроизношением. В случаях нарушения звукопроизношения происходит неверное формирование кинестетических ощущений. Следовательно, нарушается акустический образ и поэтому операции звукового анализа также становятся неверными. В результате того, что звуковой анализ не сформирован, у детей с псевдобульбарной дизартрией выявляется недоразвитие фонетико-фонематического восприятия.

Выводы по второй главе

В ходе проведения констатирующего эксперимента у дошкольников с псевдобульбарной дизартрии было выяснено, что у исследуемой группы детей имеются нарушения моторной сферы, звукопроизношения, просодики, фонематического слуха и восприятия.

Нарушения моторной сферы выявлены в общей, мелкой, артикуляционной моторике.

Нарушения звукопроизношения проявлялись в искажении, отсутствии, заменах звуков и в большинстве случаев носят полиморфный характер.

Результаты обследования фонематического слуха выявили у детей затруднения в различении звуков, близких по способу и месту образования и акустическим признакам (наиболее затруднительным для детей является различение свистящих и шипящих звуков).

Фонематическое восприятие так же оказалось нарушено. Дети не могли выполнить пробы на определение количества, последовательности и места звуков в слове.

ГЛАВА 3. ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО КОРРЕКЦИИ ФОНЕТИКО-ФОНЕМАТИЧЕСКОГО НЕДОРАЗВИТИЯ РЕЧИ У СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С ПСЕВДОБУЛЬБАРНОЙ ДИЗАРТРИЕЙ В УСЛОВИЯХ ЛОГОПУНКТА

3.1. Теоретическое обоснование, организация, принципы логопедической работы по коррекции фонетико-фонематического недоразвития речи у детей с псевдобульбарной дизартрией в условиях логопункта

Проблемы коррекции фонетико-фонематического недоразвития речи рассматривали такие авторы, как Г. А. Каше, Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина, Т. В. Туманова, Л. В. Лопатина, О. В. Правдина, Е. Ф. Архипова и другие авторы [4, 19, 25, 31, 36, 40, 46, 49].

Л. В. Лопатина и Н. В. Серебрякова [25] 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.

Г. А. Каше, Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина, Т. В. Туманова [19, 36, 40, 46] 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. Дифференцировочный раздел, который подразделяется на 2 этапа.

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

В условиях логопункта в ДОО оказывается помощь детям с речевыми нарушениями. В логопедическом пункте логопед осуществляет работу по коррекции фонетико-фонематического недоразвития речи у детей.

Организация логопедической работы по коррекции ФФНР на логопункте у детей с псевдобульбарной дизартрией носит комплексный характер и имеет свои особенности и специфику работы, поэтому относится к числу актуальных проблем в логопедии.

Логопедический пункт создается в общеобразовательном учреждении с целью раннего выявления и преодоления отклонений в развитии устной речи детей дошкольного возраста.

Основными задачами логопедического пункта ДОО являются:

- осуществление диагностики речевого развития обучающихся;
- коррекция нарушений в развитии устной речи детей;
- предупреждение и преодоление трудностей в освоении общеобразовательных программ;
- разъяснение специальных знаний по логопедии среди педагогов, родителей (законных представителей) обучающихся.

Зачисление на логопункт осуществляется на основании диагностики обучающихся, которая проводится с 1 по 15 сентября и с 15 по 30 мая, а также приказом руководителя ДОО на основании решения психолого-

медико-педагогической комиссии.

Зачисление на логопункт детей, имеющих речевые нарушения, производится в течение всего учебного года. В первую очередь на логопункт зачисляются дети из подготовительных групп. Воспитанники старших групп, зачисляются по мере освобождения мест.

Наполняемость логопедического пункта ДОО не более 25 человек.

На каждого обучающегося, зачисленного в логопункт, логопед заполняет речевую карту.

В течение учебного года, как только нарушения в развитии устной речи устранены производится отчисление обучающегося из логопункта.

На логопункте проводятся индивидуальные и групповые занятия.

Периодичность индивидуальных и групповых занятий определяется тяжестью нарушения речевого развития.

Групповые занятия с детьми, имеющими фонетико-фонематическое недоразвитие речи, проводятся не менее двух-трех раз в неделю. Индивидуальные занятия с детьми, у которых имеются дефекты речи, обусловленные нарушением строения и подвижности органов речевого аппарата (дизартрия,) проводятся не менее трех раз в неделю.

Длительность группового занятия составляет 40 минут, а индивидуального – 20 минут.

Занятия проводятся в специализированных кабинетах, которые оборудованы с учетом индивидуальных потребностей и особенностей детей, их состоянию здоровья и отвечающие всем требованиям санитарно-гигиеническим нормам.

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 [31].

Е. Ф. Архипова рекомендует, чтобы логопедическая работа осуществлялась поэтапно [4].

1 этап: подготовительный – подготовка артикуляционного аппарата к формированию звукопроизношения.

Данный этап включает в себя следующее:

1) при помощи массажа нормализуется мышечный тонус; посредством массажа нормализуется не только мышечный тонус общей и мимической мускулатуры, а также уменьшается проявление парезов, параличей мышц артикуляционного аппарата; снижается количество патологических двигательных проявлений мышц речевого аппарата, в том числе синкинезий, гиперкинезов и судорог;

Осуществляется стимуляция проприоцептивных ощущений, формирование координации движений органов артикуляции.

2) нормализация моторики артикуляционного аппарата через проведение различных видов артикуляционной гимнастики, в том числе пассивной и активной.

3) нормализация речевого плавного и длительного выдоха.

4) нормализация голоса: применяются упражнения по развитию силы и высоты голоса.

5) нормализация просодики: осуществляется работа в области развития ритма и интонационной выразительности.

6) нормализация мелкой моторики: проводятся упражнения, способствующие развитию дифференцированных движений пальцев рук.

2 этап: выработка новых произносительных умений и навыков.

Данный этап включает в себя следующее:

1) выработка основных артикуляционных укладов осуществляется в основном при помощи артикуляционной гимнастики, в которую включаются упражнения с целью тренировки подвижности органов артикуляционного аппарата, а также разработки определенного положения губ и языка, которые необходимы для верного произношения всех звуков.

2) постановка плана работы над звуками. При работе с детьми с дизартрией работа начинается со звуков, произношение которых наиболее сохранно.

3) развитие фонематического слуха. Эту работу начинают с неречевых звуков, а затем работают над всеми звуками речи, входящих в звуковую систему языка. Упражнения, которые проводятся в рамках данной работы, включают в себя упражнения на узнавание неречевых звуков, определение тембра, силы и высоты голоса при одинаковых звуках. Также проводятся упражнения на узнавание сочетаний слов и фраз, дифференциацию слогов, фонем, а также различение слов, близких по звуковому составу, формирование навыков звукового анализа.

4) постановка звука осуществляется одним из трех способов – по подражанию, от опорного (сохранного) звука, механическим способом.

5) автоматизация. Целью данного этапа является достижение правильного произношения звука во фразовой речи. Работа по автоматизации звука включает постепенное введение поставленного звука в слоги, слова, предложения и в самостоятельную речь. Поставленный звук может вводиться в прямые, обратные, а также со стечением согласных слоги.

6) дифференциация, в том числе на слух, артикуляция изолированных звуков, а также произношение слов и слогов.

Проводятся упражнения на различение звуков. Упражнения вводятся по следующим признакам; глухие и звонкие ([Т]-[Д], [С]-[З], [Ш]-[Ж]); свистящие и шипящие ([С]-[Ш], [С]-[Щ], [З]-[Ж]); фрикативные и аффрикаты ([С]-[Ц]); плавные и вибранты ([Р]-[Л]); мягкие и твердые ([С]-[С'], [З]-[З'] и др.).

3 этап: Выработка коммуникативных умений и навыков.

Включает в себя следующие направления:

- 1) формирование самоконтроля;
- 2) тренировка верных речевых навыков в различных речевых случаях.

4 этап: предупреждение или преодоление вторичных нарушений.

Профилактика вторичных нарушений заключается в проведении ранней диагностики дизартрии, а также при необходимости организация ранней коррекционной работы [4].

5 этап: подготовка к обучению грамоте. На данном этапе рекомендуется формирование графомоторных навыков и профилактика дисграфических ошибок. Также Е. Ф. Архипова считает, что на этом этапе необходимо обеспечить психологическую готовность к школьному обучению [4]. Однако по факту на логопункте идет работа по профилактике дисграфических ошибок. Эту профилактику обеспечивает связь звука и буквы. Формированием графомоторных навыков занимается воспитатель. Воспитатель и психолог обеспечивают и психологическую готовность к школьному обучению.

Л. В. Лопатина, Н. В. Серебрякова сформулировали задачи работы логопеда:

- работа над формированием психофизиологических механизмов, способствующих овладению фонетической стороной речи;
- работа над формированием навыков фонетически правильной речи и интонационной выразительности [25].

Г. А. Каше, Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина разработали систему логопедической коррекции, состоящую из работы над звукопроизношением, формированием фонематического слуха, а также навыков звукового анализа. Данные специалисты предлагают следующую последовательность в работе по формированию фонематического слуха:

- 1) узнавание неречевых звуков;
- 2) умение различать силу, высоту и тембр голоса;
- 3) работа над различением схожих по звуковому составу слов;
- 4) дифференциация слогов и фонем;
- 5) работа над формированием и развитием навыков звукового анализа [18].

Во время занятия логопеду необходимо правильно оценивать действия

ребенка. Нельзя прерывать речь ребенка, чтобы не возник речевой негативизм. Необходимо применять игровую терапию, а также осуществлять индивидуальную работу над артикуляцией, фонацией и дыханием [27].

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.

В разное время вопросами логопедической работы по коррекции дизартрии занимались такие специалисты, как О. В. Правдина, Е. М. Мастюкова, Л. В. Лопатина, Н. В. Серебрякова, Г. В. Чиркина, Т. Б. Филичева и др.

Все они придерживались одного мнения: деятельность логопеда при работе с детьми с дизартрией должна базироваться на знании структуры речевого дефекта, причин нарушения моторики, а также на индивидуальном подходе к детям. Эффективность занятий по коррекции дизартрии зависит от своевременного начала работы и ее систематичности. Именно регулярность и длительность могут привести к положительным результатам: нормализации моторики артикуляционного аппарата, развитию способности к произвольному переключению органов артикуляции, коррекции звукопроизношения, а также полноценному формированию фонематического восприятия.

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 в условиях логопункта.

Решаются следующие задачи:

- 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.

Был выделен ряд условий, на основе которых реализовывалась работа над звукопроизносительной стороной речи в условиях логопункта. Должна проводиться индивидуальная и работа в малых группах с детьми. Базой для проведения занятий является подбор упражнений, которые направлены на устранение нарушений звукопроизношения.

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.

3.2. Содержание логопедической работы по коррекции фонетико-фонематического недоразвития речи у детей с псевдобульбарной дизартрией в условиях логопункта

Коррекционная работа в условиях логопункта проводилась поэтапно. Каждое занятие включало три этапа: подготовительный, основной и заключительный. Работа носила комплексный и систематический характер. При планировании коррекционной работы учитывались полученные данные об индивидуальных особенностях детей, степени и характере нарушения.

Для проведения логопедической работы по коррекции фонетико-фонематического недоразвития речи у дошкольников с псевдобульбарной дизартрией для каждого ребенка был составлен перспективный план индивидуальной коррекционной работы. Индивидуальные планы коррекционной работы на детей представлены в приложении 3.

Содержание коррекционной работы для каждого ребенка определялось данными констатирующего эксперимента и включало в себя следующие направления: развитие общей и мелкой моторики, подготовку артикуляционного аппарата, коррекцию нарушений звукопроизношения, формирование фонематических процессов.

Основной формой работы являлись занятия в мини-группах по 2-3 человека, а также индивидуальные занятия. Это позволяет уделять каждому ребенку максимальное внимание.

Каждое занятие состояло из нескольких частей, которые подчинены общей теме и задачам. Каждая часть обладает конкретной целью и содержанием, завершается подведением итога по вопросам логопеда. На занятиях обязательно проводится артикуляционная, пальчиковая и дыхательная гимнастика.

На подготовительном этапе:

1. Развитие общей моторики.

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

Проводятся упражнения из методического пособия Е. А. Алябьевой [2]. При выполнении упражнений «Весна пришла», «Веселый ручеек», «Облака» выполняются движения с элементами статики (принятие позы, удержание позы), динамики (запоминание серии движений, переключение с одного движения на другое), на развитие ритмического чувства (выполнение движений в заданном темпе и ритме).

2. Развитие мелкой моторики.

Работа по формированию ручного праксиса включала в себя развитие кинестетической и кинетической основы движений.

Упражнения начинались с короткого (2-3 минуты) самомассажа кистей рук и пальцев, а том числе поглаживания и растирания ладоней, растирание каждого пальца и разминание пальцев спиралевидными движениями.

А) Пальчиковые упражнения, такие как «Встали пальчики», «Пальчики

здороваются» из пособия Л. П. Савиной «Пальчиковая гимнастика для развития речи дошкольников» [32].

Б) Пальчиковые упражнения в сочетании со звуковой гимнастикой. Ребенок поочередно соединяет пальцы каждой руки друг с другом, или по очереди выпрямляет каждый палец, или сжимает пальцы в кулак и разжимает и в это время произносить звуки или стихотворение.

В) Пальчиковые упражнения в сочетании с самомассажем кистей и пальцев рук. В данных упражнениях используются традиционные для массажа движения – разминание, растирание, надавливание, пощипывание: «Надеваем перчатки», «Согреем руки», «Помоем руки под горячей струей воды».

Г) речевые упражнения без музыкального сопровождения (из пособия Е. А. Алябьевой): «Котенок-шалун», «Машина», «Часы», «Ветер», «Дождик» и «Веселые человечки». Дети ритмично совершают движения, сжимают и разжимают пальцы рук, хлопают руками, сгибают руки в локтях и т.д.

Д) Работа с мелкими предметами, шнуровки и т.д. Пальцевая моторика и речевая функция между собой тесно связаны: если движения пальцев соответствуют возрасту, то и речь соответствует возрасту. У большинства детей с дизартрией пальцы малоподвижны, движения их неточны и несогласованны. Развивая мелкую моторику руки, мы активизируем центры, отвечающие за развитие речи.

Использование шнуровок для развития фонематических процессов и обучения звуковому анализу. Известно, что освоение звукового анализа является трудным занятием для многих дошкольников с речевыми нарушениями. Шнуровки увлекают детей и поддерживают интерес в этом нелёгком для дошкольников занятии.

Для развития речи детей большое значение имеют игры с сенсорными предметами. Их основная цель – дать ребёнку новые чувственные ощущения: зрительные, слуховые, тактильные, двигательные.

Приведем примеры игр.

Игра «Жираф» (с фасолью). Цель: формирование навыков фонематического анализа. У жирафа не хватает пятнышек. Ребёнку предлагается украсить его пятнышками, назвав последний звук в слове. Слова и картинки подбираются любые.

Игра «Гроздь винограда» (с фасолью). Цель: совершенствование умения делить слова на слоги. Ребёнку показывается картинка или произносится слово. Он делит его на слоги и на веточке винограда ищет маленькую веточку из нужного количества слогов, выкладывает фасоль. Одна маленькая веточка – слово из одного слога, одна фасолина, две веточки – слово из двух слогов и две фасолины и т.д.

Игра «Найди картинку» (с цветными макаронами). Цель: автоматизация звуков в словах. Ребёнок ищет и достаёт картинку из макарон. Называет слово, чётко выделяя автоматизируемый звук.

Игра «Цветные мешочки» (с мешочками, наполненными крупой). Цель: развитие фонематического слуха и восприятия, формирование навыков фонематического анализа. Ребёнку даётся три мешочка – красный, синий, зелёный (наполняются разной крупой, горохом и т.д.). Ребенок должен определить, какой звук он слышит, поднять мешочек соответствующего цвета.

3. Артикуляционная моторика.

Для развития артикуляционной моторики применяется артикуляционная гимнастика. Проводится общая артикуляционная гимнастика и специальная. Общую артикуляционную гимнастику начинают выполнять в начале учебного года и далее продолжает это делать воспитатель.

Общая артикуляционная гимнастика включает следующие упражнения:

А) для выработки движений губ – оскал зубов, вытягивание губ хоботком, растягивание в улыбке, прикусывание нижней губы верхними зубами; втягивание нижней губы под верхнюю и др.;

Б) языка – направлены на развитие статических положений и

двигательных функций.

– движения вперед-назад. Если язык напряжен, то можно похлопать его шпателем, предложить ребенку подуть на него;

– движения языком в право и в лево, кончик языка должен достать уголков рта;

– подъем языка за верхние зубы. Выполняется постепенно.

Для увеличения тактильного чувства можно использовать сопротивление.

Цель артикуляционной гимнастики – выработка полноценных движений, определенных положений и развитие силы мышц органов артикуляционного аппарата, необходимых для правильного произношения звуков, развитие более тонких и дифференцированных движений языка, активизации его кончика

Далее проводится специальная артикуляционная гимнастика:

Комплекс упражнений зависит от группы нарушенных звуков.

Для постановки свистящих звуков использовался следующий комплекс артикуляционной гимнастики (для Кирилла, Макара, Насти, Семена):

Упражнения для губ – нижнюю губу закусить, верхнюю вверх, наоборот; оскал; улыбка, обнажающая зубы.

Для языка – лопата, чищу зубы внизу, кошечка сердится, санки и горка, желобок.

При работе с шипящими звуками (для Кирилла, Макара, Насти) использовали следующие виды артикуляционных упражнений для губ: «Заборчик», «Улыбочка», «Трубочка», артикулирование гласных звуков [а, о, у].

Упражнения для языка: «Почистим зубы», «Лопаточка», «Качели», «Маляр», «Чашечка», «Покусывание языка», «Лошадка», «Гармошка».

Наиболее частые дефекты наблюдались у детей при произнесении звука [Р]. Так, для постановки сонорных звуков используются следующие упражнения:

- для губ: «Заборчик»;
- для языка: «Почистим зубы», «Вкусное варенье», «Лопаточка», «Качели», «Маляр», «Гармошка», «Лошадка», «Индюк» «Барабанщики»;
- для растягивания подъязычной уздечки может применяться упражнение «Грибок».

С целью нормализации речевого дыхания проводились упражнения по выработке плавного, длительного речевого выдоха. В рамках статической дыхательной гимнастики дети обучались быстрому вдоху и плавному выдоху. Использовалось задувание свечи, а также игры «Подуем в трубочку», «Шторм в стакане» и другие.

Затем проводилась фонационная дыхательная гимнастика: воспроизведение гласных звуков на одном выдохе, а также воспроизведение согласных звуков. Затем в упражнения вводились слоги, слова и фразы.

Также проводились упражнения для развития силы голоса, в том числе усиления голоса, ослабления голоса, усиления и ослабления голоса на одном выдохе, а также произнесение предложений с изменением силы голоса. Также проводились упражнения для формирования интонационного навыка и умения контролировать высоту голоса.

Основной этап

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

Постановка звуков проводится на индивидуальных занятиях, автоматизация дифференциация на групповых.

Исправление недостатков звукопроизношения у детей заключалось в постановке и автоматизации звуков и одновременном развитии фонематического восприятия, так как без полноценного восприятия фонем, без четкого их различения невозможно и их правильное произношение.

Для постановки звуков применялись различные приемы: по подражанию, от опорных звуков, механическим способом, смешанным способом.

При постановке звука [С] (для Макара, Насти, Семена) могут применяться приемы по подражанию, от опорных звуков [Ф, И, Э, Ц], с механической помощью. Автоматизация проводится сначала в прямых, между гласными, обратных слогах, словах и при стечении согласных.

При постановке звука [Р] наиболее распространенным приемом является постановка звука [Р] от [Д], повторяющегося на одном выдохе: ддд.

Используется прием постановки звука [Р] в два этапа: 1) выработка проторного [Р] (без вибрации кончика языка), 2) выработка раскатистого [Р] (с вибрацией кончика языка).

На этапе автоматизации звук [Р] вводят в слова, где он находится:

- в начале слова: ракета, роза, рука, рыба;
- в середине: барабан, фартук, корова, ворона, пароход;
- в конце: топор, светофор, помидор, забор.

С отработанными словами составляют предложения.

При употреблении в словах и фразовой речи проторного [Р] у ребенка иногда самостоятельно может появиться раскатистое произношение звука [Р]. В остальных случаях необходимо вырабатывать вибрацию кончика языка.

После постановки и автоматизации переходят к упражнениям по дифференциации звуков, которые наиболее резко противопоставляются друг другу по артикуляционным признакам.

5. Формирование фонематических процессов.

Проводится работа по развитию фонематического слуха и навыков звукового анализа.

Развитие фонематического восприятия осуществляется с первых этапов логопедической работы и проводится в игровой форме, на фронтальных, подгрупповых и индивидуальных занятиях.

Эта работа начинается на материале неречевых звуков и постепенно охватывает все звуки речи, входящие в звуковую систему данного языка (от звуков, которые освоены детьми, до тех, которые только еще ставятся и

вводятся в самостоятельную речь).

Параллельно с первых занятий проводится работа по развитию слухового внимания и слуховой памяти, это позволяет добиваться наиболее эффективных и быстрых результатов развития фонематического восприятия.

Для этого используются следующие игры и упражнения:

1. 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.).

2. «Скажи как я». Взрослый произносит слово, выделяя один звук, а ребёнок повторяет (ррракета). Необходимо, чтобы ребёнок научился выделять звук при произнесении слова.

3. «Найди место звука в слове». Ребенок может передвигать фишку по дорожке из цветного картона, разделенной на 3 части.

4. 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.

Заключительный этап включал в себя рефлекссию и релаксацию. Дети повторяли материал, полученный на логопедическом занятии.

Осуществлялось взаимодействие с родителями, проводились родительские собрания, выполнялись домашние задания, проводилось тестирование и анкетирование, а также консультации-практикумы, направленные на обучение родителей развитию крупной, мелкой моторики, артикуляционной гимнастике и др.

Таким образом, логопедическая работа в условиях логопункта с детьми с псевдобульбарной дизартрией является систематической работой, включающей в себя развитие моторики, коррекцию звукопроизношения, развитие фонематического слуха и восприятия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данная выпускная квалификационная работа была посвящена актуальной в настоящее время проблеме изучения и коррекции фонетико-фонематического недоразвития речи у дошкольников с псевдобульбарной дизартрией.

В ходе написания работы достигнута поставленная во введении цель – определено содержание логопедической работы по коррекции фонетико-фонематического недоразвития речи у дошкольников с псевдобульбарной дизартрией.

Решены следующие задачи:

1. Проанализирована научно-методическая литература, посвященная коррекции фонетико-фонематического недоразвития речи у старших дошкольников с псевдобульбарной дизартрией.
2. Проведен констатирующий эксперимент и проанализированы полученные результаты обследования детей с псевдобульбарной дизартрией.
3. Определены направления и содержание логопедической работы по коррекции фонетико-фонематического недоразвития речи у старших дошкольников с псевдобульбарной дизартрией в условиях логопункта.

Для реализации первой задачи были изучены работы таких авторов, как Г. А. Каше, Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина, Т. В. Туманова, Л. В. Лопатина, Н. В. Серебрякова, Е. Ф. Архипова.

При изучении специальной литературы по проблеме исследования были выделены закономерности развития устной речи у детей в норме, психолого-педагогическая характеристика детей с псевдобульбарной дизартрией и особенности становления устной речи у детей с фонетико-фонематическим недоразвитием речи и псевдобульбарной дизартрией. Было установлено, что становление звукопроизношения и формирование фонематических процессов у дошкольников с псевдобульбарной дизартрией

не происходит без соответствующей коррекционно-логопедической работы. Это описано в работах Т. Б. Филичевой, Л. В. Лопатиной, Е. Ф. Архиповой, А. Н. Гвоздева.

При проведении констатирующего эксперимента были изучены состояние моторной сферы, звукопроизношения, просодики, фонематического слуха и восприятия. Анализ результатов констатирующего эксперимента показал, что у исследуемых детей нарушены общая, мелкая и артикуляционная моторика, звукопроизношение, фонематический слух и восприятие. Нарушения звукопроизношения в большинстве случаев носят полиморфный характер. При обследовании фонематического слуха наиболее затруднительным для детей является различение свистящих и шипящих звуков, различение звуков по звонкости-глухости. Навыки звукового анализа не сформированы в достаточной степени.

Исходя из вышеизложенного, были определены направление и содержание логопедической работы по коррекции фонетико-фонематического недоразвития речи у старших дошкольников с псевдобульбарной дизартрией. На каждого ребенка был составлен перспективный план индивидуальной коррекционной работы. Работа велась по следующим направлениям: развитие общей, мелкой, артикуляционной моторики, формирование правильных артикуляционных укладов, постановка, автоматизация и дифференциация звуков, формирование фонематических процессов (развитие фонематического слуха и восприятия).

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агранович, З. Е. Логопедическая работа по преодолению нарушений слоговой структуры слов у детей / З. Е. Агранович. – Санкт-Петербург : Детство-Пресс, 2001. – 48 с.
2. Алябьева, Е. А. Логоритмические упражнения без музыкального сопровождения : Методическое пособие. / Е. А. Алябьева. – Москва : ТЦ Сфера, 2006. – 64 с.
3. Архипова, Е. Ф. Логопедическая работа с детьми раннего возраста : учеб. пособие для студентов педвузов / Е. Ф. Архипова. – Москва : Астрель, 2007. – 224 с.
4. Архипова, Е. Ф. Стертая дизартрия у детей : учебное пособие / Е. Ф. Архипова. – Москва.: Астрель, 2006. – 319 с.
5. Беккер, К. П. Логопедия / К. П. Беккер, М. Совак. – Москва : Медицина, 1981. – 288 с.
6. Бельтюков, В. И. Взаимодействие анализаторов в процессе восприятия и усвоения устной речи (в норме и патологии) / В. И. Бельтюков. – Москва : Педагогика, 1977. – 176 с.
7. Белякова, Л. И. Логопедия. Дизартрия / Л. И. Белякова, Н. Н. Волоскова. – Москва : Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2009. – 287 с.
8. Борозинец, Н. М. Логопедические технологии : учеб.-метод. пособие / Н. М. Борозинец, Т. С. Шеховцова ; Ставропол. гос. пед ин-т. – Ставрополь, 2008. – 224 с.
9. Винарская, Е. Н. Дизартрия / Е. Н. Винарская. – Москва : Астрель, Хранитель, 2006. – 142 с.
10. Выготский, Л. С. Мышление и речь / Л. С. Выготский. – Москва : АСТ, 2021. – 576 с.
11. Гвоздев, А. Н. Вопросы изучения детской речи / А. Н. Гвоздев. – Москва : Изд-во Акад. пед. наук РСФСР, 1961. – 472 с.

12. Ефименкова, Л. Н. Формирование речи у дошкольников / Л. Н. Ефименкова. – Москва : Национальный книжный центр, 2015. – 221 с.
13. Жинкин, Н. И. Речь как проводник информации / Н. И. Жинкин. – Москва : Наука, 1982. – 159 с.
14. Жукова, Н. С. Отклонения в развитии детской речи / Н. С. Жукова, Е. М. Мастюкова, Т. Б. Филичева. – Екатеринбург, 2006. – 316 с.
15. Жукова, Н. С. Логопедия / Н. С. Жукова, Е. М. Мастюкова, Т. Б. Филичева. – Москва : ЭКСМО, 2020. – 288 с.
16. Калягин, В. А. Логопсихология / В. А. Калягин, Т. С. Овчинникова. – Москва : Академия, 2014. – 352 с.
17. Касаткина, И. О. Логопедическая работа по развитию фонематических процессов у дошкольников с общим недоразвитием речи / И. О. Касаткина // Молодой ученый. – 2021. – №3 (345). – С.370-371.
18. Каше, Г. А. Подготовка к школе детей с недостатками речи : пособие для логопеда / Г. А. Каше. – Москва : Просвещение, 1985. – 207 с.
19. Каше, Г. А. Программа воспитания и обучения детей с фонетико-фонематическим недоразвитием речи (7 год жизни) / Г. А. Каше, Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина – Москва : М-во Просвещения СССР науч.-исслед. ин-т дефектологии АПН СССР, 1986. – 81 с.
20. Корнев, А. Н. Основы логопатологии детского возраста: клинические и психологические аспекты / А. Н. Корнев. – Санкт-Петербург : Речь, 2006. – 380 с.
21. Костина, Д. В. Коррекция дисфонических нарушений голоса у старших дошкольников с псевдобульбарной дизартрией / Д. В. Костина // В сборнике: Изучение и образование детей с различными формами дизонтогенеза Материалы всероссийской научно-практической конференции студентов, магистрантов, аспирантов и слушателей / Научный редактор О. Г. Нугаева, 2013. – С.121-125.
22. Левина, Р. Е. Основы теории и практики логопедии / Р. Е. Левина. – Москва : Просвещение, 1967. – 564 с.

23. Левченко, И. Ю. Особенности логопедической работы по преодолению дизартрических нарушений речи / И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько // Логопедия. Методическое наследие. Пособие для логопедов и студентов дефектологических факультетов педвузов. В 5 кн. Кн. 1 / под ред. Л. С. Волковой. – Москва : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2004. – С.247-271.

24. Логопедия: учебник для студ. дефектол. фак. пед. высш. учеб. заведений / под ред. Л. С. Волковой. – Москва : Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2009. – 703 с.

25. Лопатина, Л. В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников : учебное пособие / Л. В. Лопатина, Н. В. Серебрякова. – Санкт-Петербург : СОЮЗ, 2000. – 192 с.

26. Мартынова, Р. И. Сравнительная характеристика детей, страдающих легкими формами дизартрии и функциональной дислалией / Р. И. Мартынова // Хрестоматия по логопедии. Учебное пособие для студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений. В 2 т. Т. 1 / под ред. Л. С. Волковой, В. И. Селиверстова. – Москва : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997. – С.214-218.

27. Мастюкова, Е. М. Нарушение речи у детей с церебральным параличом : кн. для логопеда / Е. М. Мастюкова, М. В. Ипполитова. – Москва : Просвещение, 1985. – 192 с.

28. Микляева, Н. В. Логопедия. Методика и технологии развития речи дошкольников / Н. В. Микляева. – Москва : ИНФРА-М, 2016. – 313 с.

29. Основы логопедии с практикумом по звукопроизношению : учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / под ред. Т. В. Волосовец. – Москва : Издательский центр «Академия», 2002. – 200 с.

30. Парамонова, Л. Г. Логопедия для всех / Л. Г. Парамонова. – Москва : АСТ, 2002. – 335 с.

31. Правдина, О. В. Логопедия : учеб. пособие для студентов дефектолог. факультетов пед. ин-тов / О. В. Правдина. – Москва : Просвещение, 1973. – 272 с.

32. Савина, Л. П. Пальчиковая гимнастика для развития речи дошкольников : пособие для родителей и педагогов / Л. П. Савина. – Москва : АСТ, 2004. – 48 с.

33. Семихатская, С. В. Особенности формирования мелкой моторики пальцев рук при коррекции звукопроизношения у дизартриков / С. В. Семихатская // Логопед – 2009. – №6. – С.53-55.

34. Соботович, Е. Ф. Проявления стертых дизартрий и методы их диагностики / Е. Ф. Соботович, А. Ф. Чернопольская // Дефектология. – 1974. – №4. – С.20-25.

35. Трубникова, Н. М. Структура и содержание речевой карты : учебно-методическое пособие / Н. М. Трубникова. – Екатеринбург, 1998. – 51 с.

36. Туманова, Т. В. Формирование звукопроизношения у дошкольников : учеб.-метод. пособие для логопедов и воспитателей / Т. В. Туманова; под ред. Т. Б. Филичевой. – Москва : ГНОМ-ПРЕСС, 1999. – 64 с.

37. Фатеева, Н. М. Изучение формирования речевого дыхания у детей дошкольного возраста с нарушением речи / Н. М. Фатеева, М. А. Посохова // Вестник Российского университета дружбы народов. – 2010. – №4. – С.478-480.

38. Филичева, Т. Б. Дети с фонетико-фонематическим недоразвитием. Воспитание и обучение : учеб.-метод. пособие для логопедов и воспитателей / Т. Б. Филичева, Т. В. Туманова. – Москва : ГНОМ и Д, 2000. – 80 с.

39. Филичева, Т. Б. Нарушение речи у детей : Пособие для воспитателей дошкольных учреждений / Т. Б. Филичева, Н. А. Чевлева Г. В. Чиркина. – Москва : Профессиональное образование, 1993. – 232 с.

40. Филичева, Т. Б. Основы логопедии : учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. «Педагогика и психология (дошк.)» / Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина. – Москва : Просвещение, 1989. – 223 с.

41. Филичева, Т. Б. Программа обучения и воспитания детей с фонетико-фонематическим недоразвитием (старшая группа детского сада) : учеб. пособие для логопедов и воспитателей детских садов для детей с

нарушениями речи / Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина. – Москва : МГОПИ, 1993. – 72 с.

42. Фомичева, М. Ф. Воспитание у детей правильного произношения : пособие для воспитателя дет. сада / М. Ф. Фомичева. – Москва : Просвещение, 1989. – 239 с.

43. Хватцев, М. Е. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста : пособие для студентов пед. институтов, методистов и воспитателей дет. садов / М. Е. Хватцев. – Москва : Гос. учеб.-пед. изд-во М-ва Просвещения РСФСР, 1961. – 208 с.

44. Хватцев, М. Е. Логопедия / М. Е. Хватцев. – Москва : ВЛАДОС, 2013. – 272 с.

45. Частухина, С. А. Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии / С. А. Частухина – Екатеринбург, 2015. – 130 с.

46. Чиркина, Г. В. Основы логопедической работы с детьми / Г. В. Чиркина. – Москва : Аркти, 2011. – 112 с.

47. Шашкина, Г. Р. Логопедическая работа с дошкольниками : учеб. пособие для студентов высш. пед. учеб. Заведений / Г. Р. Шашкина, Л. П. Зернова, И. А. Зимина. – Москва : Академия, 2003. – 240 с.

48. Эльконин, Д. Б. Детская психология : учеб. пособие для студентов вузов / Д. Б. Эльконин. – Москва : Академия, 2007. – 384 с .

49. Ястребова, А. В. Хочу в школу: Система упражнений, формирующих речемыслительную деятельность и культуру устной речи детей / А. В. Ястребова, О. И. Лазаренко. – Москва : АРКТИ, 2001. – 136 с.