



АНТИПЛАГИАТ
ТВОРИТЕ СОБСТВЕННЫМ УМОМ



УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

СПРАВКА
О результатах проверки текстового документа
на наличие заимствований

Проверка выполнена в системе
Антиплагиат.ВУЗ

Автор работы	Фоминых Екатерина Арсентьевна
Факультет, кафедра, номер группы	Институт специального образования, кафедра логопедии и клиники дизонтогенеза, группа ЛПП-1942z
Название работы	«Предупреждение нарушений письма у младших школьников с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии»
Процент оригинальности	79

Дата 11.02.2022

Ответственный в
подразделении

Е. Покрас
(подпись)

Покрас Е.А.
(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

ОТЗЫВ

руководителя выпускной квалификационной работы

Тема ВКР Предупреждение нарушений письма у младших школьников с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии

Обучающийся Фоминых Екатерина Арсентьевна при работе над ВКР проявил себя следующим образом:

1. Уровень самостоятельности и ответственности

Екатерина Арсентьевна достаточно ответственно подошла к выбору актуальной в настоящее время темы исследования, к подготовке материала и написанию выпускной квалификационной работы. Выбор темы обусловлен профессиональными интересами Екатерины Арсентьевны. Обучающаяся в течение всей работы над ВКР посещала консультации, активно проводила все этапы исследования, анализировала полученные данные, вносила необходимые правки. Екатерина Арсентьевна показала себя заинтересованным в результатах работы педагогом-исследователем. Она, раскрывая тему ВКР, предложила решение не только уже описанных в специальной литературе противоречий, но и тех проблем и условий, которые имеются в конкретной образовательной организации.

2. Уровень предметной подготовки обучающегося

В целом, соответствует требованиям к уровню предметной подготовки выпускника-логопеда.

3 Замечания и рекомендации

В тексте имеются ошибки, в том числе технического характера, которые не влияют на качество ВКР.

ОБЩЕЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выпускная квалификационная работа Екатерины Арсентьевны Фоминых соответствует предъявляемым требованиям и может быть допущена к защите. Уникальность текста работы 79 %.

Ф.И.О. руководителя ВКР Костюк Анна Владимировна

Должность доцент Кафедра логопедии и клиники дизонтогенеза

Уч. звание - Уч. степень к.п.н.

Подпись 

Дата 17.02.2022 г.

РЕЦЕНЗИЯ

на выпускную квалификационную работу

обучающегося **Фоминых Екатерины Арсентьевны**

Направление подготовки 44.04.03 «Специальное (дефектологическое) образование»

Магистерская программа «Логопедия»

Тема ВКР: Предупреждение нарушений письма у младших школьников с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии

1. Актуальность исследования связана с необходимостью определения содержания и основных направлений коррекционной работы по предупреждению нарушений письма у младших школьников с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии.

2. Научная и практическая значимость ВКР обусловлена анализом современных подходов в определении методов диагностики и коррекционной работы по предупреждению нарушений письма у младших школьников с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии; определением методов и форм работы логопеда в данном направлении.

3. Общая грамотность и качество оформления: принципиальных замечаний к грамотности и качеству оформления нет

4. Вопросы и замечания:

1) Формулировка темы: «Предупреждение нарушений письма...», однако в Приложениях отсутствуют примеры работ (продуктов деятельности детей), в которых эти «нарушения» были бы представлены. Вопрос: в чем отличие понятий «письмо» и «письменная речь», «нарушения письма» и «нарушения письменной речи»?

2) В гипотезе заявлена необходимость «рекомендаций логопеда» для выполнения их родителями и педагогами. В чем суть этих рекомендаций?

5. Общая оценка работы. ВКР имеет традиционную структуру для работ данного научного жанра: в 1 главе последовательно раскрываются основные теоретические положения и подробно анализируются имеющиеся в теоретической и методической литературе подходы к теме исследования.

2 глава посвящена описанию организации констатирующего эксперимента, в ходе которого выявляются основные особенности нарушений письма у младших школьников с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии, анализ которых предопределил задачи коррекционной работы.

Материалы 3 главы и Приложений демонстрируют профессиональные навыки магистранта в организации практической работы по организации коррекционной работы по предупреждению нарушений письма у младших школьников с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии.

Анализ работы позволяет сделать выводы о сформированности основных профессиональных компетенций. ВКР Фоминых Екатерины Арсентьевны заслуживает **высокой оценки.**

Сведения о рецензенте:

Ф.И.О. Л. В. Христолюбова

Должность: доцент

Место работы: кафедра теории и методики обучения лиц с ОВЗ ИСО УрГПУ

Уч. звание: канд. филол. наук. **Уч. степень:** доцент

Подпись _____

Дата 16.02.2022

Министерство просвещения Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Уральский государственный педагогический университет»
Институт специального образования
Кафедра логопедии и клиники дизонтогенеза

**Предупреждение нарушений письма у младших школьников с легкой
степенью псевдобульбарной дизартрии**

Выпускная квалификационная работа
44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование
Магистерская программа «Логопедия»

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

Исполнитель: Фоминых Екатерина
Арсентьевна, обучающийся группы
ЛГП-1942z заочного отделения

Подпись

Дата

Подпись

Научный руководитель:
Костюк Анна Владимировна,
к.п.н., доцент кафедры логопедии и
дизонтогенеза

Подпись

Екатеринбург 2022

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ НАРУШЕНИЙ ПИСЬМА У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ЛЕГКОЙ СТЕПЕНЬЮ ПСЕВДОБУЛЬБАРНОЙ ДИЗАРТРИИ	9
1.1. Психофизиологические механизмы письма	9
1.2. Психолого-педагогическая характеристика младших школьников с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии	14
1.3. Характеристика нарушений письма у младших школьников с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии	24
ГЛАВА 2. ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ МОТОРИКИ, ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ, ПРОСОДИКИ, ФОНЕМАТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ, ЗРИТЕЛЬНО-ПРОСТРАНСТВЕННОГО ВОСПРИЯТИЯ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ЛЁГКОЙ СТЕПЕНЬЮ ПСЕВДОБУЛЬБАРНОЙ ДИЗАРТРИИ И АНАЛИЗ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ	29
2.1. Организация, принципы, цель, задачи изучения состояния моторики, звукопроизношения, просодики, фонематических процессов, зрительно-пространственного восприятия у младших школьников с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии	29
2.2. Анализ результатов изучения состояния моторики, звукопроизношения, просодики, фонематических процессов, зрительно-пространственного восприятия у младших школьников с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии	38
2.3. Анализ взаимосвязи выявленных нарушений моторики, звукопроизношения, просодики, фонематических процессов у младших школьников с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии	45
ГЛАВА 3. ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ НАРУШЕНИЙ ПИСЬМА У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ЛЕГКОЙ СТЕПЕНЬЮ ПСЕВДОБУЛЬБАРНОЙ ДИЗАРТРИИ	51

3.1. Теоретическое обоснование, организация и принципы логопедической работы по предупреждению нарушений письма у младших школьников с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии	51
3.2. Содержание логопедической работы по предупреждению нарушения письма у младших школьников с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии	56
3.3. Результаты контрольного эксперимента	62
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	67
СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	70

ВВЕДЕНИЕ

С каждым годом количество детей, поступающих в школу, имеющих различные речевые нарушения, возрастает. В 2017 году глава Минобрнауки РФ Ольга Васильева сделала заявление о том, что в текущем году в общеобразовательные учреждения поступят 58% детей, имеющих нарушения фонематических процессов. Ранее, в 2000-х годах исследования проводились Санкт-Петербургским психолого-педагогическим центром «Здоровье». По данным этого исследования у 52,5% обследуемых выпускников дошкольных образовательных учреждений выявлены нарушения звукопроизношения, 35,8% из них – со стертой и выраженной дизартрией. В 50-е годы XX века таких детей отмечалось лишь 17% [1]. За период с 2004 года по 2014 год количество случаев нарушения речевого развития у детей увеличилось в среднем на 34–44,3% [34]. Исследователи связывают такую отрицательную динамику с неблагоприятной экологической ситуацией, сокращением времени, проводимого ребёнком с родителями, нарушениями внутриутробного и раннего развития и другими неблагоприятными факторами.

Наиболее распространенным речевым нарушением у детей, поступающих в общеобразовательные учреждения, является легкая степень псевдобульбарной дизартрии. Дети с таким нарушением обычно не вызывают особого беспокойства у родителей и педагогов дошкольных учреждений. Ведь их речь не отличается грубыми нарушениями звукопроизношения, анатомические дефекты периферического речевого аппарата отсутствуют, лексико-грамматический строй речи развивается в соответствии с нормой или незначительно отстаёт от нее. Значительные трудности у таких детей появляются с началом формирования письменной речи – чтения и письма. На этом этапе и проявляются у детей с дизартрией нарушения фонетики, фонематических процессов, лексико-грамматического строя речи. При таких нарушениях невозможно полноценное формирование

навыков письма и чтения, а значит, невозможно эффективное освоение и других учебных предметов, так как чтение и письмо лежат в основе всех предметов школьной программы. На фоне неуспешности в чтении и письме у школьников снижается общая успеваемость, страдает самооценка, обнаруживается нежелание учиться.

Исследованием проблемы псевдобульбарной дизартрии занимались А. В. Винарская, Л. И. Белякова, Е. Ф. Архипова, О. В. Правдина, К. А. Семенова, Г. В. Чиркина, И. И. Панченко и другие. Основная часть исследований касается, главным образом, дошкольников с дизартрией, в том числе детей с детским церебральным параличом. Анализ литературы показал, что недостаточно исследований, посвященных логопедической работе по предупреждению нарушений письма у детей младшего школьного возраста, обучающихся в общеобразовательной школе.

Таким образом, проблема подбора содержания логопедической работы, направленной на предупреждение нарушений письма у младших школьников с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии, обучающихся в общеобразовательных школах является актуальной и обусловлена противоречиями между увеличением числа детей с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии в массовых школах и недостаточной диагностической и профилактической работой, проводимой в них; между необходимостью логопедической помощи таким детям и недостаточностью комплектов методических разработок, предназначенных для младших школьников, обучающихся в общеобразовательных организациях.

Объект исследования – моторика, звукопроизношение, просодика, фонематические процессы, письмо и их взаимосвязь у младших школьников с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии.

Предмет исследования – процесс логопедической работы по предупреждению нарушений письма у младших школьников с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии в общеобразовательных учреждениях.

Цель исследования – теоретически и экспериментально обосновать содержание логопедической работы по предупреждению нарушений письма у младших школьников с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии в общеобразовательном учреждении.

Задачи исследования:

- изучить научно-методическую литературу по данной проблеме;
- подготовить и провести констатирующий эксперимент, сделать анализ его результатов;
- на основании анализа методической литературы по предупреждению нарушений письма у детей с дизартрией и анализа констатирующего эксперимента определить содержание логопедической работы по предупреждению нарушений письма у младших школьников с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии в общеобразовательном учреждении;
- проанализировать эффективность содержания логопедической работы на основе сравнения полученных результатов в контрольном обследовании детей экспериментальной группы.

Гипотеза: предполагаем, что логопедическая работа по предупреждению нарушений письма у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией будет эффективной, если:

- выявление обучающихся с легкой степенью псевдобульбарной дизартрией будет происходить на начальном этапе обучения;
- коррекция нарушений речи будет проводиться с учетом взаимосвязи, моторной сферы, просодики, звукопроизношения и фонематических процессов;
- логопедическая работа по предупреждению нарушений письма с такими детьми по подобранной методике будет системной и регулярной;
- рекомендации логопеда будут выполняться родителями и педагогами.

Методологическую основу исследования составляют:

- положение о единстве диагностики и коррекции развития (Л. С. Выготский, В. И. Лубовский, А. Р. Лурия);

- принцип коррекционной направленности учебно-воспитательного процесса (Т. А. Власова, Г. М. Дульнев, В. И. Лубовский и др.);
- положение о закономерностях развития нормального и аномального ребенка (Т. А. Власова, Л. С. Выготский, В. В. Лебединский, М. С. Певзнер);
- положение о системности языка, тесной связи развития речи с другими сторонами психической деятельности (Л. А. Венгер, Е. Н. Винарская, Л. С. Выготский, Н. И. Жинкин, Р. Е. Левина и др.).

Теоретическую основу работы составили классические положения логопедии об общем недоразвитии речи (Р. Е. Левина, Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина), современные представления о нарушениях письма (Т. В. Ахутина, Т. П. Бессонова, О. А. Величенкова, О. Б. Иншакова, Р. Е. Левина, М. Н. Русецкая, Т. А. Фотекова, А. В. Ястребова).

Методы исследования:

- 1) теоретические: анализ специальных литературных источников по проблеме исследования;
- 2) эмпирические: анализ медицинской и педагогической документации, наблюдение, эксперимент;
- 3) методы обработки полученных результатов: качественный и количественный анализ.

База исследования – учащиеся первых классов МАОУ СОШ № 22 6–7 лет, с сохранным интеллектом, обучающиеся по основной общеобразовательной программе начального общего образования, с логопедическим заключением «фонетико-фонематическое недоразвитие речи, легкая степень псевдобульбарной дизартрии».

Этапы исследования. Первый этап – поисковый (январь - август 2020 года): изучение литературы по теме диссертации, выделение исходных теоретических положений, определение научного аппарата исследования, наблюдение за учебной деятельностью, подготовка констатирующего и формирующего экспериментов. Второй этап – диагностический (сентябрь 2020 г.): проведение констатирующего эксперимента. Третий этап –

преобразующий (октябрь – апрель 2020/2021 г.): проведение формирующего эксперимента. Четвертый этап – аналитический (май 2021 г.): проведение контрольного эксперимента, формулирование выводов.

Практическая значимость исследования состоит в том, что в нем подробно описано содержание логопедической работы по предупреждению нарушений письма у младших школьников с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии в общеобразовательной школе, представлен практический материал, позволяющий выстроить эффективную работу с данной категорией обучающихся не только логопеду, но и учителям.

Достоверность и обоснованность полученных результатов исследования обусловлена адекватностью выбранных методов исследования (в том числе статистической обработки) предмету исследования; реальностью исходных данных, соответствием полученных результатов ожиданиям, согласованностью теоретических выводов с результатами эксперимента, положительными результатами практического использования результатов исследования.

Положения, выносимые на защиту:

1. В условиях общеобразовательного учреждения существует необходимость специально организованной работы по предупреждению нарушений письма у младших школьников с фонетико-фонематическим недоразвитием, легкой степенью псевдобульбарной дизартрии.

2. Работа по предупреждению нарушений письма у младших школьников с фонетико-фонематическим недоразвитием, легкой степенью псевдобульбарной дизартрии должна осуществляться не только на логопедических занятиях, но и на уроках письма, обучения грамоте, технологии, изобразительного искусства, музыки, физической культуры, во внеурочной деятельности: театральной, конструировании.

3. Работа по предупреждению нарушений письма у описываемой категории учащихся должна проходить в взаимодействии всех педагогов, специалистов, работающих с данной категорией детей, и их родителей.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ НАРУШЕНИЙ ПИСЬМА У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ЛЕГКОЙ СТЕПЕНЬЮ ПСЕВДОБУЛЬБАРНОЙ ДИЗАРТРИИ

1.1. Психофизиологические механизмы письма

Изучению письменной речи посвящены исследования А. Р. Лурии, В. И. Бельтюкова, О. В. Правдиной, Н. И. Красногорского, А. Н. Гвоздева, Н. Х. Швачкина и других.

И в историческом, и в генетическом смысле письмо появилось в психической сфере человека позже всех остальных психических функций. А. Р. Лурия считал письмо наиболее сложной формой речевой деятельности, отличающейся от устной речи. Если устная речь возникает у ребенка спонтанно, через подражание взрослым, то письмо – это осознанный, произвольно строящийся акт. Письмо и устная речь отличаются по срокам и способам формирования и протекания, содержанию и функциям [27]. Так, устная речь появляется у ребенка на втором году жизни, а письмо – на пятом-седьмом. Устная речь возникает и развивается непроизвольно, в процессе общения с взрослым, а письменная речь появляется только в процессе осознанного и произвольного обучения. И только спустя время и регулярное упражнение письмо автоматизируется и превращается в навык.

Письменная речь является более поздней надстройкой над уже созревшей устной речью. Поэтому в письменной речи все сформировавшиеся ранее речевые механизмы совершенствуются и усложняются, к ним присоединяются новые механизмы, специфичные только для письменной речи.

Исследователи (А. Р. Лурия, Е. Д. Хомская, Л. С. Цветкова,

Т. В. Ахутина) выделяют несколько уровней в организации письма.

Сенсомоторный уровень включает технику письма.

Мотив, намерение, создание замысла, общий смысл, содержание письменного сообщения, регуляция и контроль действий составляют психологический уровень письма.

Выбор средств письма, перевод внутреннего смысла и содержания в лингвистические коды (слова, фразы, тексты) обеспечивает лингвистический уровень [51].

Автоматизированные движения руки - конечный этап перевода устной речи в письменную. Этому этапу предшествует большое количество операций. Начальным этапом письма является побуждение или мотив: фиксация, хранение информации, передача информации другому лицу, побуждение к действию другого человека и т.п. (психологический уровень). Далее человек мысленно формулирует план письменного высказывания, общую последовательность мыслей. Далее каждая мысль облачается в определенную структуру предложения (лингвистический уровень). В процессе непосредственно самого письма (сенсомоторный уровень) человеку необходимо осуществлять контроль за порядком слов, за тем, что он уже написал и за тем, что необходимо еще написать. У взрослого человека эти операции носят свернутый характер, а у ребенка в процессе овладения письмом предстают в развернутом виде [27].

Сенсомоторный уровень письма подразумевает работу участков коры левого полушария мозга и анализаторных систем (акустической, оптической, моторной). Каждая система отвечает за функционирование определенного звена, вместе они обеспечивают целостность процесса письма.

Речеслуховой анализатор обеспечивает отбор нужного звука, зрительный анализатор задействован при подборе букв, речедвигательный анализатор обеспечивает проговаривание, двигательный анализатор обеспечивает движения мышц кисти, руки, мелкую моторику.

Центры анализаторов расположены в разных областях коры головного

мозга:

- слуховой центр речи (центр Вернике) - в основании верхней височной извилины асимметрично - у правой в левом, а у левой – в правом полушарии;

- слуховая зона коры - в верхней височной извилине, обеспечивает восприятие информации от рецепторов органа слуха;

- зрительная зона коры находится в затылочной доле, отвечает за восприятие информации от рецепторов органа зрения.

- двигательный центр устной речи (центр Брока) расположен в основании нижней лобной извилины также ассиметрично у правой и левой, он контролирует произвольные сокращения мышц, участвующих в речеобразовании;

- двигательная зона коры находится в предцентральной извилине, здесь формируются импульсы произвольных движений, направленных к скелетным мышцам противоположной половины тела;

- в верхней теменной доле, рядом с затылочной расположен центр чтения, отвечающий за восприятие написанного текста;

- двигательный центр письменной речи ассиметрично локализован в основании средней лобной извилины, благодаря его работе осуществляются произвольные движения, необходимые для написания букв [20].

На начальном этапе формирования процесса письма самым сложным для детей является анализ звуковой структуры слова. Для правильного написания слова ребенок должен определить его звуковую структуру и последовательность расположения звуков. Выполнение данной операции обеспечивается совместной работой речеслухового и речедвигательного анализаторов. Важно при анализе звуков и определении их последовательности проговаривать слово вслух, шепотом, позднее - про себя. Положительное влияние проговаривания при письме доказали многие исследователи, начиная с конца XIX века – Д. И. Тихомиров, И. М. Сеченов, И.П. Павлов, Н.И. Жинкин, А.Н. Соколов, Л.К. Назарова, Л.Ф. Спирова,

Н. Н. Китаев, В. Ф. Смирнова, Н. И. Ривкина, Р. Е. Левина и другие. Многолетняя методическая практика в начальной школе показала, что проговаривание способствует правильному формированию у детей навыков письма [19].

На следующем этапе - соотнесение выделенной фонемы со зрительным образом буквы - важна достаточная сформированность пространственных представлений, зрительного восприятия. Позднее, когда навык письма сформирован, человек опирается на слуховое и речедвигательное представление, минуя зрительное звено. Но в начале формирования навыка письма зрение играет важную роль.

Далее выполняется моторная операция письма, обеспечиваемая работой двигательного анализатора - воспроизведение зрительного образа буквы движениями руки. Одновременно с этим осуществляется кинестетический контроль, зрительный контроль, чтение написанного [27].

Недостаточное развитие или нарушение функционирования какого-либо из анализаторов может привести к специфическим нарушениям письма - дисграфии.

Нарушение работы речеслухового анализатора может привести к акустической дисграфии – нарушению письма вследствие нарушенного фонематического слуха.

У человека выделяют три вида слуха: физический (различение шума дождя, воды, ветра, скрип дверей, голоса животных и т.п.); музыкальный, (позволяет различать звуки по высоте, тональности) и речевой (или фонематический) служит для понимания обращенной речи, распознавания звуков речи, различения звуков (гласных и согласных, звонких и глухих, твердых и мягких), различения схожих по произношению слов (сел – съел, лед – лот и т.п.) [13].

Впервые понятие «фонематический слух» сформулировал Л. С. Выготский. Он включал в это понятие способность слышать конкретный звук в слове; способность различать слова, состоящие из

одинаковых фонем, расположенных в разной последовательности; различение слов, схожих по звучанию, но имеющих разное значение [7].

Для полноценного анализа звуковой структуры слова помимо фонематического слуха человек задействует фонематическое восприятие. Д. Б. Эльконин под фонематическим восприятием подразумевал специальные действия по выделению звуков языка и установлению звуковой структуры слова как его единицы [14].

Если у ребенка нарушена работа речедвигательного анализатора, и как следствие, нарушено звукопроизношение, то и письмо может формироваться ошибочно. Ребенок, имеющий невнятную, нечленораздельную речь ошибается в звуковом анализе записываемых слов: не дифференцирует гласные, допускает смешение и пропуски букв. Исследователями (Р. М. Боскис, Л. К. Назаровой, Р. Е. Левиной) было доказано, что при исключении четкого проговаривания, помогающего определить звуковой состав слова, различить близкие по акустическому признаку звуки, количество ошибок на письме у учащихся первых классов увеличивалось в семь раз [32].

Ошибки на письме могут сохраниться у детей даже после коррекции звукопроизношения по причине того, что при внутреннем проговаривании артикуляция звуков по-прежнему остается неверной [27].

Если у ребенка недостаточно сформирован двигательный анализатор, для его письма характерны дрожание линии, значительные колебания наклона, высоты, размера букв, быстрое мышечное утомление, небрежность, зачеркивания при работе в тетрадях [1].

Недостаточное развитие зрительного анализатора может привести к оптической дисграфии – смешению букв, схожих по написанию, зеркальному написанию букв, затруднениям в удержании строки и наклона [23].

Таким образом, письменная речь, в отличие от устной, является результатом специально организованного обучающего процесса. На начальном этапе основной задачей является овладение технической стороной

процесса письма – выделение фонем из звукового потока, изображение этих фонем буквой, синтез букв в слове, последовательный переход от одного слова к другому. Письмо обеспечивается взаимодействием нескольких зон коры левого полушария головного мозга. Своевременное и правильное формирование навыка письма зависит от сохранности функций всех задействованных областей мозга. Овладение письмом начинается с анализа звукового состава слова, уточнения звуков и их последовательности и зависит от уровня развития фонематического слуха и восприятия. Недостаточная сформированность фонематических процессов негативно отражается на письме.

1.2. Психолого-педагогическая характеристика младших школьников с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии

Среди обучающихся общеобразовательных учреждений все чаще выявляются дети с речевыми нарушениями. В соответствии с Единой концепцией специального федерального государственного образовательного стандарта для детей с ограниченными возможностями здоровья, к детям с нарушениями речи относятся дети с психофизическими отклонениями различной выраженности, вызывающими расстройства коммуникативной и обобщающей (познавательной) функции речи. От других категорий детей с особыми потребностями их отличает нормальный биологический слух, зрение и полноценные предпосылки интеллектуального развития [11]. Нарушения речи дифференцируются по формам и степени выраженности.

В основе клинико-педагогической классификации (М. Е. Хватцев, Ф.А. Рау, О. В. Правдина, С. С. Ляпидевский, Б. М. Гриншпун) лежат причины возникновения и патологические проявления речевой недостаточности [25]. Выделяются нарушения устной и письменной речи. Расстройства фонационного (брадилалия, афония, дисфония, тахилалия,

заикание, ринолалия, дизартрия, дислалия,) и структурно-семантического оформления (афазия, алалия) относят к нарушениям устной речи. Нарушениями письменной речи считаются дислексия, дисграфия и дизорфография.

Критериями психолого-педагогической классификации, разработанной в 1960-х гг. Научно-исследовательским институтом дефектологии АПН СССР, Р. Е. Левиной, являются структурные компоненты речевой системы, функциональные аспекты речи, соотношение видов речевой деятельности. В этой классификации обозначены две группы нарушений – языковых средств общения (фонетическое недоразвитие, фонетико-фонематическое недоразвитие, общее недоразвитие речи) и применения средств общения (заикание) [33].

Результативность логопедической работы по преодолению нарушений речи зависит от вида и тяжести дефекта, компенсаторных механизмов центральной нервной системы отдельного ребенка, от своевременности, системности, регулярности комплексной помощи специалистов. Ранняя диагностика речевого развития повышает шансы на достижение положительного результата логопедической коррекции.

Младший школьный возраст с точки зрения речевого развития - возраст – от 6 до 10 лет, в этот период происходит осмысление звукового состава слов, развитие лексики, грамматического строя, начало формирования письменной речи, овладение понятием о литературном языке и норме, развитие монологической речи [43].

Наиболее распространенной в общеобразовательных школах и наиболее поддающейся эффективной коррекции группой детей с фонетико-фонематическим недоразвитием речи являются дети с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии.

Термин «дизартрия» был введен в 1879 году немецким врачом А. Кусмаулем и обозначал все расстройства артикуляции. С тех пор данный термин уточнялся, классифицировался разными исследователями,

клиницистами (Cowers 1888, Froeschels 1943, Brain 1948, Peacher 1948, Grewell 1957, Hazard-Hugot 1964). В отечественной науке интерес к дизартрии в первой половине XX века не был распространен. М. С. Маргулис (1926) называл дизартрией все двигательные расстройства речи кроме моторной афазии и апраксии. Л. Б. Литвак (1959) определял дизартрию как расстройства артикуляции (нарушенные ритм, интонация, темп), но не исследовал специфические особенности невнятного произношения.

Первое подробное исследование дизартрии в нашей стране принадлежит Е. Н. Винарской. Она понимает под данным термином «невнятную, смазанную, малоразборчивую речь, обусловленную стволово-подкорковыми очаговыми поражениями мозга» [5].

О. В. Правдина определяет дизартрию как расстройство моторной стороны устной речи, вызванное локальными поражениями двигательных отделов центральной или периферической нервной системы [38].

В современной практике логопедии дизартрию принято понимать как нарушение произносительной стороны речи, вызванное недостаточной иннервацией речевой мускулатуры вследствие органического поражения центральной нервной системы. При этом расстраивается двигательный механизм речи, нарушается моторная реализация речевого высказывания. Ведущими дефектами являются нарушение артикуляционной моторики, речевого дыхания, и, как следствие, голоса, просодического компонента речи, звукопроизношения [39].

Исследователи выделяют разные формы дизартрии в зависимости от тяжести нарушения, локализации поражения, симптоматики.

Исходя из степени разборчивости речи дизартрию подразделяют на четыре степени (Тардые): нарушения звукопроизношения может определить только специалист при целенаправленном обследовании ребенка; нарушения слышны окружающим, но речь разборчива; речь понятна только ближайшему окружению ребенка; отсутствие речи, неразборчивая речь [22].

Другой подход к классификации детской дизартрии предложен

И. И. Панченко. Его классификация основана на ведущем неврологическом синдроме и нарушениях моторики. Выделены спастико-паретическая, спастико-ригидная, гиперкинетическая, атактическая формы дизартрии [37].

Большинство исследователей указывают на то, что детская дизартрия чаще носит смешанный характер. Поэтому выделены спастико-атактическая, атактико-гиперкинетическая, спатико-атактико-гиперкинетическая и другие формы дизартрий.

В практике отечественной логопедии обычно используется классификация, разработанная на основе этиопатогенетического подхода. В данной классификации различают бульбарную, псевдобульбарную, мозжечковую, подкорковую и корковую дизартрии в зависимости от расположения очага поражения головного мозга [38].

Тем не менее, использование данной классификации для определения вида дизартрии у детей до настоящего времени остается вопросом дискуссионным, так как поражение мозга в перинатальный период, младенческом, раннем, детском возрасте носит, как правило, диффузный характер. Развивающийся мозг и компенсаторные механизмы изменяют клиническую картину проявления изначального поражения центральной нервной системы. С другой стороны, выделение форм детской дизартрии по аналогии с дизартрией взрослых в зависимости от локализации очагового поражения, дает возможность соотнести симптомы нарушений речи с поражением определенных зон мозга, реализующих процесс речеобразования. Это позволяет представить механизм нарушения речи, а значит и верно выбрать логопедические технологии коррекции. Такой классификации придерживались Е. Н. Правдина -Винарская, М. Б. Эйдинова, [10], Е.М. Мастюкова, К.А. Семенова, М.Я. Смуглин [45], О.В. Правдина [38], Л. С. Волкова [24].

Т. Б. Филичева определяет псевдобульбарную дизартрию как дизартрию вследствие псевдобульбарного паралича, т.е. пареза, вследствие поражения проводящих путей от коры головного мозга к ядрам

блуждающего, языкоглоточного и подъязычного нервов. Клинические проявления нарушений мимической и артикуляционной мускулатуры сходны с бульбарным парезом. Но, в отличие от последнего, шансы на эффективную коррекцию и формирование полноценного звукопроизношения при псевдобульбарной дизартрии более высоки [35].

В детском возрасте псевдобульбарная дизартрия является наиболее распространенным диагнозом, хотя у детей в исследуемых случаях отмечались одновременно поражения передних центральных извилин, лобных долей, подкорковых ядер и кортико-бульбарных путей, в связи с чем в топическом и патогенетическом плане название «псевдобульбарная» не совсем точно [5].

Наиболее схожа по симптоматике с псевдобульбарным параличом спастико-паретическая форма дизартрии. Она возникает при двухстороннем поражении пирамидных путей. Спастико-паретическая дизартрия может быть спастического типа (высокий тонус мышц); паретического типа (сочетание высокого тонуса с низким тонусом отдельных групп мышц речевого аппарата); гиперкинетического типа (высокий тонус мышц, насильственные движения, в основном тремор) [4].

При спастико-паретической форме дизартрии нарушается произношение сложноартикулируемых звуков, приближается к щелевым.

Также симптомами данной формы дизартрии можно считать назализованные гласные и согласные звуки, немодулированный, часто сиплый, голос, обедненную просодику, фонетико-фонематическое недоразвитие речи, в отдельных случаях - общее недоразвитие речи.

По степени выраженности дизартрию подразделяют на легкую, среднюю и тяжелую.

Другое название легкой степени дизартрии введено О. А. Токаревой - «нерезко выраженная», или «стертая», или «минимальные дизартрические расстройства» [47].

М. П. Давыдова позднее уточняет определение стертой дизартрии:

«нарушения звукопроизношения, вызванные избирательной неполноценностью некоторых моторных функций речедвигательного аппарата, а также слабостью и вялостью артикуляционной мускулатуры, можно отнести к легкой стертой псевдобульбарной дизартрии» [8].

Средняя или умеренная степень дизартрии характеризуется невнятной, малопонятной речью, смазанным звукопроизношением, опущением звуков в начале и конце слов, заметными нарушениями глубины и ритма дыхания, силы и тембра голоса, выраженными нарушениями тонуса мышц лица, губ, языка, затруднениями приема пищи.

При тяжелой степени дизартрии или анартрии звукопроизношение практически отсутствует в результате паралича речедвигательных мышц, Речевой аппарат характеризуется полной бездеятельностью, самостоятельный прием твердой пищи практически невозможен [4].

Психолого-педагогическая характеристика детей с дизартрией представлена в работах Р. А. Беловой-Давид, Г. В. Гуровец и С. И. Маевской, Л. В. Лопатиной, Р. И. Мартыновой, Е. М. Мастюковой, О. В. Правдиной, Н. В. Серебряковой, Е. Ф. Собонович и др. Исследователи отмечают, что легкую степень псевдобульбарной дизартрии чаще всего диагностируют у детей, имеющих какие-либо нарушения в пренатальном, натальном и раннем постнатальном развитии вследствие каких-либо негативных факторов: острые и хронические заболевания матери во время беременности, токсикоз, резус-конфликты, асфиксия лёгкой степени, родовые травмы, инфекционные заболевания детей в раннем возрасте и т.д. При легкой степени не отмечается выраженных двигательных расстройств, но особенности психофизиологического развития таких детей отмечаются [28].

Часто в младенчестве и раннем детстве у детей с дизартрией отмечаются двигательное беспокойство, беспричинный плач, нарушение сна, слабый крик, ребенок может отказаться от груди, так как ему трудно удерживать сосок, или ребенок сосет грудь вяло, часто поперхивается, много срыгивает, быстро устает.

Психомоторное развитие может протекать как нормально, так и в замедленном темпе. Дети могут быть соматически ослаблены, возможен судорожный синдром.

По результатам исследований Р. И. Мартыновой у детей со стёртой дизартрией в раннем возрасте отмечено отставание в психофизическом развитии - у 44 % детей задержка в развитии зубов; у 64 % детей позднее начало ходьбы - после 1,5 лет.

Закономерно и замедленное речевое развитие. Исследователи отмечали задержку в развитии речи у большинства (до 92%) обследуемых детей: появление первых слов лишь к двум-четырем годам (в норме по периодизации А.Н. Леонтьева - к году), простой фразовой речи к четырём-шести годам [30].

Симптомы органического поражения центральной нервной системы являются основным критерием для постановки диагноза «псевдобульбарная дизартрия». К таким симптомам относятся нарушения двигательной сферы: артикуляционной и мимической мускулатуры, общей и мелкой моторики.

Общая моторика отличается скованными, замедленными, плохо дифференцированными движениями, ограниченным объёмом движений рук и ног, синкинезиями, нарушениями мышечного тонуса, равновесия. В некоторых случаях, наоборот, подвижность может быть чрезмерной, движения частыми, непродуктивными и бесцельными.

В позе Ромберга у детей с дизартрией проявляется повышенный мышечный тонус рук при подъёме их вверх, лёгкий тремор пальцев, отклонение языка в пораженную сторону, гиперкинез языка.

Наиболее очевидны нарушения общей моторики при совершении сложных движений, требующих четкого контроля, точности и координированности в работе различных мышц, организации движений в пространстве и времени [1].

В мелкой моторике детей с дизартрией отмечают недостаточная быстрота, координация и точность движений пальцев. Исследователями

давно доказано, что развитие речи напрямую зависит от уровня сформированности движений пальцев рук: если развитие мелкой моторики проходит в соответствии с нормой, то и речь развивается удовлетворительно; если же отстает, задерживается и речевое развитие [18].

Нарушения артикуляционной и мимической мускулатуры детей с псевдобульбарной дизартрией обусловлены парезами, гиперкинезами, мышечным гипо- или гипертонусом. Особенности речевой моторики таких детей зависят от того, какие двигательные нервы поражены.

При поражении подъязычного нерва ограничены движения языка вперед, вверх, в стороны, корень языка в пассивном состоянии, а спинка, наоборот, напряжена, возможна асимметричность напряжения языка, некоординированные движения языком, сокращенная амплитуда, быстрое утомление при интенсивной артикуляции.

Если повреждены языкоглоточный и блуждающий нервы можно наблюдать недостаточное сокращение мягкого неба, отклонение маленького язычка в сторону, небольшой парез нёбной занавески с противоположной стороны [28].

Нарушение иннервации артикуляционных органов приводит помимо нарушения звукопроизношения и к недостаточной переключаемости отдельных движений. Например, это может вызывать небольшое надувание одной щеки или приоткрывание рта [24].

Таким образом, в работе мимической, лицевой мускулатуры и артикуляционного аппарата у детей с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии отмечаются недостаточная точность, плавность, вялость, быстрая истощаемость, ограниченные объем и амплитуда движений. Кроме этого, характерны нарушения кинестетического восприятия артикуляционных поз и движений [38]. Данные особенности моторной сферы приводят к нарушению фонетической стороны речи: артикуляции, голоса и других просодических компонентов языка.

Из нарушений звукопроизношения можно назвать искажения

артикуляции, смешение, замену и пропуски звуков. Исследователи отмечают преобладание антропофонических дефектов над фонологическими, т.к. расстройства звукопроизношения связаны с парезами мышц артикуляционного аппарата.

При малой амплитуде кончика языка, как правило, нарушено произношение шипящих звуков и сонорных.

Если напряжен или оттянут вглубь ротовой полости кончик языка - присутствует горловой ротацизм, нечеткое произнесение заднеязычных звуков.

Часто встречаются боковой и межзубный сигматизм, ротацизм, межзубное произнесение переднеязычных звуков, смягчение согласных звуков из-за спастического напряжения средней части спинки языка [46].

Также детям с дизартрией свойственно упрощение артикуляции – замена сложных звуков на более простые по артикуляторно-акустическим признакам: твёрдых – мягкими, щелевых звуков - взрывными, шипящих – свистящими, звонких – глухими, расщепление аффрикатов на составные элементы [26].

Еще одним важным признаком дизартрии являются мелодико-интонационные расстройства, возникающие из-за нарушенного речевого дыхания. Речь в таких случаях недостаточно разборчива, слабо выразительна.

Также при обследовании детей с дизартрией специалисты отмечают ослабление силы голоса, нарушения тембра, интонации [24].

Таким образом, ведущим дефектом при дизартрии является стойкое нарушение фонетического компонента речи, сложно корректирующееся и негативно влияющее на формирование остальных сторон речи. В зависимости от степени этого влияния детей с псевдобульбарной дизартрией относят к трем категориям:

1. Дети только с фонетическими нарушениями. Для них характерны нарушения звукопроизношения, дыхания, голоса, артикуляции, при этом фонематическое восприятие и лексико-грамматический строй относительно

сохранены.

2. Дети с фонетико-фонематическим недоразвитием. У таких детей наряду с нарушением звукопроизносительной стороны речи отмечается недоразвитие фонематических процессов, они испытывают трудности со звуковым анализом и синтезом.

3. Дети с общим недоразвитием речи. У детей этой группы нарушены все компоненты речи: произношение, фонематическое развитие, грамматический и лексический строй, ограничен словарный запас [42].

Необходимо отметить, что степень тяжести дизартрии не зависит от количества нарушенных сторон речи. Например, встречается легкая степень дизартрии при нарушении всех компонентов речи, а может быть дизартрия средней степени с нарушением только фонетики.

Помимо нарушений речевого развития исследователи (Е. Ф. Архипова, Р. И. Мартынова, В. А. Киселева, И. Б. Карелина) также отмечают у детей с псевдобульбарной дизартрией дефициты внимания, памяти (быструю истощаемость, пониженную переключаемость и устойчивость), задержку формирования некоторых высших корковых процессов: пространственного гнозиса, конструктивного праксиса [17].

Есть изменения и в состоянии речеслуховой и зрительной памяти. Дети испытывают трудности в запоминании отдельных слов, логически-смысловом запоминании текста. Это объясняется, не только недостаточно развитым вниманием, но и нарушенным фонематическим слухом вследствие расстройства артикуляции [15].

Ослабление памяти и внимания могут привести к вторичному ослаблению мыслительной деятельности. Дети неверно выполняют задания на обобщение предметов, группировку предметов и фигур по цвету, форме, размеру, ориентировку во времени, определение последовательности сюжетных картинок, установление причинно-следственных связей.

В эмоционально-волевом развитии можно отметить некоторую возбудимость, перепады настроения [29].

При легкой степени псевдобульбарной дизартрии перечисленные симптомы, как правило, выражены неярко, могут быть незаметны родителям и педагогам общеобразовательного профиля и диагностируются только при помощи проб и тщательного логопедического обследования, что приводит к несвоевременному выявлению проблемы и, соответственно, несвоевременному оказанию помощи. Такие дети могут посещать общеобразовательное дошкольное учреждение, поступить в общеобразовательную школу, быть успешными в освоении школьных предметов, и только специфические, системно повторяющиеся и неподдающиеся коррекции ошибки при письме могут навести взрослых на мысль, что ребенок нуждается в помощи логопеда.

1.3 Характеристика нарушений письма у младших школьников с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии

Фонематическое недоразвитие речи может стать причиной специфического нарушения письма. Долгое время считалось, что трудности в овладении письмом у школьников с нормальными умственными способностями обусловлены врожденной зрительной недостаточностью. Причиной затруднений в усвоении грамоты считали сложности овладения формой букв и их расположением. Формирование устной речи и овладение навыком письма представлялись несвязанными между собой процессами. Дефекты письма не относили к проблемному полю логопедии [33].

Исследования Института дефектологии в XX веке выявили прямую зависимость между трудностями в овладении письмом и недостаточной фонетической стороной речи. А. Р. Лурия отмечал: «Не будучи в состоянии четко различить нужные звуки, ребенок лишается одной из важнейших предпосылок, нужных для нормального письма, и обучить его письму обычными методами и с обычной легкостью оказывается невозможно...он

пишет слова также дефектно, как он их слышит» [27].

При дизартрии у детей нарушается иннервация артикуляционного аппарата, из-за чего происходит нарушение артикуляционной моторики, и, как следствие, фонематического слуха и фонематического восприятия. Это свидетельствует о том, что предпосылки к развитию письменной речи сформированы недостаточно, что закономерно негативно отразится на развитии письма детей с данной патологией.

Нарушение письма, проявляющееся в стойких специфических ошибках, таких как замены и пропуски букв, раздельное написание слов, замена слов, неправильное употребление категориальных окончаний, нарушения в построении предложений и др. в соответствии с клинико-педагогической классификацией носит название «дисграфия» или «трудности в овладении письмом» [44].

Дисграфию, обусловленную расстройствами устной речи, впервые выделил М. Е. Хватцев и обозначил ее как артикуляторно-акустическая дисграфия. Механизмом данного нарушения является неверное произношение звуков речи, отражающееся на письме [50]. Ошибки фонематического восприятия обусловлены затруднениями дифференциации фонем, сходных по акустико-артикуляционным признакам. При произнесении в таких случаях происходит замена или смешение звуков, а при письме – смешение букв. Ребенок смог выделить в структуре слова звук, но для обозначения его на письме букву выбрал ошибочно. Наиболее распространено смешение парных звонких и глухих согласных, свистящих и шипящих, сонорных согласных, лабиализованных гласных, расщепление аффрикатов [21].

Недоразвитие фонематического слуха вследствие нарушения произношения затруднит осуществление звукового анализа и синтеза, и, может привести к таким ошибкам в письме, как пропуск и перестановка букв. Подобные ошибки часто встречаются при написании одинаковых букв на стыке слов: «жил дев», «едет трамвай»; при сочетании слогов, содержащих

одинаковые буквы, чаще гласные, но встречаются и согласные: *молоко*, *папоротник* и т.п. Перестановка в слове букв и слогов свидетельствует о трудностях при анализе последовательности звуков, при этом слоговая структура обычно сохранена, например: *молоко* – *моколо*, *красивого* – *красигово*, *летний* – *лентий*, *первый* – *певрый* и др. Недоразвитие фонематического восприятия приводит, также, к нарушению анализа и синтеза слышимой речи. Дети испытывают трудности в выделении в непрерывном потоке устной речи устойчивых речевых единиц, что провоцирует раздельное написание частей слова, слитное написание слов. Часто подобные ошибки случаются, если смежные слова начинаются с одноименной буквы [49]. В письме детей может встречаться недописывание слов, несоблюдение границ предложений. Возникает риск формирования дисграфии на почве нарушения языкового анализа и синтеза [44].

Ошибки письма у детей с дизартрией также могут быть обусловлены недостаточным развитием зрительного восприятия, так как для них характерна задержка в развитии высших психических функций. Зрительное восприятие контролирует двигательные акты и кинестезии. Благодаря кинестетическим ощущениям человек может изменить движение руки при письме еще до того, как допустит ошибку. В случаях их недостаточного развития возникают затруднения при выборе первого элемента букв, различении схожих элементов, но расположенных в разных направлениях (зеркальное письмо, смешение письменных начертаний букв, например, как *б* и *д*). При чтении и письме в данном случае детям сложно следить за строкой, они недописывают, недочитывают слова, письмо и чтение смещается с одной строки на другую, вероятно развитие оптической дисграфии [3].

У детей с более тяжелыми двигательными нарушениями (например, гиперкинезами) формируется неровный, неразборчивый почерк [38].

Несмотря на обилие вероятных трудностей, успешное предупреждение нарушений письма у детей с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии возможно при тесном взаимодействии логопеда, невролога, учителя,

выполнении рекомендаций специалистов родителями и детьми.

Выводы по первой главе

Речь является высшей психической функцией и оказывает неоспоримое влияние на полноценное развитие ребенка. Нормальное развитие речи является предпосылкой к успешному овладению грамотой и процессом обучения в целом.

Речевые нарушения могут затрагивать, как только фонетический, фонематический компоненты речи, так и негативно отразиться на смысловой стороне, словарном запасе, грамматическом строе, темпе и плавности речи, на формировании навыков письма и чтения.

Часто речевые нарушения обусловлены органическим поражением мозга вследствие интоксикации во внутриутробном периоде, перенесенными в раннем детстве инфекционными заболеваниями, травмами во время родов, опухолями, и др. Такое поражение может привести к псевдобульбарному параличу или парезу - поражению проводящих путей, идущих от коры головного мозга к ядрам языкоглоточного, блуждающего и подъязычного нервов. Следствием такого паралича может быть нарушение общей и речевой моторики различной степени тяжести – дизартрии.

При легкой степени псевдобульбарной дизартрии нарушения моторики артикуляционного аппарата неярко выражены, что затрудняет их своевременную диагностику. Признаками псевдобульбарной дизартрии в таком случае в раннем возрасте являются медленные, неточные движения губ, языка; негрубое расстройство жевания и глотания. Впоследствии, при взрослении и развитии устной речи у таких детей проявляется нечеткая артикуляционная моторика, главным образом, при произношении сложных по артикуляции звуков: шипящих, сонорных, твердых согласных, заднеязычных. Звонкие звуки произносятся с недостаточным участием голоса, затруднено произношение мягких звуков, артикуляционный уклад которых включает подъем средней части спинки языка к твердому нёбу.

Нарушение звукопроизводительной стороны речи обуславливает

нарушение фонетико-фонематического развития, что, в свою очередь, находит отражение на письме.

Школьники с легкой степенью дизартрии испытывают трудности в распознавании фонем, в выборе букв для обозначения фонем на письме, в звуковом анализе и синтезе, в правильном написании букв. В их письме встречаются специфические ошибки: пропуски, замены букв, схожих по артикуляции; перестановки букв вследствие несформированного звукового анализа; неразборчивый почерк. Высок риск возникновения таких форм дисграфии, как артикуляторно-акустическая и на почве нарушения звукового анализа и синтеза.

При своевременной диагностике псевдобульбарной дизартрии, коррекции звукопроизношения, развитии фонематического слуха и восприятия, работе над просодической стороной речи, развитием общей и мелкой моторики, развитием зрительно-пространственных представлений, обучающиеся с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии успешно преодолевают перечисленные трудности, либо они не возникают вообще.

ГЛАВА 2. ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ МОТОРИКИ, ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ, ПРОСОДИКИ, ФОНЕМАТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ, ЗРИТЕЛЬНО-ПРОСТРАНСТВЕННОГО ВОСПРИЯТИЯ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ЛЕГКОЙ СТЕПЕНЬЮ ПСЕВДОБУЛЬБАРНОЙ ДИЗАРТРИИ И АНАЛИЗ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

2.1. Организация, принципы, цель, задачи изучения состояния моторики, звукопроизношения, просодики, фонематических процессов, зрительно-пространственного восприятия у младших школьников с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии

Эксперимент проводился среди учащихся средней общеобразовательной школы № 22 г. Екатеринбурга (МАОУ СОШ № 22). В констатирующем эксперименте приняли участие ученики первых классов, обучающиеся по основной общеобразовательной программе начального общего образования, с фонетико-фонематическим недоразвитием, легкой степенью псевдобульбарной дизартрии.

Выборка была произведена на основе углубленного логопедического обследования первоклассников в начале обучения.

При обследовании мы опирались на принципы анализа речевой патологии, выдвинутые Р. Е. Левиной.

Анализ процесса возникновения дефекта обусловлен принципом развития. Четкое представление об особенностях и закономерностях речевого развития в каждый возрастной период, знание предпосылок и условий, способствующих развитию всех компонентов речи именно данного возраста, позволит более точно определить причины появления нарушений и разработать адекватную возрасту и уровню развития ребенка систему коррекционных и развивающих мероприятий.

Принцип системного подхода определяет речь как систему и позволяет вовремя диагностировать нарушения в формировании компонентов речи: звукопроизводительной стороны, фонематического слуха и восприятия, слоговой структуры, лексико-грамматического строя. Все структуры языка связаны между собой: нарушение одного компонента влечет за собой нарушение другого. Изучение структуры речевого дефекта включает в том числе анализ связей между различными компонентами языковой системы, понимание значения этих связей для становления речи в целом.

Принцип связи речи с другими высшими психическими функциями: восприятием, вниманием, памятью, мышлением, воображением помогает найти наиболее эффективные способы преодоления речевых нарушений, задействовать компенсаторные механизмы. Все психические процессы взаимосвязаны, речь формируется под воздействием всех высших психических функций, также как развитие памяти, внимания, мышления зависит от речи. Обобщённость восприятия обусловлена уровнем развития речи, для становления связной речи необходимы сформированные операции анализа, синтеза, сравнения; слухоречевая память взаимосвязана с развитием фонематических процессов [36].

Целью данного эксперимента являлось выявление сохранных и нарушенных сторон моторики, звукопроизношения, просодики, фонематических процессов, слоговой структуры слова у первоклассников с фонетико-фонематическим недоразвитием речи и лёгкой степенью псевдобульбарной дизартрии, а также исследование зрительно-пространственного восприятия.

В ходе эксперимента необходимо было решить следующие задачи:

1. Подобрать методику и дидактический речевой материал для обследования моторной сферы, в том числе артикуляционного аппарата, звукопроизношения, просодики, фонематического слуха и восприятия, а также слоговой структуры слова и зрительно-пространственного восприятия у обучающихся первых классов с фонетико-фонематическим недоразвитием

речи , легкой степенью псевдобульбарной дизартрии;

2. Организовать и провести обследование по выбранной методике учащихся первых классов МАОУ СОШ № 22 г. Екатеринбурга, обучающихся по основной общеобразовательной программе начального общего образования, с фонетико-фонематическим недоразвитием речи, легкой степенью псевдобульбарной дизартрии;

3. Проанализировать результаты обследования и обозначить основные направления логопедической работы по предупреждению нарушений письма у детей с фонетико-фонематическим недоразвитием и лёгкой степенью псевдобульбарной дизартрии.

В констатирующий эксперимент входило исследование моторной сферы (общей моторики, мелкой моторики, моторики артикуляционного аппарата, мимической мускулатуры), обследование звукопроизношения, просодики, состояния фонематических процессов, слоговой структуры слова, обследование уровня развития зрительно-пространственного восприятия, сопоставление экспериментальных данных.

Изучение моторной сферы у детей с псевдобульбарной дизартрией обусловлено, тем, что выявленные нарушения в развитии моторики подтверждают причину нарушения речевого развития при псевдобульбарной дизартрии – поражение центральной нервной системы, а также объясняют неготовность руки к письму. Указанные компоненты речи были выбраны для обследования исходя из структуры нарушения речи у детей с псевдобульбарной дизартрией: нарушение артикуляционной моторики и работы мимической мускулатуры обуславливают нарушения фонетической стороны речи, что приводит к недоразвитию фонематических процессов. А нарушения письменной речи, как показывают научные исследования, являются вторичным дефектом фонетико-фонематического недоразвития, а также нарушения развития общей и мелкой моторики.

Для обследования использовалось пособие Н.М. Трубниковой [48].

Исследование общей моторики включало восемь проб: определение

уровня развития двигательной памяти, переключаемости движений и самоконтроля, произвольного торможения движений, статической и динамической координации движений, темпа, ритмического чувства (см. приложение 1).

Оценка производилась качественно и количественно: 3 балла выставлялось за правильное выполнение задания; 2 балла – если в выполнении было 1-2 недочета; 1 балл – задание было выполнено с тремя и более недочетами. Недочетами считались: повышенный мышечный тонус, неверное выполнение позы, замедленное включение, ритмические, статические, динамические, ошибки. После получения результатов сделано заключение: общая моторика относительно сохранена, имеются отдельные недостатки, имеются выраженные недостатки в развитии общей моторики.

Обследование мелкой моторики включало пробы на исследование статической и динамической координации движений. Проводилось 6 проб (см. приложение 1).

Результаты выполнения оценивались аналогично с оценкой общей моторики. Отмечались недостатки: нестабильный тонус мышц, нарушение плавности и точности движений, скованность, напряженность, неправильное выполнение, ошибочная последовательность выполнения, трудности в переключении с одного движения на другое, несогласованные движения обеих рук, недостаточное по времени удержание позы, неспособность выполнить элементы задания, потребность в повторе инструкции, невыполнение пробы по словесной инструкции. По результатам обследования сформулирован вывод: мелкая моторика условно сохранена, имеются отдельные недостатки, имеются выраженные недостатки.

Моторики артикуляционного аппарата обследовалась с использованием четырех проб (см. приложение 1). Исследовалась двигательная функция губ, челюсти, языка, мягкого неба, а также сила и продолжительность выдоха.

При обследовании двигательной функции губ отмечались: недостаточный диапазон движений, быстрая истощаемость движений,

чрезмерное напряжение мышц, присутствие содружественных движений, гиперкинезы, тремор, саливация, активность участия правой и левой сторон губ, смыкание губ с одной стороны; невозможность выполнить движение.

Двигательная функция челюсти исследовалась на недостаточность объема движений, тремор, наличие содружественных движений, саливацию, неспособность выполнить движение.

При обследовании моторики языка выявлялись: недостаточный диапазон движений языка, тремор, содружественные движения, гиперкинезы, саливация, особенности движения (неуклюже, всей массой, медленно, неточно, отклонение в сторону), истощаемость движений, трудности в удержании позы, выполнении движения.

Обследование двигательной функции мягкого неба позволило определить наличие ограничения объема его движения, саливации, содружественных движений, гиперкинезов, малую подвижность небной занавески, невозможность выполнить движение.

В ходе исследования силы и продолжительности выдоха отмечались: сила и продолжительность выдоха, укороченный выдох.

Результаты выполнения оценивались также качественно и количественно по трехбалльной системе. По результатам обследования сформулирован вывод: артикуляционная моторика сохранена, имеются отдельные недостатки, выраженные недостатки.

Обследование мимической мускулатуры включало четырнадцать проб.

Исследование объема и качества движения мышц лба, глаз позволило определить наличие либо отсутствие содружественных движений, невозможность выполнить движение.

При обследовании объема и качества движений мышц щек отмечалось чрезмерное напряжение, недостаточный объем, изолированное надувание одной щеки, неспособность выполнить пробу.

Обследуя способность произвольного формирования мимических поз (удивление, радость, испуг, грусть, сердитое лицо) выявлялись нечеткая

мимическая картина, выполнение движения только с одной стороны, невыполнение позы.

Обследование символического праксиса включало в себя изображение мимикой свиста, поцелуя, улыбки, оскала, плевка, цоканья. Отмечались такие неточности, как ограничение объема движения, содружественные движения, гиперкинезы, саливации, напряженность, невозможность выполнения движения.

Результаты выполнения оценивались аналогично предыдущим пробам.

Отмечались следующие неточности: чрезмерная напряженность, пониженный тонус, сложность в удержании поз, нечеткая мимическая картина, содружественные движения, невозможность выполнить позу.

По результатам обследования формулировался вывод: мимическая мускулатура условно сохранена, имеются отдельные недостатки, имеются выраженные недостатки.

Для исследования произношения использовалась методика, разработанная Р. Е. Левиной [36].

Выявлялось произношение проверяемого звука изолированно, в слогах, в словах, в самостоятельной речи. Обследование звуков проводилось по фонетическим группам: 1) гласные, 2) согласные, при произношении которых чаще всего встречаются нарушения: свистящие, шипящие, аффрикаты; сонорные; парные по глухости-звонкости.

Для определения четкости произнесения гласных звуков детям предлагалось произнести звуки отраженно. Согласные звуки проверялись через отраженное произношение открытых и закрытых слогов, сначала с твердыми, затем мягкими фонемами.

Для проверки произношения звуков в слове детям предъявлялись предметные и сюжетные картинки, подобранные таким образом, чтобы исследуемый звук находился в разном положении и в разных сочетаниях с другими звуками.

Для обследования произношения звуков в самостоятельной речи детей

просили повторить предложения, насыщенные исследуемыми звуками, демонстрируя сюжетные картинки. Использовался Альбом для обследования фонетической и фонематической сторон речи дошкольника Г. А. Волковой [6].

Оценка результатов проводилась качественно. Отмечалось правильное произношение, антропофонические и фонологические дефекты. Также обращалось внимание на четкость или нечеткость, смазанность артикуляции. По результатам обследования была дана краткая качественная характеристика состояния звукопроизношения каждого ребенка, а также представлена количественная оценка состояния звукопроизношения, где 3 балла – звукопроизношение условно сохранно, 2 балла – имеются отдельные недостатки (преимущественно только смещение звуков либо только искажение), 1 балл – имеются выраженные недостатки (искажение, отсутствие, замена).

Для обследования состояния просодики и фонематического слуха и восприятия использовалось пособие для логопедов «Диагностика и коррекция стертой формы дизартрии» В. А. Киселевой [17].

В ходе обследования просодической стороны речи на материале стихотворений изучался тембр голоса, темп, ритм устной речи, тип дыхания.

3 балла выставлялось при диафрагмальном или смешанном дыхании, нормальном темпе и ритме; 2 балла – дыхание смешанное, быстрая или замедленная речь, тембр голоса и ритм сохранены; 1 балл – дыхание смешанное или грудное, отмечаются нарушения голоса (хриплость, грубость, писклявость, «петушиный» голос, дискант, назальность, смазанность, невнятность), темпа, ритма.

По результатам обследования сформулирован вывод: просодика в норме, имеются отдельные недостатки, имеются выраженные недостатки.

Следующее задание было направлено на определение уровня фонематического слуха. Ребенку на слух предъявлялись короткие стишки, прослушав их, нужно было назвать наиболее часто встречающийся звук.

Затем выявлялась способность различать слова, близкие по звуковому составу и одинаковые по ритмическому рисунку. Ребенку предъявлялись картинки, расположенные на двух альбомных листах, и предлагалось рассмотреть и показать картинки, называемые логопедом парами попеременно с первого и второго листа.

Далее обследовалась способность детей находить асемантичные звукосочетания. Учащимся предлагалось на слух определить, какие из слов логопед произнес «неправильно», а затем повторить за логопедом слова и предложения с оппозиционными звуками (см. приложение 1).

После обследования сформулированы выводы: фонематический слух относительно сформирован, имеются отдельные недостатки, имеются выраженные недостатки.

Для определения уровня развития звукового анализа детям предлагалось выделить первый гласный и последний согласный звук в слове; выделить первый согласный и последний гласный в слове; определить второй, третий, четвертый звук; добавить и заменить звуки в слове (см. приложение 1).

При выявлении нарушений звукового синтеза школьникам нужно было воспроизвести слова слитно после прослушивания изолированных звуков (трех звуков с трехсекундным интервалом и пяти звуков с пятисекундными паузами). Третье задание – прослушать слова с переставленными звуками или слогами и правильно его воспроизвести (см. приложение 1).

По результатам обследования сформулированы выводы: фонематическое восприятие сохранено, имеются отдельные недостатки, имеются выраженные недостатки.

Также была обследована слоговая структура слова с целью исключить другие речевые нарушения. Для этого детям предъявлялись картинки, и дети называли их сначала самостоятельно, а затем отраженно. Использовался Альбом для обследования восприятия и произнесения слов различной структурной сложности Г. В. Бабиной, Н. Ю. Сафонкиной [2].

Производилась качественная и количественная оценка результатов, где 3 балла выставлялось в случаях, если слоговая структура условно сохранена, 2 балла – наличие одного нарушения (искажение структуры отдельного слога либо сокращение стечения согласных) в сложных словах, 1 балл – наличие двух и более нарушений (сокращение слогов, опускание слогаобразующей гласной, нарушение последовательности слогов, уподобление одного слога другому).

В конце обследования сформулирован вывод: слоговая структура условно сохранена, имеются отдельные недостатки, имеются выраженные недостатки.

Исследование зрительно-пространственного восприятия проводилось с целью определить структуру дефекта у младших школьников с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии данной группы.

Проводилась диагностика сомато-пространственных представлений (показ частей своего тела, частей тела человека напротив, предметов правой/левой рукой, выполнение проб Хеда); зрительно-предметного восприятия (узнавание «зашумленных» предметных картинок, символических, контурных изображений, геометрических фигур, букв); пространственного графического праксиса (копирование фигуры Тейлора) (см. приложение 1).

При исследовании сомато-пространственных представлений отмечались следующие ошибки: зеркальность восприятия, соматотопические, координатные ошибки. Выполнение оценивалось по трехбалльной системе.

При выполнении заданий на выявление уровня развития зрительно-предметного восприятия учитывалось время (по А. Р. Лурии), затраченное ребенком на узнавание изображений. До 30 секунд с одного листа – 3 балла, 30-40 секунд – 2 балла, 50-60 секунд и более – 1 балл.

Ошибки, которые отмечались при копировании фигуры Тейлора: изменение общей схемы изображения, пространственного строения,

несоблюдение расстояний, углов, пропорций, неверное верхне-нижнее и право-левое расположение предмета и его деталей. 3 балла выставлялось, если основные пропорции, направления, линии соблюдены, изображено большинство деталей; 2 балла – общая схема схвачена, верхне-нижнее и право-левое расположение деталей соблюдено, есть неточности в пропорциях, расстоянии, углах; 1 балл – неверно передана общая схема, грубо нарушены пропорции, расстояния, не нарисовано большее количество элементов или они заменены другими, нарушено право-левое и верхне-нижнее расположение.

2.2. Анализ результатов изучения состояния моторики, звукопроизношения, просодики, фонематических процессов, зрительно-пространственного восприятия у младших школьников с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии

Результаты исследования общей моторики показали, что лучше всего дети справились с заданием на исследование торможения. Детям предлагалось маршировать и останавливаться по сигналу. Данное задание не вызвало затруднений. Также легко дети выполнили пробу на исследование темпа движений, когда требовалось ускорять темп черчения и по сигналу возвращаться к первоначальному.

Менее успешно первоклассники справились с заданиями на исследование двигательной памяти и переключаемости, когда нужно было повторить движения за логопедом, а затем повторить все, кроме оговоренного. Некоторые ребята пропускали движения, или повторяли их в неправильном порядке, или заменяли на свои (неправильное выполнение пробы), забывали про оговоренное движение и повторяли его, особенно при увеличении темпа демонстрации движений (замедленное включение).

Выявились сложности со статической и динамической координацией.

Практически у всех ребят отмечались статические ошибки: раскачивания, недостаточное по времени удержание позы, открывание глаз, пошатывания, переступания при выполнении задания на обследование статической координации. При обследовании динамической координации отмечалось выполнение хлопка вместе с шагом, неравномерный темп выполнения задания (динамические и ритмические ошибки).

Наибольшее количество неточностей дети допустили при выполнении задания на обследование темпа, когда часть движений нужно было выполнить мысленно, а потом продемонстрировать то движение, на котором остановились – с этим заданием не справился ни один ребенок с трех попыток (ритмические ошибки).

Таким образом, у всех детей отмечаются нарушения общей моторики, отмечаются динамические, ритмические, статические ошибки, неправильное выполнение пробы, замедленное включение, но степень их проявления неоднородна. В связи с этим, учащихся можно распределить на три группы в соответствии со степенью сохранности общей моторики.

К первой группе можно отнести обучающихся, у которых общая моторика относительно сохранена (средний балл 2,5 - 3). В эту группу вошли Михаил и Самат (12% от числа обследованных детей).

Ко второй группе можно отнести обучающихся, имеющих отдельные недостатки в развитии общей моторики (средний балл 2 - 2,5). В эту группу вошли Екатерина, Роман, Вера, Маргарита, Платон, Серафима, Алена, Валерия, Антон, Матвей (59%).

Третью группу составили обучающиеся, имеющие выраженные недостатки в развитии общей моторики (средний балл ниже 2). Это Арсений, Андрей, Тимофей, Лев, Ева (29%) (см. приложение 2, табл.1).

Результаты исследования мелкой моторики показали, что статическая координация движения пальцев рук условно сохранена у большинства детей. Наибольшее затруднение вызвало третье задание – показ и удержание позы «коза» и «зайчик». В ходе его выполнения были выявленные следующие

нарушения – гиперкинез (у Льва), нестабильность тонуса мышц (у Арсения, Тимофея, Серафимы), недостаточная точность движений, недостаточно длительное удержание позы (у Андрея, Арсения, Тимофея, Антона, Льва), невыполнение пробы по словесной инструкции (у Арсения, Андрея, Михаила, Евы), выполнение пробы не с первого раза (Арсений).

В динамической координации отмечаются нарушения практически у всех детей. Больше всего неточностей дети допустили в последней пробе (попеременное показывание кулака и ладони обеими руками) - несоблюдение порядка движений (Арсений, Андрей, Екатерина), дефекты переключения с одного движения на другое (все дети), несовпадающее выполнение движений на обеих руках (Арсений, Андрей, Лев, Антон, Тимофей), выполнение пробы не с первого раза (Ева, Тимофей, Андрей, Лев), невыполнение пробы по словесной инструкции (Ева, Тимофей, Лев).

По степени сохранности мелкой моторики, детей также можно отнести к трем группам: с условно сохранной мелкой моторикой (Екатерина, Роман, Вера, Маргарита, Платон, Самат, Серафима, Алена, Валерия, Ева, Михаил) – 65%, с отдельными недостатками в развитии моторики пальцев рук (Матвей) – 6% и имеющими выраженные недостатки в развитии моторики пальцев рук (Арсений, Андрей, Антон, Тимофей, Лев) – 29% (см. приложение 2, табл.2).

Анализ результатов обследования моторики артикуляционного аппарата показал, что у каждого ребенка присутствуют недостатки артикуляции.

При выполнении проб на исследование двигательной функции губ отмечались следующие неточности: недостаточный диапазон движений (у всех детей, особенно при поднятии и опускании губ), наличие содружественных движений, особо выражено в последнем задании (поднятие и опускание губ) у Алены, Валерии, Матвея, Тимофея, Льва, Михаила), чрезмерное напряжение мышц (Самат, Роман, Арсений, Михаил), истощаемость движений (Андрей, Лев), тремор (Лев, Матвей), саливация (Тимофей), гиперкинезы (Алена, Валерия, Матвей, Тимофей, Лев).

При обследовании двигательной функции челюсти практически у всех детей были выявлены недостаточность объема движений, наличие содружественных движений и невозможность выполнить движение (чаще всего движение челюстью вперед).

При обследовании языка у многих детей отмечались: недостаточный диапазон движений (Роман, Вера, Андрей, Платон, Самат, Антон, Тимофей, Лев), появление содружественных движений (Арсений, Алена, Валерия, Тимофей, Лев, Михаил), неуклюжесть движений языка (Матвей, Тимофей, Ева), отклонения языка в сторону (Арсений, Роман, Тимофей, Лев), саливации (Арсений, Тимофей).

При обследовании подвижности мягкого неба у всех детей отмечалось ограничение диапазона движений, а также малая подвижность небной занавески (Лев, Ева, Екатерина, Валерия, Алена, Вера, Андрей).

Обследование продолжительности и силы выдоха показало, что у всех ребят укороченный, недостаточно сильный выдох.

По результатам исследования состояния артикуляционной моторики, можно сделать вывод, что лишь у одного ученика артикуляционная моторика условно сохранена (6%), у 71 % обследуемых детей имеются отдельные недостатки, у 23 % – выраженные недостатки (см. приложение 2, табл.3).

Обследование мимической мускулатуры также выявило недостатки в той или иной степени у всех обследуемых детей. Хуже всего дети справились с заданием на попеременное закрывание глаз, подмигивание, показ позы «испуг». Вероятно, первые два упражнения зависят от уровня развития межполушарного взаимодействия, а «испуг» – довольно редкая эмоция, требующая движения бровей вверх и в стороны, что нечасто используется в жизни и потому вызвала затруднения. При обследовании выявились следующие неточности: чрезмерная напряженность (Роман, Алена, Валерия, Михаил), пониженный тонус, сложность в удержании поз (Вера, Андрей, Антон, Тимофей, Лев); наличие содружественных движений (Матвей, Арсений, Серафима), при обследовании мышц глаз наличие

содружественных движений или невозможность выполнить позу обнаруживалась практически у всех детей, нечеткая мимическая картина (Роман, Вера, Андрей, Лев, Михаил).

Таким образом, исследование показало, что относительно сохранная мимическая мускулатура выявлена у 24% обследуемых детей, отдельные недостатки в работе мимических мышц выявлены у 35% обучающихся, выраженные недостатки в работе мимических мышц у 41% детей (см. приложение 2, табл.4).

Обследование произносительной стороны речи показало наличие нарушений звукопроизношения у всех обследуемых детей. Нарушения носят полиморфный характер – нарушено произношение звуков из нескольких фонетических групп. Больше всего нарушений отмечено в произношении свистящих, шипящих и сонорных звуков. Антропофонические дефекты отмечены у 35 % обследуемых детей (Арсений, Роман, Маргарита, Самат, Антон, Лев, Екатерина). У них отмечают искажения шипящих и свистящих звуков [ш], [ж], [щ], [с], [с'], [з], [з'], [ц'] (межзубный сигматизм у Антона, Маргариты, Самата, боковой – у Арсения и Тимофея), искажение [р] и [р'] (горловой ротацизм у Екатерины, Самата и Тимофея), назальный оттенок гласных отмечается у Льва. Фонологические дефекты (отсутствие, замена, смешение) наблюдаются у всех обследуемых детей. Смешение сонорных звуков [р] и [л], [р'] и [л'], смешение шипящих и свистящих [ш] и [с], [з] и [ж] наблюдается у всех детей. Необходимо отметить, что изолированно дети произносят звуки в большинстве случаев правильно, а в самостоятельной речи при назывании многосложных слов, предложений, насыщенных обследуемым звуком, происходит смешение. Замена [ш] на [с] наблюдается у Антона и Романа, [р] на [л] у Антона, замена звуков [р] и [р'] на [г] и [г'] (параротацизм), [л] и [л'] на [j] (параламбдацизм) отмечается у Романа, смешение всей группы шипящих и щелевых [ф] - [ф'], замена аффрикатов на [с] и [с'], дефект оглушения звонких согласных отмечены у Самата.

100% обследуемых детей имеют фонологические дефекты, что

свидетельствуют о нарушении развития фонематических процессов. Однако стоит отметить, что большая часть данных нарушений представлена смешением звуков в самостоятельной речи, изолированно большинство детей произносит звуки правильно. Данное заключение подтверждает, что у детей с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии в речи преобладают антропофонические и негрубые фонологические дефекты, что позволяет строить благоприятный прогноз коррекции речевых нарушений у данной группы детей. Количественная оценка состояния звукопроизношения показала, что 35% детей имеют выраженные недостатки звукопроизношения, 65 % - отдельные недостатки (см. приложение 2, табл.5).

Далее исследовалась просодическая сторона речи детей. Сохранной просодики не обнаружилось ни у одного ребенка, что подтверждает теоретические данные о нарушении просодической стороны речи у детей с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии. При выполнении проб у детей обнаруживались следующие нарушения тембра речи: назальный оттенок речи, хриплая, грубая или, наоборот, писклявая речь, невнятность, смазанность речи. Нарушения темпа речи: ускоренный или замедленный. Меньше нарушений выявлено при исследовании ритма речи – у некоторых ребят (35%) отмечалась фрагментарность речи (несоразмерные, регулярные паузы между слогами и словами), у одного ребенка наблюдалась скандированная речь, у остальных обследуемых ритм условно нормальный. Дыхание преимущественно у всех смешанное. Таким образом, отдельные недостатки просодической стороны речи обнаружались у одного ребенка (6%), у остальных отмечены выраженные недостатки (94%) (см. приложение 2, табл.6).

Определение состояния фонематического слуха выявило у школьников трудности в дифференциации (узнавании и различении) оппозиционных по твердости-мягкости, звонкости-глухости звуков, в повторении слов и предложений с оппозиционными звуками. Сохранный фонематический слух у 47% обследуемых детей, отдельные недостатки обнаружены у 41% детей,

выраженные – у 12% (см. приложение 2, табл.7).

Исследование состояния звукослогового анализа показало, что все дети справились с выделением первых и последних звуков в словах. Но при усложнении задания – определении 2, 3, 4 звука, определении количества звуков и слогов уже 65 % детей допустили ошибки. С последней пробой на добавление или замену звука в слове самостоятельно не справился ни один ребенок, 41% не смогли выполнить данное задание вообще. Это свидетельствует не только о недостаточном развитии фонематических процессов, но и о недостаточности словаря и развития других высших психических функций (мышления, памяти, внимания). Сохранена способность осуществлять звуковой анализ у 30% детей, отдельные недостатки развития звукослогового анализа обнаружены у 35%, выраженные также – у 35% (см. приложение 2, табл.8).

В ходе обследования звукослогового синтеза выяснено, что у 12% школьников звукослоговой синтез условно сохранен, у 41% имеются отдельные недостатки, у 47% выраженные недостатки. Наибольшие трудности вызвали задания на слитное произношение слов из 5 звуков, произнесенных с интервалом в 5 секунд, а с перестановкой звуков и слогов справились всего 2 человека (см. приложение 2, табл.9).

Обследование слоговой структуры слова показало, что обследуемые первоклассники сохраняют структуру слов, при произношении малочастотных слов сложной структуры – из 4-5 слогов со стечением согласных отдельные дети допускали такие неточности, как сокращение стечения согласных. Но при повторном произношении после предъявления акустического стимула указанные неточности не наблюдались.

Таким образом, сохранена слоговая структура слова у всех обследуемых детей, что исключает общее недоразвитие речи, моторную алалию (см. приложение 2, табл.10).

Обследование зрительно-пространственного восприятия показало, что у учащихся в основном сохранены сомато-пространственные представления

и зрительно-предметное восприятие. Отмечаются недостатки в формировании пространственного графического праксиса. У 29% детей выявились отдельные недостатки (несоблюдение пропорций, расстояний, углов), у 29 % детей – выраженные недостатки (отсутствие деталей, ошибки в право-левом расположении). Выявленные нарушения подтверждают, что у некоторых детей с дизартрией с отставанием проходит развитие высших психических функций, что может усугубить проблемы формирования письма.

2.3. Анализ взаимосвязи выявленных нарушений моторики, звукопроизношения, просодики, фонематических процессов у младших школьников с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии

Проведенный эксперимент показал, что у всех испытуемых детей с фонетико-фонематическим недоразвитием речи, легкой степенью псевдобульбарной дизартрии отмечаются отдельные и выраженные недостатки общей моторики, мелкой моторики, артикуляционной моторики, работы мимической мускулатуры, проявляющиеся в характерных замедленных, неловких, скованных, недифференцированных движениях, что отражается на звукопроизношении, просодике, фонематическом слухе и восприятии, что, в свою очередь, приводит к нарушению письма. Перечисленные нарушения обусловлены органическим поражением ЦНС.

При обследовании общей моторики у испытуемых отмечались такие дефекты как нарушение последовательности выполнения движений, замедленное переключение с одного движения на другое, недостаточная точность выполнения, раскачивания, пошатывания, открывание глаз, чрезмерное напряжение или, наоборот, вялость при выполнении движений, незнание правой/левой сторон тела и др.

При обследовании моторики пальцев рук отмечались напряженность,

скованность движений, невозможность выполнить движения одновременно двумя руками, наличие синкинезий, гиперкинезов, затруднение в удержании позы под счет, несогласованность при выполнении движений обеими руками.

При обследовании артикуляционной моторики и работы мимической мускулатуры обнаружился ограниченный диапазон выполнения движений, наличие содружественных движений, чрезмерное напряжение мышц, истощаемость движений, тремор, саливации, гиперкинезы.

Данные эксперимента подтверждают нарушение иннервации мышц речевого аппарата.

Нарушения в моторной сфере обуславливают нарушения звукопроизношения испытуемых. При обследовании произносительной стороны речи обнаружилось нарушение в произношении, главным образом, свистящих, шипящих и сонорных звуков.

Нарушение звукопроизношения, в свою очередь, приводит к недоразвитию фонематического слуха и восприятия. Все обследованные первоклассники испытывали трудности при различении глухих и звонких согласных, твердых и мягких, шипящих и свистящих, ошибались при звуковом анализе слова, определении количества звуков и слогов в слове.

Нарушения речи у всех обследуемых детей носят полиморфный характер. Несогласованная деятельность речедвигательного и речеслухового анализаторов отрицательно влияет на развитие фонематического слуха, нечеткие артикуляторные образы обуславливают ошибочное представление о слуховых дифференциальных признаках артикулем. Неточное кинестетическое восприятие звука ведет к нарушению восприятия звукового состава слова, нарушается связь между звуковым составом слова и содержанием, что составляет высокий риск возникновения нарушений формирования процесса письма.

Такие дети нуждаются в специальной работе по устранению первичных и вторичных дефектов: нарушений моторики органов артикуляционного аппарата, звукопроизношения, фонематического слуха и восприятия.

Логопедическая работа с данными детьми должна строиться с учетом взаимосвязи в развитии звукопроизношения, моторной сферы и фонематических процессов, как и было обозначено в нашей гипотезе.

Учет полученных результатов является важным фактором при разработке системы коррекционной работы, направленной на профилактику артикуляционно-акустической дисграфии, дисграфии на фоне нарушения языкового анализа и синтеза, преодоление у первоклассников фонетико-фонематических нарушений на начальной стадии обучения грамоте.

На каждого обследуемого ребенка для удобства анализа данных эксперимента был сформирован речевой профиль. Это позволило объединить детей в группы, исходя из схожей структуры дефекта, выбрать ведущие направления логопедической работы, оптимизировать структуру логопедического занятия, обозначить направления взаимодействия с другими специалистами школы (см. рис 1 и 2).

По степени нарушения, детей можно объединить в микрогруппы:

- дети с преимущественно отдельными недостатками фонетико-фонематического недоразвития речи: Андрей, Ева, Валерия, Серафима, Матвей, Екатерина, Роман, Платон, Михаил, Алена, Вера;

- дети с преимущественно выраженными недостатками фонетико-фонематического недоразвития речи: Лев, Арсений, Тимофей, Антон, Маргарита, Самат.

На рис. 1 и 2 видно, что структура дефекта у обследованных первоклассников разнородна. Самый низкий речевой профиль у Льва – все исследуемые компоненты речи и моторной сферы, за исключением слоговой структуры, имеют у него низкие показатели. Наиболее сохранными у большинства обследованных детей являются мелкая моторика, мимическая мускулатура, слоговая структура слова. Выраженные нарушения у большинства детей выявлены в общей и артикуляционной моторике, звукопроизношении, просодике, фонематическом восприятии.

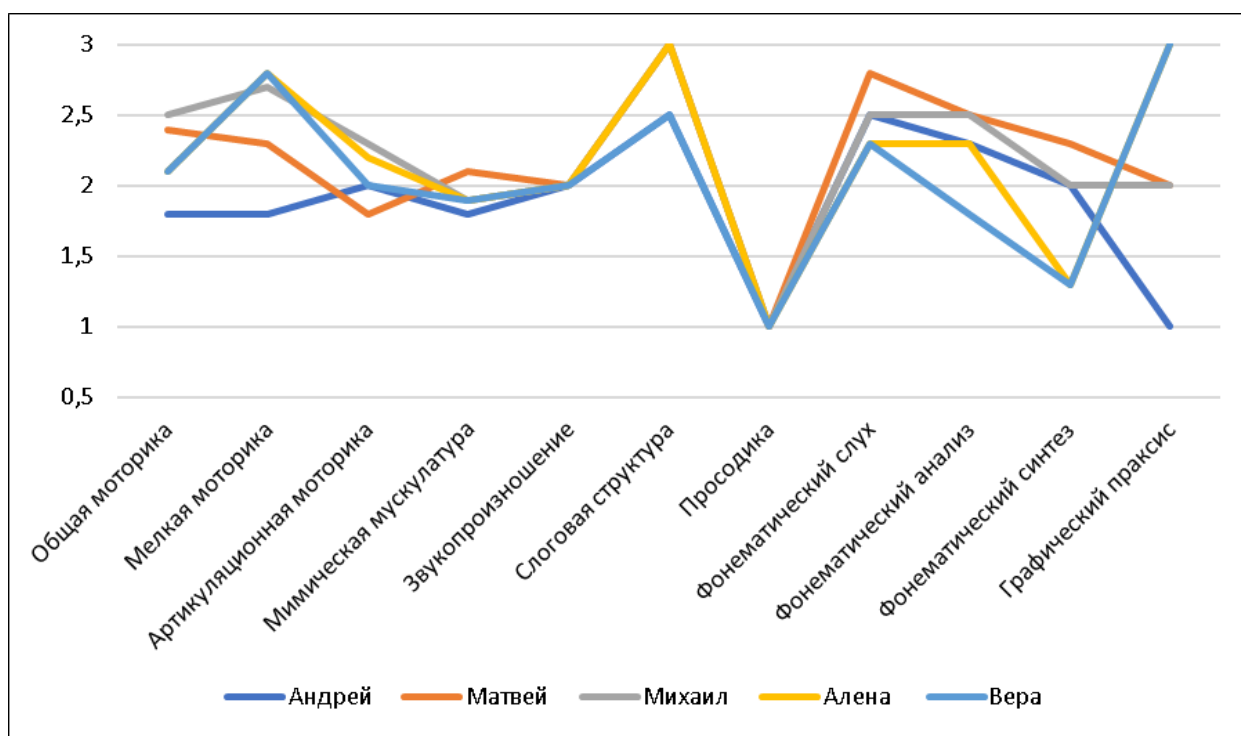


Рис. 1. Речевые профили обследуемых детей с отдельными недостатками фонетико-фонематического развития, легкой степенью псевдобульбарной дизартрии

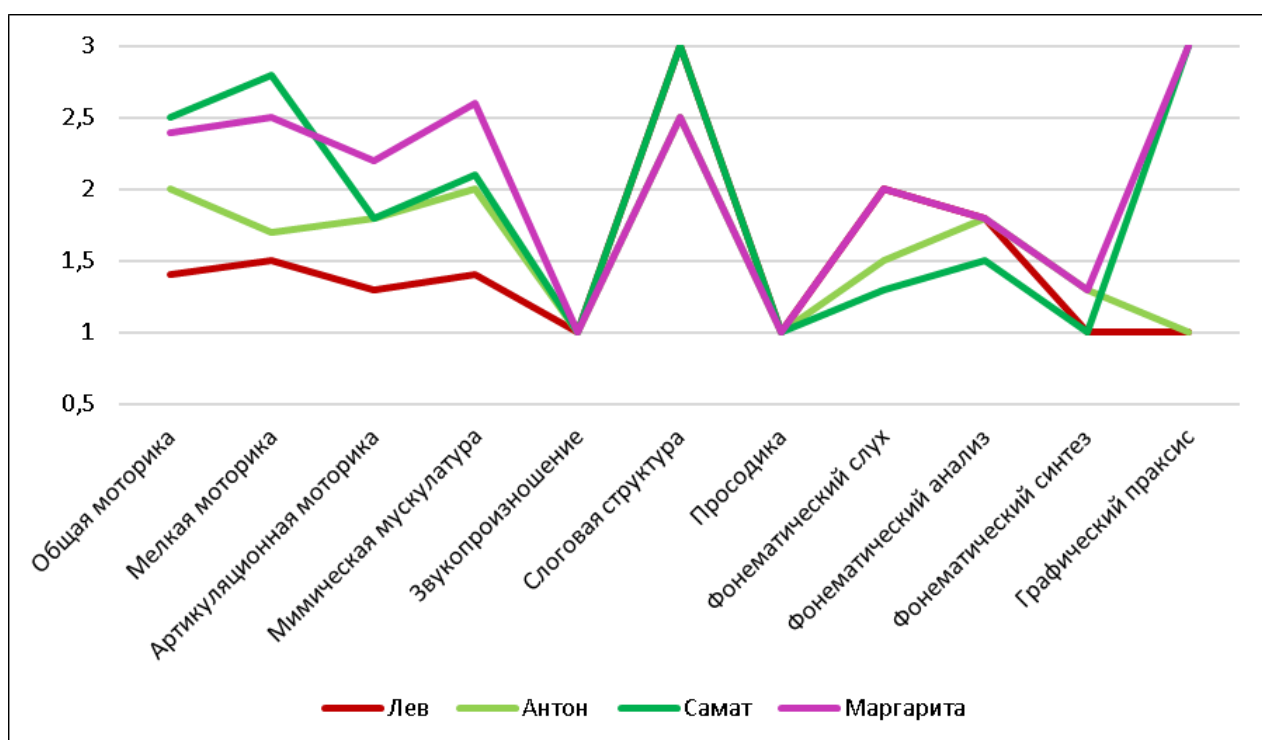


Рис. 2. Речевые профили обследуемых детей с выраженными недостатками фонетико-фонематического развития, легкой степенью псевдобульбарной дизартрии

Выраженные нарушения фонематического слуха выявлены всего у двух детей, но отдельные недостатки отмечаются практически у половины детей. Следовательно, при планировании логопедической работы данным компонентам речи и моторики следует уделить наибольшее внимание.

Выводы по второй главе

Констатирующий эксперимент включал в себя обследование следующих компонентов речи и моторной сферы: общей моторики, мелкой моторики, моторики артикуляционного аппарата, мимической мускулатуры, звукопроизношения, просодической стороны речи, фонематического слуха и фонематического восприятия, слоговой структуры слова, а также зрительно-пространственного восприятия.

У всех обследуемых детей структура дефекта подтверждает легкую степень псевдобульбарной дизартрии.

Обследование моторной сферы выявило у 88 % обследуемых детей отдельные и выраженные нарушения двигательной памяти, переключаемости, статические ошибки (пошатывания, раскачивания, трудности в удержании позы), динамические и ритмические ошибки (несогласованность движений, неравномерный темп). У 35 % детей обнаружилось трудности в мелкой моторике (гиперкинез, нестабильность тонуса мышц, неточность движений, невозможность удержать позу). Артикуляционная моторика нарушена у 94% детей. Отмечены вялость или, наоборот, чрезмерная напряженность мышц, саливация, гиперкинезы, недостаточность объема движений, содружественные движения, укороченный слабый выдох. Нарушения мимической мускулатуры выявлены у 76% школьников, проявляются в наличии содружественных движений или невозможности выполнить пробу. Звукопроизношение нарушено у всей группы детей. Структура дефекта представлена в основном антропофоническими нарушениями (искажениями свистящих и шипящих звуков) и негрубыми фонологическими ошибками (смещением шипящих, свистящих, соноров в самостоятельной речи). Выраженные недостатки у

большинства обследуемых имеет просодическая сторона речи. Для данных детей характерны хриплый, грубый, или, наоборот, тонкий, писклявый голос, с назальным оттенком, невнятность, смазанность речи, у отдельных детей – нарушение ритма речи. Недостаточно развит фонематический слух у 53 % детей. Трудности возникают с дифференциацией оппозиционных согласных звуков. Осуществлять звукослоговой анализ и синтез затрудняются 70% школьников. Задания на звуковой синтез вызвали больше затруднений, чем на анализ. Слоговая структура слова в основном сохранена. В зрительно-пространственном восприятии отмечаются нарушения в пространственном графическом праксисе.

Констатирующий эксперимент показал взаимосвязь фонетико-фонематического недоразвития речи с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии – нарушения звукопроизношения, звукового анализа и синтеза являются следствием несогласованной работы речедвигательного и речеслухового анализаторов, обусловленной нарушением иннервации мышц артикуляционного аппарата.

Выявленные нарушения создают высокий риск возникновения нарушений процесса формирования письма, в связи с чем необходимо провести работу с данной категорией детей, направленную на коррекцию и развитие исследованных компонентов речи и моторной сферы.

ГЛАВА 3. ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ НАРУШЕНИЙ ПИСЬМА У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ЛЕГКОЙ СТЕПЕНЬЮ ПСЕВДОБУЛЬБАРНОЙ ДИЗАРТРИИ

3.1. Теоретическое обоснование, организация и принципы логопедической работы по предупреждению нарушений письма у младших школьников с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии

Методические рекомендации по предупреждению нарушений письма разрабатывали такие авторы, как Л. Н. Ефименкова, Г. А. Каше, И. Н. Садовникова, А. Ф. Спирова, Т. Б. Филичева, А. В. Чиркина, А. В. Ястребова. Логопедическая работа с детьми с дизартрией освещена в работах А. Г. Ипполитовой, О. В. Правдиной, М. В. Ипполитовой, Е. М. Мастюковой, И. И. Панченко.

Все методики построены авторами в соответствии с принципами системного подхода к анализу речевого дефекта, поэтапного формирования умственных действий, индивидуального подхода, целесообразного подбора материала, отсрочки во времени прохождения звуков близких по артикуляционным и акустическим признакам, регуляции психической деятельности детей посредством развития коммуникативной и обобщающей функций речи [49].

Л. Н. Ефименкова освещает основные направления работы со школьниками, имеющими общее недоразвитие речи – коррекция лексико-грамматического строя речи, формирование связной речи, развитие фонематического восприятия [12].

В работах Г. А. Каше логопедическая работа по предупреждению письма представлена как целенаправленная работа по подготовке к обучению грамоте дошкольников и включает коррекцию звукопроизношения и развитие фонематического восприятия [16].

И. Н. Садовникова освещает логопедическую работу уже по преодолению нарушений письма. В качестве нетрадиционной формы работы с детьми, имеющими нарушения на фонетическом уровне, она предлагает графический диктант. Этот прием подойдет и на этапе предупреждения нарушений письма. Перед детьми ставится задача, определить на слух определенные оппозиционные по твердости/мягкости, глухости/звонкости звуки – один или два. Если в слове нет звука ставится прочерк, если есть – ставится его буквенное изображение, если в слове два таких звука – ребенок пишет две буквы [44].

В исследовании Л. Ф. Спировой обоснована необходимость не в поэтапной, а в одновременной работе над звукопроизношением и развитием фонематического слуха и восприятия. В данном исследовании обозначено также взаимодействие коррекционной логопедической работы с процессом обучения грамоте, дети подходили к изучению конкретной буквы, предварительно отрабатывая навык произношения и выделения звука, который она обозначает [25].

Е. Ф. Архиповой и Т. Б. Филичевой описана подробная поэтапная логопедическая работа с детьми с дизартрией дошкольного возраста, включающая массаж, пассивную артикуляционную гимнастику, работу над мелкой моторикой, активное включение в коррекционный процесс близких ребенка. Первоначально, отмечают авторы, необходимо добиться правильного дифференцированного произношения звуков [1; 49].

Анализ методик предупреждения нарушений письма у детей с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии показал, что на сегодняшний день недостаточно методического материала для организации логопедической работы с такими детьми в общеобразовательных школах. Имеющиеся методики предназначены в основном для работы с дошкольниками либо направлены уже на коррекцию письма у детей с общим недоразвитием речи.

Данное исследование направлено на категорию детей, имеющих фонетико-фонематическое недоразвитие, обусловленное легкой степенью

псевдобульбарной дизартрии, но уже обучающихся в школе. Вместе с тем, у этих детей еще не сформировались нарушения письма, так как они находятся на начальном этапе обучения. С целью предупредить возникновение артикуляторно-акустической дисграфии и дисграфии на почве нарушения языкового анализа и синтеза и было разработано содержание логопедической работы с указанной категорией детей в общеобразовательной организации.

При организации логопедической работы в условиях общеобразовательного учреждения средней общеобразовательной школы №22 г. Екатеринбурга необходимо было учитывать:

1. Санитарно-гигиенические требования к организации образовательного процесса. Так, например, первоклассники не могут посещать более 4 уроков и коррекционных занятий в день, интервал между организованным горячим питанием не должен составлять более 4 часов, продолжительность занятий не более 35 минут, с 5-тиминутной динамической паузой в середине занятия. Также должна быть организована часовая динамическая пауза в середине учебного дня. У первоклассников утверждена пятидневная учебная неделя.

2. Расписание учебных занятий. Логопедическое занятие не может проводиться вместо какого-либо урока или на перемене.

3. Продолжительность добукварного и букварного периода у первоклассников составляет две с половиной четверти.

4. Имеющиеся кадровые, технические и организационные условия данного образовательного учреждения позволяют проводить только фронтальные логопедические занятия. Имеющаяся нагрузка логопеда отведена, главным образом, на работу с детьми, имеющими статус учащихся с ограниченными возможностями здоровья и обучающихся по адаптированным общеобразовательным программам. В школе нет логопедического кабинета, где было бы возможно проводить индивидуальные занятия. В классах сразу после первой смены проходят учебные занятия у второй смены.

5. В школе имеются возможности для коррекции выявленных нарушений в других сферах деятельности: урочной, внеурочной, дополнительного образования.

На первом, диагностическом, этапе логопедической работы был проведен констатирующий эксперимент, в ходе которого были выявлены нарушенные компоненты речи и их связь с нарушениями в моторной сфере.

Далее, на организационном этапе происходило планирование и разрабатывалось содержание коррекционной работы. Содержание работы включало в себя 33 фронтальных занятия с детьми, по одному занятию в неделю в течение учебного года. При разработке содержания и последовательности занятий учитывались следующие принципы коррекционно-логопедической работы: единство диагностики и коррекции нарушений речевого развития; коррекция речевых нарушений в сочетании с развитием двигательных функций; одновременное развитие и коррекция нарушений артикуляционной моторики и функциональных возможностей кистей и пальцев рук; стимуляция двигательного-кинестетического анализатора; гибкое сочетание различных видов и форм коррекционно-логопедической работы; активное вовлечение родителей и специалистов школы в коррекционно-логопедическую работу [40].

Кроме фронтальных занятий с детьми, были разработаны методические рекомендации для учителей, работающих с обследуемой группой детей. Это решение было обусловлено структурой дефекта при псевдобульбарной дизартрии – полиморфными нарушениями фонетико-фонематического развития речи и моторной сферы, а также необходимостью в длительной, регулярной, ежедневной коррекции. Фронтальные логопедические занятия один раз в неделю будут недостаточными для достижения положительного результата. Рекомендации содержат педагогические приемы, которые целесообразно использовать на уроках обучения грамоте, письму, изобразительного искусства, технологии, физической культуры, музыки. Данные рекомендации не являются

дополнительной нагрузкой для педагогов на уроке и не требуют специальных знаний, они представлены в игровых, необычных формах, что не только будет способствовать преодолению нарушений у детей с дизартрией, но и повысит мотивацию всех учащихся и создаст положительный общий эмоциональный фон, поможет детям снять эмоциональное и мышечное напряжение.

Рекомендации включают альтернативные формы проведения физминуток; комплексы физических упражнений, направленные на развитие координации движений, снятия чрезмерного тонуса мышц или, наоборот, на восстановление мышечного тонуса; приемы работы с текстом, которые включены в общеобразовательную программу, на них лишь акцентировано внимание педагогов; приемы развития мелкой моторики при работе с пластилином, бумагой, рисовании; примеры дыхательных и голосовых упражнений, которые также уместны на уроках музыки. Разработаны рекомендации для родителей и классных руководителей по приоритетным направлениям внеурочной деятельности для детей с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии.

На основном этапе работы (с октября по май 2020 года) планомерно проводилась логопедическая работа и выполнение рекомендаций педагогами и другими специалистами школы. Форма проведения занятий – фронтальная, исходя из кадровых, технических и организационных условий в МАОУ СОШ № 22. Были внесены изменения в традиционную структуру логопедического занятия. Основное внимание уделялось артикуляционной гимнастике, постановке и автоматизации звуков, дифференциации звуков, развитию фонематических процессов, формированию связи звука с буквой. Работа над общей, мелкой моторикой, просодической стороной речи была представлена в виде рекомендаций педагогам и родителям школьников.

В мае на заключительном этапе был проведен контрольный эксперимент, в ходе которого была установлена положительная динамика в речевом и моторном развитии обследуемых детей.

3.2. Содержание логопедической работы по предупреждению нарушения письма у младших школьников с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии

Основными задачами логопедической работы с младшими школьниками с фонетико-фонематическим недоразвитием речи, легкой степенью псевдобульбарной дизартрии непосредственно на фронтальных занятиях являлись:

- нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата;
- нормализация просодической стороны речи;
- коррекция звукопроизношения (постановка, автоматизация, дифференциация звуков);
- развитие фонематического восприятия и звукового анализа;
- овладение буквами как графическим обозначением звуков, слияние букв в слоги, слова, их чтение и печатание.

Такие важные направления работы как развитие речевого дыхания и голоса; развитие функциональных возможностей кистей и пальцев рук, коррекция нарушений мелкой моторики реализовывались в других видах детской деятельности на основании разработанных рекомендаций.

Проведение логопедических занятий осуществлялось в соответствии с разработанным календарно-тематическим планом на основе выявленных нарушений (см. приложение 4), а также с учетом программного материала уроков грамоты и письма.

Каждое занятие включало в себя активную артикуляционную гимнастику, работу над правильными артикуляционными укладами, упражнения на постановку, автоматизацию и дифференциацию нарушенных звуков, упражнения на развитие интонационной стороны речи, работу над силой и высотой голоса, изменением темпа речи и тембра голоса, определением логического ударения и соблюдением пауз, звуковой анализ слов, упражнения для выработки умений соотносить определенную

артикуляцию с соответствующим звучанием, акустико-артикуляционный образ звука с буквой.

Артикуляционная гимнастика проводилась фронтально и включала следующие упражнения:

- для нижней челюсти: открывание и закрывание рта, удержание рта открытым, выдергивание рукой прикушенной зубами трубочки;

- для выработки движений губ: поочередное вытягивание губ хоботком и оскал зубов, для развития большего напряжения мышц губ использовалось причмокивание, удерживание леденца, постепенное уменьшение размера леденца, удерживание губами трубочек разного диаметра, поочередное вытягивание сомкнутых губ и возвращение в нормальное положение, вытягивание губ и растягивание в улыбку при раскрытых челюстях, вытягивание верхней губы вместе с языком,) втягивание губ внутрь рта, с плотным прижатием к зубам, прикусывание нижней губы верхними зубами, втягивание нижней губы под верхнюю, вращательные движения губ, вытянутых хоботком;

- для развития подвижности языка: движения вперед-назад, легкое покусывание высунутого языка, движение вправо-влево, кончик языка должен дотянуться до уголков рта, поднятие языка за верхние зубы.

Для отработки артикуляционных укладов применялись комплексы артикуляционной гимнастики, разработанные отдельно для каждой фонетической группы. Комплекс упражнений для свистящих: «Забор» - «Окно» - «Мост» - «Забор» -- «Холодный ветер»; комплекс упражнений для шипящих: «Забор» - «Окно» - «Мост» - «Лопата» - «Лопата копает» - «Вкусное варенье» - «Фокус» - «Теплый ветер»; комплекс упражнений для [р, р']: «Забор» - «Окно» - «Мост» - «Парус» - «Цоканье лошадки» - «Молоток» - «Дятел» - «Пулемет», комплекс упражнений для [л, л']: «Забор» - «Окно» - «Мост» - «Лопата» - «Пароход» - «Пароход гудит» [1].

Постановка нарушенных звуков проходила в процессе фронтального занятия, редко – индивидуально, если у ребенка образовывалось свободное

время между уроками (отсутствие урока). Занимаясь с одним – двумя детьми постановкой звука, мы предоставляли остальным детям письменные или графические задания на развитие мелкой моторики, пространственного графического праксиса. При постановке нарушенных звуков внимание детей привлекалось к артикуляционным особенностям, характерным признакам артикуляции данного звука, отличающим его от других звуков с опорой на зрительный контроль (артикуляционная гимнастика с зеркалом), кинестетические ощущения. Показав ребенку правильный артикуляционный уклад и добившись правильного произношения звука, автоматизацию и дифференциацию звуков осуществляли уже на фронтальных занятиях, предоставляя остальным детям графические задания, задания на конструирование звуковой схемы слова. При автоматизации и дифференциации нарушенных звуков систематически использовалось задание на произношение скороговорок с преобладанием автоматизируемого звука по цепочке с разной интонацией и эмоциональной окраской (произнеси, как медведь, как котенок, как колдующий волшебник, как строгая мама и т.д.). Данная форма работа значительно повышала мотивацию детей на достижение положительного результата, способствовала развитию самоконтроля за собственной речью и преодолению нарушений просодики.

Работа над просодической стороной речи состояла из заданий на составление предложений и текстов, заучивание стихов и их рассказывание с различными интонацией, громкостью, тембром голоса, театрализации русских народных сказок, чтения по ролям.

Развитие фонематического восприятия включало упражнения на узнавание гласных звуков в ряду гласных, анализ звуковых рядов из двух-трех согласных фонем, повторение различных сочетаний из двух-трех слогов, называние звуков, составляющих слог, слово, определение их последовательности, составление звуковых схем слов, характеристика звуков. При составлении звуковых схем использовался плоскостной конструктор ТИКО, представляющий собой цветные геометрические

фигуры, позволяющие сконструировать звуковую модель слова. Зеленый квадрат обозначал мягкий согласный звук, синий квадрат – твердый согласный, красный квадрат – гласный звук, синие, зеленые и красные треугольники обозначали звуки в слогах-слияниях. Фигуры между собой крепятся с помощью шарнирного соединения, что задействует работу кистей и пальцев рук. Данная интегрированная (конструирование и звуковой анализ) деятельность позволила увеличить скорость, мотивацию и эффективность работы по развитию фонематических представлений у детей, так как являлась новым для них видом деятельности, носила практическую направленность, позволила осуществить одновременное развитие и коррекцию нарушений артикуляционной моторики и функциональных возможностей кистей и пальцев рук, стимуляцию двигательного-кинестетического анализатора.

Связь звука с буквой отрабатывалась на таких упражнениях как отбор карточек с напечатанными словами на заданный звук; определение и вписывание недостающей буквы в слове, выделение первого звука в картинке-слове и написание соответствующей буквы, определение слова по первым звукам названий картинок и его запись.

Во время индивидуальной работы над постановкой звука с отдельными учащимися остальным предоставлялись задания на развитие зрительно-пространственного восприятия в целях профилактики оптической дисграфии и развития мелкой моторики, такие как определение букв на ощупь; узнавание букв, написанных как правильно, так и зеркально или перевернуто; дописывание недостающих элементов букв; узнавание букв, наложенных друг на друга, написанных разными шрифтами, узнавание заглавных и прописных букв, печатных и письменных; реконструирование букв из полосочек, палочек, лепка букв из пластилина; игра «На что похожа буква?» (стихи, загадки, рисунки), узнавание букв в изображениях; сравнение букв, сходных по написанию, отгадывание ребусов.

В качестве примера в приложении 5 приведены два конспекта занятий.

Работа над преодолением фонетико-фонематического недоразвития проходила не только на фронтальных логопедических занятиях, но и на основе разработанных рекомендаций в урочной и внеурочной деятельности детей благодаря усилиям учителей и родителей.

На уроках обучения грамоте и письму учителям предлагалось уделять внимание правильному произношению изучаемых звуков, акцентировать внимание на артикуляционных укладах, использовать чистоговорки и скороговорки, на физминутках использовать приемы дыхательных упражнений, развития пространственных представлений и кинестетических ощущений, при составлении звуковых схем слов раскрашивание заменить на конструирование схем из конструктора, разрезного или пластмассового геометрического материала, уделять внимание образу букв не только через письмо и печатание, но и конструирование буквы из пластилина, счетных палочек, подручных материалов (карандашей, ручек, ленточек, проволоки и др.), развитие тактильных ощущений через начертание буквы пальцем на ладони или предплечье детьми друг другу или самим себе. При оценивании письменных работ акцентировать внимание детей не на неудачных, а на наиболее правильных, четких графических элементах (обводить в зеленый кружочек, цветочек, закрашивать желтым маркером и т.д.).

На уроках рисования в работе с детьми с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии педагогам рекомендовалось предлагать таким детям задания нарисовать изображение по точкам, задания на различные виды штриховки, обведение изображений по контурам, трафаретам, раскрашивание изображений.

На уроках технологии дети с моторной неловкостью кистей и пальцев рук упражнялись в вырезании по шаблону или по зигзагообразной и кривой линии, педагоги следили за правильным держанием ножниц, учащиеся выполняли задания типа «оригами» - сгибание, проглаживание с усилием бумаги, часто уроки технологии были посвящены лепке из пластилина.

Педагог музыки применяла на своих уроках логоритмические

упражнения с музыкальным сопровождением, дыхательные упражнения: пропевание ряда гласных с усилением и уменьшением силы и громкости голоса, пропевание коротких фраз с разной интонацией, пропевание и проговаривание фраз, дней недели, месяцев, счета на одном выдохе.

Учителю физической культуры были предложены комплексы физических упражнений и игр, направленных на развитие общей моторики, преодоление моторной неловкости, развитие координации движений, пространственных представлений.

Дети, участвовавшие в обследовании, посещали кружки и студии дополнительного образования, функционирующие в школе – школьный театр, кружок «ТИКО-конструирование», «3D-моделирование». Занятия в этих кружках способствовали развитию мелкой моторики и пальцев рук, координации движений, развитию мышечного тонуса, пространственных представлений, контроля за собственной речью, выработке правильного речевого дыхания, развитию силы и интонационной окраски голоса, преодолению неуверенности, страха, тревожности.

В работу над преодолением речевых нарушений у детей активно были вовлечены и их родители. В начале года было проведено родительское собрание, на котором были освещены особенности развития детей с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии, возможные негативные последствия в виде нарушений письма и чтения, необходимые меры профилактики этих нарушений. Родителям были предоставлены общие рекомендации по организации учебной деятельности дома, организации досуговой деятельности в кругу семьи (игры, занимательные упражнения, бытовые занятия и самообслуживающий труд), физическому и творческому развитию детей. В течение года рекомендации обновлялись, актуализировались, конкретизировались. Родителей привлекали к участию в семейных творческих конкурсах и проектах, проводимых в школе, своевременно сообщали о прогрессе в развитии детей.

В результате слаженной работы всех специалистов школы,

целенаправленной логопедической работы, высокой степени заинтересованности родителей в речевом развитии обследуемых детей произошли положительные изменения, подтвержденные результатами контрольного эксперимента.

3.3. Результаты контрольного эксперимента

Проведение контрольного эксперимента позволило оценить эффективность коррекционной работы. У детей было обследовано состояние наиболее пострадавших компонентов речи, выявленных в ходе констатирующего эксперимента: артикуляционной моторики, звукопроизношения, просодики, фонематического слуха, звукового анализа и синтеза, а также пространственного графического праксиса. Процедура обследования была аналогична процедуре проведения констатирующего эксперимента.

Анализ результатов обследования артикуляционной моторики выявил улучшения показателей у всех детей. Относительно сохранной стала моторика у 35% детей (при начальном показателе 6%), отдельные недостатки – у 59 % (изначально – у 71%), выраженные недостатки – у 6% (вместо 23%). Наилучшую динамику дети показали в развитии подвижности мышц губ (поднимание верхней и опускание нижней губы), движения челюстью вправо-влево, движения языком вперед-назад. Больше всех улучшила свои показатели Екатерина (+ 0,5 балла), а также Арсений, Роман и Лев (+ 0,4балла). Кате это позволило перейти в категорию детей с относительно сохранной артикуляционной моторикой (см. приложение 3, табл. 13).

Положительные изменения отмечаются у детей и в звукопроизношении. Значительно сократилось количество смещений и улучшилась артикуляция. Роме удалось нормализовать произношение шипящих (преодолеть замену). Труднее всего детям дается нормализация

звука [p] (горловой ротацизм), искажение шипящих и свистящих звуков (межзубный и боковой сигматизм), что обусловлено структурой дефекта – односторонними парезами языка. Наименьшую динамику в работе над звукопроизношением показали Антон и Самат. Работа над звукопроизношением Самата осложнена анатомическими особенностями речевого аппарата (укороченными челюстями, малым размером губ и рта, особенностями строения носа (уплощением), а также своеобразием фонетики родного (киргизского) языка. Дети, в структуре дефекта которых отмечалось преимущественно смешение звуков в самостоятельной интенсивной речи, показали высокую динамику, нормализовали свое звукопроизношение. На момент проведения контрольного эксперимента относительно сохранное звукопроизношение отмечалось у 53% детей (в сравнении с начальным показателем – 0%), отдельные недостатки имелись у 35% (до начала коррекционной работы – 65%), выраженные недостатки у 12% школьников (в начале обучения было 35%) (см. приложение 3, табл. 14).

В результате интегративной коррекционной работы всех специалистов школы удалось положительно повлиять и на просодическую сторону речи младших школьников с псевдобульбарной дизартрией. Этот компонент речи при данном нарушении страдает в большой степени. В начале исследования выраженные нарушения в просодике отмечались у 94 % детей и касались в основном тембра и темпа голоса, также присутствовал неправильный тип дыхания и нарушение ритма. Для детей с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии характерен назальный оттенок голоса, смазанность, невнятность, хриплый, грубый или, наоборот, писклявый голос. Коррекция нарушений просодической стороны речи осуществлялась, помимо логопедических занятий, и в других видах деятельности детей. Занятия в школьном театре, чтение стихов с различной высотой, интонацией, силой голоса на уроках грамоты, чтение по ролям русских народных сказок на логопедических занятиях способствовали выработке более четкого тембра голоса, нормализации темпа, развитию плавного ритма речи. Работа над речевым

выдохом на уроках музыки способствовала развитию грудного типа дыхания. Меньшая динамика была выявлена в коррекции назальности, писклявости, грубости, хриплости голоса. В данных случаях необходима помощь медицинских специалистов – отоларинголога, фониатра. Родителям были предоставлены соответствующие рекомендации. Анализ просодики после проведенной коррекционной работы показал, что показатели улучшились у всех детей. Процент учащихся, имеющих выраженные недостатки снизился с 94% до 6%, отдельные недостатки – у 82 % (начальный показатель – 6%), сохранной просодики на начало эксперимента не было ни у одного ребенка, на момент окончания эксперимента – у 12% (2 детей) (см. приложение 3, табл. 15).

Анализ результатов фонематического слуха подтвердил положительную динамику в его развитии. Сохранный фонематический слух отмечался у 65% (на момент начала эксперимента 47%), отдельные недостатки – у 23% (в констатирующем эксперименте 41%), выраженные недостатки – также у 12%. Следует отметить, что несмотря на то, что многие дети остались в своей группе по степени нарушений, количественная оценка выполнения проб все равно повысилась у большинства детей (см. приложение 3, табл. 16).

Анализ результатов обследования звукового анализа и синтеза также выявил значительную положительную динамику. Учащиеся практически не испытывали трудностей в выделении первых и последних звуков, успешно справились с определением 2, 3, 4-ого звука в слове, количества слогов и звуков, лучше выполнили задания на добавление и замену звуков. Процент детей с относительно сохранным звуковым анализом повысился с 30% до 59%, а с выраженными недостатками снизился с 35% до нуля (см. приложение 3, табл.17). Улучшились показатели звукового синтеза. Дети успешнее справились с заданиями на воспроизведение слов, произнесенных по звукам, лучше выполнили задание на восстановление слов с измененной структурой. На момент окончания исследования отмечалось 35% детей с

относительно сохранным звуковым синтезом (в сравнении с начальным показателем – 12%), с отдельными недостатками 59 % (на начало обучения – 41%), с выраженными недостатками – 6% (на начальном этапе 47%) (см. приложение 3, табл. 18).

Произошли небольшие положительные изменения в развитии пространственного графического праксиса. Несмотря на то, что многим учащимся не удалось преодолеть выраженные недостатки в развитии данной психической функции, качество работ тем не менее улучшилось (см. приложение 3, табл. 19). На момент окончания исследования относительно сохранный праксис был у 59% (на начальном этапе – 41%, отдельные недостатки – у 12% (вместо 29%), количество детей с выраженными недостатками не изменилось, но улучшение качества изображения отмечается, что прослеживается по среднему баллу (см. рис. 3).

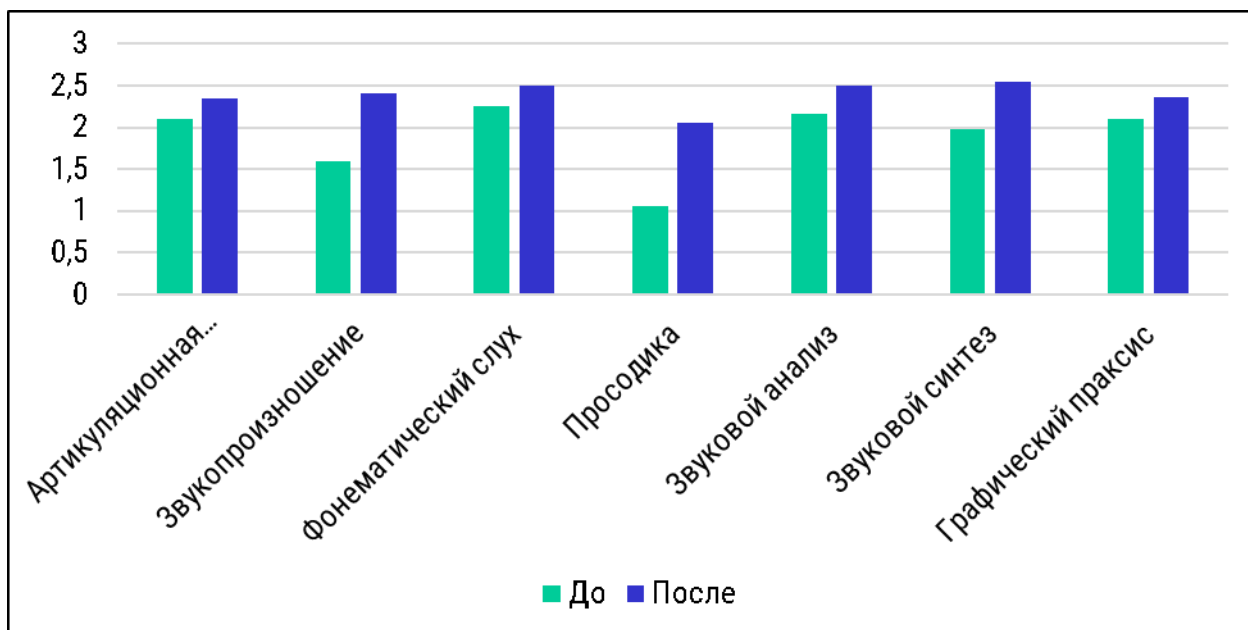


Рис.3. Динамика изменения средних показателей компонентов речи младших школьников с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии по итогам контрольного эксперимента

Таким образом, результаты контрольного эксперимента подтвердили нашу гипотезу о том, что выявление обучающихся с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии на начальном этапе обучения, осуществление системной и регулярной коррекционной работы с учетом взаимосвязи моторной сферы, просодики, звукопроизношения и фонематических

процессов не только на логопедических занятиях, но и на уроках письма, обучения грамоте, технологии, изобразительного искусства, музыки, физической культуры, а также во внеурочной деятельности: театральной, конструировании при взаимодействии всех педагогов, специалистов, работающих с данной категорией детей, и их родителей является эффективным способом предупреждения нарушений письма у младших школьников с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии.

Выводы по 3 главе

Организация логопедической помощи младшим школьникам с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии в условиях общеобразовательной школы затруднена в связи с недостаточностью методического материала, организационными, техническими, кадровыми условиями. Не предусмотрены индивидуальные логопедические занятия, проведение фронтальных возможно не более одного раза в неделю. В связи с чем, нами было разработано такое содержание коррекционной работы, которое возможно реализовать в сотрудничестве с другими специалистами школы и во взаимодействии с родителями в условиях различной деятельности детей: на уроках обучения грамоты и письма, физической культуры, музыки, изобразительного искусства, технологии, занятиях в кружках дополнительного образования (школьном театре и конструировании), при участии в семейных творческих конкурсах. Это позволило корректировать общую и мелкую моторику, речевое дыхание, просодику, артикуляцию за пределами логопедического занятия. Спланировав работу таким образом, стало возможным изменить структуру логопедического занятия – увеличить время работы над звукопроизношением и фонематическим восприятием, развитием связи звуков с буквами.

Анализ результатов контрольного эксперимента подтвердил наше предположение об эффективности даже минимальной, но систематической логопедической помощи детям с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии в начале школьного обучения, оказываемой при взаимодействии и заинтересованности всех участников образовательного процесса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данное исследование преследовало цель доказать, что в общеобразовательных учреждениях есть достаточное количество детей, имеющих негрубые речевые нарушения, но тем не менее, находящихся в зоне высокого риска возникновения нарушения формирования процесса письма и, как следствие, снижения успеваемости и учебной мотивации. Однако при своевременном выявлении и специально организованной планомерной, последовательной, систематической коррекционной работе в начале школьного обучения данная категория детей может успешно преодолеть недостатки речевого развития и благополучно овладеть навыками письма.

Для подтверждения данной гипотезы был проведен констатирующий эксперимент, в котором приняли участие учащиеся первых классов, обучающиеся по основной общеобразовательной программе начального общего образования МАОУ СОШ № 22 г. Екатеринбурга.

Целью данного эксперимента являлось выявление сохранных и нарушенных сторон моторики, звукопроизношения, просодики и фонематических процессов речи у первоклассников с фонетико-фонематическим недоразвитием речи и лёгкой степенью псевдобульбарной дизартрии.

Анализ результатов эксперимента показал, что у всех обследуемых детей присутствовали отдельные и выраженные недостатки общей, мелкой, артикуляционной моторики, работы мимической мускулатуры, проявляющиеся в характерных замедленных, неловких, скованных, недифференцированных движениях, что отражается на звукопроизношении, просодике, фонематическом слухе и восприятии, что, в свою очередь, может привести к нарушению письма. У 100% обследуемых детей отмечались нарушения звукопроизношения: искажения свистящих и шипящих звуков, смешения шипящих, свистящих, соноров в самостоятельной речи; недостатки просодики: хриплый, грубый, или, наоборот, тонкий, писклявый

голос, с назальным оттенком, невнятность, смазанность речи, нарушение ритма речи. Недостаточно развитым оказался фонематический слух у 53 % детей. Большинство детей испытывали трудности при звуковом анализе и синтезе.

Констатирующий эксперимент показал взаимосвязь фонетико-фонематического недоразвития речи с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии – нарушения звукопроизношения, звукового анализа и синтеза являются следствием несогласованной работы речедвигательного и речеслухового анализаторов, обусловленной нарушением иннервации мышц артикуляционного аппарата.

Выявленные нарушения создавали высокий риск возникновения нарушений процесса формирования письма, в связи с чем необходимо было провести работу с данной категорией детей, направленную на коррекцию и развитие исследованных компонентов речи и моторной сферы.

Организация логопедической помощи младшим школьникам с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии в условиях общеобразовательной организации была затруднена в связи с недостаточностью методического материала, организационными, техническими, кадровыми условиями. Не было возможности проводить индивидуальные логопедические занятия, а фронтальные возможно проводить не более одного раза в неделю. В связи с чем, нами было разработано такое содержание коррекционной работы, которое возможно реализовать в сотрудничестве с другими специалистами школы и во взаимодействии с родителями в условиях различной деятельности детей: на уроках обучения грамоты и письма, физической культуры, музыки, изобразительного искусства, технологии, занятиях в кружках дополнительного образования (школьном театре и конструировании), при участии в семейных творческих конкурсах. Это позволило корректировать такие компоненты речевого и моторного развития, как общую и мелкую моторику, речевое дыхание, просодику, артикуляцию за пределами логопедического занятия. Спланировав работу таким образом,

стало возможным изменить структуру логопедического занятия – увеличить время работы над звукопроизношением и фонематическим восприятием, развитием связи звуков с буквами.

Анализ результатов контрольного эксперимента подтвердил нашу гипотезу о том, что даже минимальная, но регулярная систематическая логопедическая помощь в начале школьного обучения, оказываемая при взаимодействии и заинтересованности всех участников образовательного процесса положительно отразится на речевом развитии детей с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии. Была отмечена положительная динамика в коррекции и развитии артикуляционной моторики, просодики, звукопроизношении, фонематического восприятия всех детей, с которыми проводилась работа. Детям удалось преодолеть смешение шипящих, свистящих звуков в самостоятельной речи, они научились управлять силой и высотой голоса, контролировать темп речи, что положительно отразилось на четкости артикуляции. Позитивные изменения произошли и в общем психологическом развитии этих ребят. Они стали более спокойными, уверенными, активными.

На сегодняшний день данная группа детей обучается во втором классе, и большинство школьников успешно овладевают школьной программой. 6% учащихся учатся на «отлично», 59% - на «4» и «5», 35% осваивают программу на «3», «4» и «5». В числе этих детей нет неуспевающих. Таким образом, логопедическая работа по предупреждению нарушений письма позволила снизить риск возникновения акустико-артикуляторной дисграфии и дисграфии на почве нарушения языкового анализа и синтеза у младших школьников с фонетико-фонематическим недоразвитием речи, легкой степенью псевдобульбарной дизартрии.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Архипова Е. Ф. Стертая дизартрия у детей : учеб. пособие. М., 2007. 230 с. URL: <https://refdb.ru/look/2931379-pall.html> (дата обращения: 10.10.2020).
2. Бабина Г. В., Сафонкина Н. Ю. Альбом для обследования восприятия и произнесения слов различной структурной сложности. М., 2005. 56 с.
3. Белова-Давид Р. А. К вопросу систематизации речевых расстройств у детей // Нарушение речи у дошкольников / сост. Р. А. Белова-Давид. М., 1969. С.11-47. URL: http://pedlib.ru/Books/2/0240/2_024020.shtml#book_page_top (дата обращения: 12.01.2021).
4. Белякова Л. И., Волоскова Н. Н. Логопедия. Дизартрия : учеб. пособие. М., 2009. 287 с. URL: http://www.logompgu.ru/assets/files/2020/-logopediya_dizartriya_belyakova_posl.pdf (дата обращения: 12.04.2021).
5. Винарская Е. Н. Дизартрия. М., 2006. 141 с.
6. Волкова Г. А. Альбом для исследования фонетической и фонематической сторон речи дошкольника. СПб., 2006. 144 с.
7. Выготский Л. С. Психология. М., 2000. 1008 с.
8. Давыдова М. П. Коррекция речи у детей с дизартрией. Курск, 1991. 134 с.
9. Единая концепция Специального федерального государственного стандарта для детей с ограниченными возможностями здоровья: основные положения / Н. Н. Малофеева [и др.] // Альманах Института коррекционной педагогики. 2009. № 13. URL: https://iro86.ru/images/documents/Obr._Deyat/-umo/consencia_FGOS_OVZ.pdf (дата обращения: 19.02.2021).
10. Ефименкова Л. Н. Коррекция устной и письменной речи учащихся начальных классов. М., 2015. 319 с. URL: https://www.nbcmmedia.ru/upload/-iblock/386/efimenkova_korrekziya_pdf_a4.pdf (дата обращения: 21.06.2021).
11. Ефремова Н. С., Шуляк Н. А., Ларина Е. А. Конспект логопедического занятия с дошкольником, имеющим ДЦП // Russian Journal of Education and Psychology. 2019. № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/>

article/n/konspekt-logopedicheskogo-zanyatiya-s-doshkolnikom-imeyuschim-dtsp (дата обращения: 11.02.2021).

12. Жинкин Н. И. Механизмы речи. М., 1958. 370 с.

13. Журова Л. Е., Эльконин Д. Б. К вопросу о формировании фонематического восприятия у детей дошкольного возраста // Сенсорное воспитание дошкольников / под ред. А. В. Запорожца, А. П. Усовой. М., 1963. С. 213-227. URL: https://vk.com/doc16859890_452501503?hash=b7a9b45d93c49a9c72&dl=aef96a0f66f71d82da (дата обращения: 12.09.2020).

14. Карелина И. Б. Выявление дизартрии у детей раннего возраста // Дошкольная педагогика. 2020. № 1 (156). С. 4-6. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=43857915> (дата обращения: 14.03.2021).

15. Каше Г. А. Подготовка к школе детей с недостатками речи : пособие для логопеда. М., 1985. 207 с.

16. Киселева В. А. Диагностика и коррекция стертой формы дизартрии : пособие для логопедов. М., 2007. 148 с. URL: http://pedlib.ru/Books/4/0273/4_0273-1.shtml (дата обращения: 13.04.2021).

17. Кольцова М. М. Двигательная активность и развитие функций мозга ребенка : (роль двигат. анализатора в формировании высш. нерв. деятельности ребенка). М., 1973. 143 с.

18. Кольцова М. М. Ребенок учится говорить. М., 1973. 159 с. URL: http://pedlib.ru/Books/5/0362/5_0362-101.shtml/ (дата обращения: 17.05.2021).

19. Лалаева Р. И., Венедиктова Л. В. Нарушение чтения и письма у младших школьников : диагностика и коррекция : учеб.-метод. пособие. СПб., 2004. 224 с.

20. Левина Р. Е. Нарушение речи и письма у детей : избр. тр. М., 2005. 221 с.

21. Левченко И. Ю., Приходько О. Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата : учеб. пособие. М., 2001. 192 с.

22. Логинова Е. А. Нарушения письма. Особенности их проявления и

коррекции у младших школьников с задержкой психического развития : учеб. пособие. СПб., 2004. 208 с. URL: http://pedlib.ru/Books/3/0195/3_0195-20.shtml (дата обращения: 17.05.2021).

23. Логопедия : учеб. для студентов пед. вузов / Л. С. Волкова [и др.] ; под ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской. М., 2008. 677 с. URL: <https://sdo.mgaps.ru/books/K6/M8/file/1.pdf> (дата обращения: 24.04.2021).

24. Логопедия : теория и практика / под ред. Т. Б. Филичевой. М., 2020. 608 с.

25. Лопатина Л. В., Серебрякова Н. В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников: (коррекция стертой дизартрии) : учеб. пособие. СПб., 2000. 192 с. URL: http://pedlib.ru/Books/5/0146/5_01462.shtml#book_page_top (дата обращения: 27.05.2021).

26. Лурия А. Р. Очерки психофизиологии письма. М., 1950. 84 с.

27. Мартынова Р. И. О психолого-педагогических особенностях детей-дислаликов и дизартриков // Логопедия. Методическое наследие : пособие для логопедов и студентов пед. вузов : в 5 кн. / под ред. Л. С. Волковой. М., 2007. Кн. I, ч.1. С. 153-156.

28. Мартынова Р. И. Сравнительная характеристика детей, страдающих легкими формами дизартрии и функциональной дислалией // Хрестоматия по логопедии : учеб. пособие для студентов высш. и сред. спец. пед. учеб. заведений : в 2 т. / под ред. Л. С. Волковой, В. И. Селиверстова. М., 1997. Т. 1. С. 214-218.

29. Маслова В. Н. Организация коррекционно-логопедической работы с детьми с детским церебральным параличом // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. 2015. № 5 (51). URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=23488652> (дата обращения: 11.03.2021).

30. Мастюкова Е. М., Ипполитова М. В. Нарушение речи у детей с церебральным параличом : кн. для логопеда. М., 1985. 204. с. URL: http://www.al24.ru/wpcontent/uploads/2014/10/%D0%BC%D0%B0%D1%81_1.pdf (дата обращения: 18.09.2020).

31. Назарова Л. К. Предупреждение ошибок в письме первоклассников. М., 1954. 120 с.
32. Общая заболеваемость детского населения России (0-14 лет) в 2015 году // Статический сборник 2015 г. / М-во здравоохранения Рос. Федерации. URL: <https://minzdrav.gov.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2015-god> (дата обращения: 22.04.2021).
33. Основы теории и практики логопедии / под ред. Р. Е. Левиной. М., 1968. 367 с. URL: <http://pedlib.ru/Books/4/0286/index.shtml> (дата обращения: 23.01.2021).
34. Панченко И. И. Дизартрические и анартрические расстройства речи у детей с церебральными параличами и особенности логопедической работы с ними : дис. ... канд. пед. наук. М., 1974. 239 с. URL: <https://www.dissercat.com/content/dizartricheskie-i-anartricheskie-rasstroistva-rechi-u-detei-s-tserebralnyimi-paralichami-i-os> (дата обращения: 27.02.2021).
35. Правдина О. В. Логопедия : учеб. пособие. М., 1973. 287 с.
36. Приходько О. Г. Дизартрические нарушения речи у детей раннего и дошкольного возраста // Специальное образование, 2010 № 2 (18). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/dizartricheskie-narusheniya-rechi-u-detey-rannego-i-doshkolnogo-vozrasta> (дата обращения: 12.04.2021).
37. Приходько О. Г. Дизартрия // Логопедия : теория и практика / под ред. Т. Б. Филичевой. М., 2020. С. 227-279.
38. Приходько О. Г. Логопедический массаж при коррекции дизартрических нарушений речи у детей раннего и дошкольного возраста. СПб., 2008. 157 с. URL: <https://refdb.ru/look/1695293-pall.html> (дата обращения: 16.03.2021).
39. Приходько О. Г. Логопедическое обследование детей с нарушениями речи // Специальное образование. 2010. № 3 (19). С. 82-87. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/logopedicheskoe-obsledovanie-detey-s-narusheniyami-rechi> (дата обращения: 12.04.2021).

40. Рамзаева Т. Г., Львов М. Р. Методика обучения русскому языку в начальных классах : учеб. пособие для пед. ин-тов. М., 1979. 431 с. URL: http://pedlib.ru/Books/4/0033/4_0033-377.shtml (дата обращения: 23.05.2021).
41. Садовникова И. Н. Нарушения письменной речи и их преодоление у младших школьников : кн. для логопедов. М., 1995. 255 с. URL: http://pedlib.ru/Books/1/0317/1_0317-12.shtml#book_page_top (дата обращения: 15.06.2021).
42. Семенова К. А., Мастюкова Е. М., Смуглин М. Я. Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей. М., 1972. 328 с. URL: https://vk.com/wall-25202791_56522 (дата обращения: 12.10.2020).
43. Соботович Е. Ф., Чернопольская А. Ф. Проявления стертых дизартрий и методы их диагностики. М., 1974. 217 с.
44. Токарева О. А. Дизартрии // Расстройства речи у детей и подростков / под ред. С. С. Ляпидевского. М., 1969. С. 144-155.
45. Трубникова Н. М. Структура и содержание речевой карты : учеб.-метод. пособие. Екатеринбург. 1998. 51 с.
46. Физиология речи : учеб.-метод. пособие / А. М. Купцова [и др.], Казань, 2019. 43 с. URL: https://kpfu.ru/staff_files/F2003087856/-POSOBIE_RECh__2_ITOG.PDF (дата обращения: 22.01.2021).
47. Филичева Т. Б., Чевелева Н. А., Чиркин Г. В. Основы логопедии : учеб. пособие. М., 1989. 221 с.
48. Хватцев М. Е. Логопедия : учеб. для пед. ин-тов. М., 1937. 376 с. URL: http://pedlib.ru/Books/2/0327/2_0327-220.shtml (дата обращения: 17.01.2021).
49. Цветкова Л. С. Нейропсихология счета, письма и чтения: нарушение и восстановление. М., 1997. 256 с. URL: http://pedlib.ru/Books/-2/0155/2_0155-143.shtml (дата обращения: 13.05.2021).
50. Шипицына Л. М. Детский церебральный паралич. СПб. ; М., 2001. 271 с.
51. Эйдинова М. Б., Правдина-Винарская Е. Н. Детские церебральные параличи и пути их преодоления. М., 1959. 216 с.