

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

**Коррекция общего недоразвития речи у детей с дизартрией
во взаимодействии в работе логопеда и родителей**

Выпускная квалификационная работа

Допущено к защите
Зав. кафедрой
логопедии и клиники
дизонтогенеза
канд. пед. наук, доцент
Е. В. Каракулова

Исполнитель:
Склярова Нина Константиновна,
Обучающийся ЛГП-1802z группы

подпись

дата

подпись

Руководитель:
Обухова Нина Владимировна,
канд. пед. наук, доцент кафедры
логопедии и клиники дизонтогенеза

подпись

Екатеринбург 2023

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КОРРЕКЦИИ ОБЩЕГО НЕДОРАЗВИТИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С ДИЗАРТРИЕЙ.....	6
1.1. Развитие речи у детей в норме и при дизартрии.....	6
1.2. Психолого-педагогическая характеристика детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи и дизартрией.....	11
1.3. Характеристика состояния моторики и устной речи у дошкольников с общим недоразвитием речи и дизартрией	16
ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ КОНСТАТИРУЮЩЕГО ЭКСПЕРИМЕНТА И ЕГО АНАЛИЗ	28
2.1. Основные принципы, цели, задачи и методика констатирующего эксперимента	28
2.2. Анализ результатов обследования моторики и устной речи у детей с дизартрией.....	30
2.3. Анализ результатов изучения взаимодействия учителя-логопеда и родителей при коррекции общего недоразвития речи у детей с дизартрией в условиях образовательной организации.....	36
ГЛАВА 3. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ЛОГОПЕДА И РОДИТЕЛЕЙ ПРИ КОРРЕКЦИИ ОБЩЕГО НЕДОРАЗВИТИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С ДИЗАРТРИЕЙ	44
3.1. Основные принципы, цели, задачи, этапы и содержание логопедической работы по коррекции общего недоразвития речи у старших дошкольников с дизартрией	44
3.2. Содержание работы родителей по коррекции общего недоразвития речи у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией	53
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	55
СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ	58

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время наблюдается тенденция увеличения процента детей, имеющих нарушения в развитии речи, не только в России, но и во всем мире. Одним из разделов общей культуры речи, характеризующейся степенью соответствия речи говорящего нормам литературного языка, является произносительная сторона речи.

Понятие произносительной стороны речи предполагает фонетическое оформление речевого высказывания и включает ряд взаимозависимых процессов. К таким процессам относятся:

- речедвигательные навыки, от которых зависит специфика артикуляции речевых звуков;
- речевое дыхание, которое является энергетической основой речи;
- фонация, в которой проявляются акустическая специфика речи.

Произносительная сторона речи формируется, когда в самостоятельной речи наблюдается фонетически правильное звукопроизношение, отсутствие орфоэпических ошибок, т.е. соответствие литературному произношению. Важны также правильное интонирование и паузация, соответствующий темп. Необходимы и четкость дикции, сформированность фонематических процессов, речевого дыхания и умение контролировать показатели голоса (сила, высота и пр.).

При общем недоразвитии речи отмечается нарушение процессов восприятия фонем и звукопроизношения при различных речевых нарушениях у детей. Речевые расстройства являются одними из наиболее распространенных трудностей развития в детстве. Такие трудности называются «первичными», если у них нет известной этиологии и «вторичными», если они обусловлены другим состоянием, таким как аутизм, нарушения слуха, общих проблем развития, поведенческих или эмоциональных трудностей, или неврологических нарушений. Из-за увеличения количества детей с общим недоразвитием речи в России, на

сегодняшний день существует проблема оптимизации коррекционной работы с ними. Оптимизация обеспечивает улучшение отдельных структур коррекции и их удачное сочетание. Поэтому тема взаимодействия логопеда и родителей в процессе преодоления речевых недостатков является актуальной.

Вопрос взаимосвязи логопедической и воспитательной работы по коррекции речевых нарушений обозначали такие исследователи, как А. Г. Арушанова, В. В. Гербова, Е. В. Ключев, Г. А. Любина, Л. Г. Парамонова и другие. Они изучали формы и методы работы воспитателя, логопеда и родителей по коррекции речи, особенности развития психических процессов детей с речевыми нарушениями, отмечали важность выделения общей цели в работе. Главной задачей остается формулирование общих принципов работы воспитателя, логопеда и родителей, нахождение грани между чисто воспитательными и чисто логопедическими целями, а также точек соприкосновения.

Объект исследования – устная речь у детей с общим недоразвитием речи и дизартрией.

Предмет исследования – содержание работы учителя-логопеда и взаимодействие с родителями дошкольников по коррекции общего недоразвития речи у детей с дизартрией.

Цель исследования – выделить проблемы взаимодействия учителя-логопеда и родителей в работе по коррекции общего недоразвития речи у детей с дизартрией, определить основные направления и содержание совместной работы для успешного преодоления нарушений обследуемых детей, с учётом дифференцированного подхода.

Задачи исследования:

1. Дать характеристику дизартрии как нарушению произносительной стороны речи, раскрыть особенности общего недоразвития речи у детей с дизартрией.
2. Проанализировать проблему взаимодействия в работе учителя-

логопеда и родителей в процессе коррекции общего недоразвития речи у детей с дизартрией.

3. Организовать и провести обследование речи дошкольников общим недоразвитием речи и дизартрией.

4. Разработать направления и содержание работы по коррекции общего недоразвития речи у детей с дизартрией на основе взаимодействия в работе учителя-логопеда и родителей.

Методы исследования:

– теоретические методы: анализ теоретической и методической литературы, анализ программ дошкольного образования;

– эмпирические методы: анкетирование, педагогическое наблюдение за ходом процесса обучения и воспитания в образовательной организации; анализ продуктов учебной деятельности, эксперимент.

Работа включает введение, три главы, заключение, список источников и литературы, приложения.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КОРРЕКЦИИ ОБЩЕГО НЕДОРАЗВИТИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С ДИЗАРТРИЕЙ НА ОСНОВЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В РАБОТЕ ЛОГОПЕДА И РОДИТЕЛЕЙ

1.1. Развитие речи у детей в норме и при дизартрии

Речь – это не врожденная способность, а способность, развивающаяся онтогенетически вместе с показателями умственного и физического развития детей. Становление речевой системы протекает согласно строгим закономерностям, для которых характерен ряд черт, свойственных всем детям.

Ученые, исследовавшие этот вопрос, определяют различные периодизации формирования речи. Так, Г. Л. Розенгард-Пупко выделяет два этапа становления речи (подготовительный – до 2 лет; этап самостоятельного оформления речи). А. Н. Гвоздевым определена последовательность формирования грамматического строя речи.

А. Н. Леонтьев установил четыре этапа: подготовительный (до года); преддошкольный (1-3 года); дошкольный (3-7 лет); школьный (7-17 лет).

Первый этап. Этап знаменуется первыми голосовыми реакциями – криком и плачем. Это оказывает положительное влияние на становление всех отделов речевого аппарата (дыхательного, голосового и артикуляционного). Спустя пару недель у новорожденного появляются первые реакции на голос окружающих. В этот момент он может переставать плакать и прислушиваться к услышанному. Впоследствии ребенок начинает осуществлять повороты головы к говорящему взрослому, следить за взглядом и реагировать на интонацию.

К двум месяцам появляется гуление, а спустя месяц – начальный лепет. К пяти месяцам ребенок начинает прислушиваться к звукам речи, отслеживать артикуляцию говорящих. Появляются попытки подражать этим движениям.

К возрасту полугода благодаря частым подражаниям, ребенок научается произносить цепочки открытых слогов (ма-ма-ма, па-па-па и пр.). через то же подражание впоследствии ребенок осваивает и другие свойства речи: тон, темп, ритм, мелодику, интонацию.

После шести месяцев начинает формироваться способность младенца связывать отдельные звуко сочетания с определенными предметами/действиями. Однако, при восприятии речи важное значение остается понимание ситуации, интонации и слова, благодаря чему создаются временные связи для запоминания слов и реагирования на них.

К семи-деяти месяцам расширяются возможности ребенка для произнесения различных сочетаний звуков через подражание взрослым. В 10-11 месяцев ребенок начинает адекватно реагировать на речь говорящего уже вне зависимости от ситуации и интонации. К возрасту одного года появляются первые слова.

Второй этап. Как только у ребенка появляются первые слова, начинается этап становления активной речи. все так же для ребенка важна артикуляция окружающих людей, т.к. это необходимо для правильного повторения за ними. В этот период допускается, что ребенок будет путать звуки, искажать, опускать, переставлять местами звуки или слоги. Свои первые слова он использует в обобщенно-смысловом виде: одно слово или звуко сочетание может означать предмет, просьбу, чувство и пр. («дом» - вот дом, пойдем домой, хочу домой).

Речь ребенка носит ситуативный характер, то есть понятна только в ситуации взаимодействия. Такую речь называют ситуационной. Высказывания сопровождают активные жесты и мимика. К моменту достижения полутора лет речь начинает приобретать обобщенный характер, когда появляется способность понимать словесные объяснения окружающих, а также к расширению знаний и словаря.

Словарь претерпевает как качественные, так и количественные изменения. К полутора годам в словаре насчитывается 10-15 слов, к концу

второго года жизни – 300 слов, а к трем годам – ок. 1000 слов.

Начиная с двух лет, ребенок осваивает закономерности грамматического оформления речи. Поначалу просьбы выражаются однословно, затем в речи появляются аграмматичные фразы из двух слов. Постепенно в речи возникают признаки согласования и соподчинения слов друг с другом во фразах. Ближе к трем годам начинается освоение форм чисел имен существительных, времени и лица глаголов, на начальной стадии находится и освоение использования падежных окончаний. Этот этап характеризуется превалированием качества понимания воспринимаемой речи над качеством произносительных навыков.

Третий этап. Звукопроизносительные возможности детей еще не позволяют им произносить все звуки речи нормотипично. На протяжении этого этапа страдают такие группы звуков как шипящие, аффрикаты, соноры, редко встречаются дефекты смягчения, озвончения и йотации. Все эти навыки формируются на протяжении всего этапа. Происходит и становление навыка слухового контроля за своим произношением, навыки самоконтроля, исправления ошибочного произнесения. Таким образом, формируется и фонематическое восприятие.

В период с 4 до 6 лет активный словарь возрастает до 3000-4000 слов, происходит дальнейшее уточнение и обогащение их значений. Однако в этом возрасте дети еще допускают ошибки в понимании и использовании слов. Но это говорит не о недостаточном развитии, а, наоборот, о формировании «чувства языка». Это свидетельствует о заинтересованности ребенка в освоении языковыми правилами, о росте опыта его речевого общения, что приводит к формированию чувства языка и способности к словотворчеству [6]. Становление словаря ведет за собой и совершенствование грамматического строя речи, формирующего и связную речь.

С четвертого года жизни содержание речи ребенка значительно усложняется, возрастает объем высказываний, усложняется их структура. По данным А. Н. Гвоздева, по достижении трех лет основные грамматические

категории усваиваются детьми. В этом возрасте они уже строят как простые, так и сложные предложения, однако наиболее распространено употребление простых распространенных конструкций («Я куклу в такое красивое платье одела»). Начиная с четырех лет, ребенок научается дифференцировать все звуки речи, то есть заканчивается формирование фонематического слуха. Пятый год характеризуется использованием детьми сложноподчиненными и сложносочиненными формами предложений. Высказывания детей представлены в форме коротких рассказов, их ответы становятся более развернутыми, с большим количеством предложений. Обучающиеся способны составить пересказ сказки или рассказа из 40-50 предложений. Это свидетельствует об успешности овладения монологической речью.

Фонематическое восприятие также претерпевает качественные изменения. Дети начинают различать гласные и согласные, затем твердые и мягкие согласные, а после – сонорные, шипящие и свистящие. Они научаются определять место звука в слове, количество звуков, их последовательность и пр. К шести годам у детей формируется правильное звукопроизношение.

На протяжении дошкольного этапа, в старшем дошкольном возрасте, происходит переход от ситуативной к контекстной речи. Это можно отметить при пересказе сказок или рассказов, при составлении рассказа о событиях из личного опыта.

Четвертый этап.

Так как этот этап охватывает школьный период детства, то отличительной его особенностью является сознательное усвоение, изучение закономерностей языка. В этот период происходит дальнейшее овладение детьми звуковым анализом, формирование звукового синтеза, обучающиеся изучают грамматические правила. Основное значение в это время отведено письменной речи. Таким образом, для этого этапа характерно целенаправленное изменение речи детей – от спонтанного восприятия и различения звуков в процессе речевого общения к осознанному изучению

закономерностей и использованию всех языковых средств.

Данные этапы не могут иметь четко установленных границ, т.к. происходит плавный переход одного в другой. Для своевременного и правильного протекания становления речи необходимо соблюдение определенных условий: соматическое и психическое здоровье ребенка; сохранность умственных способностей; сохранность слухового и зрительного восприятия; достаточная психическая активность; наличие потребности во взаимодействии с окружающими посредством речи; наличие полноценной речевой среды [7].

Дизартрия – это такое расстройство звукопроизношения, которое возникло из-за недостатков иннервации органов речевого аппарата. Для дизартрии характерны проявления выраженных недостатков звукового оформления речи и ее просодических компонентов, которые связаны с органическим поражением структур нервной системы. Среди других характерных особенностей этой группы расстройств можно отметить [2, с. 32]:

- нарушение голоса, проявляющееся в слабости, неблагозвучности и сопровождающееся заменой звонких согласных в глухие;
- нарушения ритмичности и глубины дыхания; недостаточность скоординированности артикуляции и дыхания.

Некоторые ученые выделяют функциональную дизартрию, которая возникает в результате слабости нейронных связей в центрах Брока и Вернике. Их поражение приводит к недостаткам восприятия и порождения речи.

Ученые-неврологи считают, что дизартрия – это расстройство артикуляции вследствие бульбарного и псевдобульбарного синдромов, а также экстрапирамидных и мозжечковых расстройств [29, с. 67]. В целом, это больше касается особенностей нарушений у взрослых.

Таким образом, дизартрия – это такое расстройство звукопроизношения, которое возникло из-за недостатков иннервации органов

речевого аппарата. Причиной дизартрии, как правило, является органическое поражение центральной нервной системы. Это нарушение речи чаще всего связано с ранним детским церебральным параличом, но также может возникнуть в любом возрасте развития ребенка из-за перенесенных инфекций головного мозга. Дизартрия различается по месту локализации и по степени тяжести.

1.2. Психолого-педагогическая характеристика детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи и дизартрией

Речь как система формируется и действует в неразрывной связи со всей психической сферой ребенка, со всеми психическими процессами. Эта взаимосвязь может наблюдаться как при нормальном, так и при нарушенном развитии [19, с. 11].

Общее недоразвитие речи (ОНР) проявляется в нарушении всех компонентов речевой системы (фонетика, фонематические процессы, лексика, грамматический строй речи и связная речь).

Псевдобульбарная дизартрия – наиболее распространённая форма дизартрии у детей. Она выражена поражением проводящих путей от коры головного мозга к ядрам черепных нервов, участвующих в порождении речи. Это поражение приводит к псевдобульбарному параличу или парезу [43, с. 77].

По мнению Е. Ф. Архиповой, дети с псевдобульбарной дизартрией имеют моторную неловкость, сниженную двигательную активность. Кроме того, они быстро утомляются. Часто дети испытывают трудности при выполнении статических упражнений, например, позы Ромберга. На занятиях с высоким уровнем активности (физическая культура, музыкальные занятия) отстают от сверстников по темпу, ритму и переключаемости движений [2, с. 8].

Общая неловкость и недостаточная координация движений

свойственны детям с дизартрией. Страдает мелкая моторика. Как отмечают М. М. Кольцова и Л. В. Лопатина, у детей с дизартрией запаздывает формирование точности и ловкости движений рук, что приводит к отсутствию интереса к продуктивным видам деятельности. Авторы также отмечают вторичные нарушения интеллектуальной деятельности, проявляющиеся в низком уровне умственной работоспособности, нарушениях памяти и внимания [13, с. 26; 22, с. 156].

О. А. Токарева наблюдала у детей замедленное формирование пространственно-временных представлений, оптико-пространственного восприятия, фонематического анализа и конструктивного праксиса [37, с. 150].

Детям дошкольного возраста с нарушениями речи могут быть свойственны и некоторые недостатки зрительного восприятия. Например, у них может быть не полноценно сформировано восприятие целостного образа предмета [27, с. 14]. Однако узнавание реальных объектов и их изображение у таких детей, как правило, не затруднено [4, с. 49].

Буквенный гнозис у детей с дизартрией и ОНР тоже страдает. Им трудно различать правильное и зеркальное написание букв. Также у них может вызывать затруднения в узнавании букв, наложенных друг на друга. Возникают сложности называние и сравнение букв, схожих графически по написанию. Называние печатных букв, данных в беспорядке, тоже дается с трудом. Это приводит к отсутствию готовности к овладению письмом.

Дети с ОНР, как правило, не различает понятия «справа» и «слева» относительно местонахождения объекта. Ориентация в собственном теле тоже затруднена [18, с. 55].

Детям с нарушениями речи свойственны и особенности внимания. Оно у них неустойчиво, снижена произвольность, дети часто не способны осуществлять планирование своих действий. Сосредоточение внимания при необходимости анализа условий или поиска способов и средств решения задач значительно затруднено. Выполнению задач характерен

репродуктивный характер.

Степень произвольности внимания зависит от типа раздражителя (зрительный или слуховой). Например, для понимания словесной инструкции к заданию им будет сконцентрировать свое внимание труднее, чем для понимания зрительной. Таким образом, в случае вербальной команды дети ошибаются чаще в различении по цвету, форме и расположению фигур [14, с. 75-76].

Т. С. Овчинникова в своем исследовании предлагала детям с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии и детям с нормальным речевым развитием выполнить «Корректирную пробу». В результате получились такие результаты: дети с нормальным речевым развитием за одно и то же время успевали просмотреть в 1,3 раза больше элементов, чем дети с дизартрией.

У детей с дизартрией к тому же оказался более выраженным коэффициент вариативности (коэффициент, который определяет степень изменчивости количества просмотренных знаков).

У детей с дизартрией преобладали пропуски знаков над другими вариациями ошибок. Также была выявлена низкая концентрация внимания. Кроме того, недостаточно сформировано и распределение внимания, и зрительно-пространственные представления (не могут отследить знаки на одной строке, перемещаются по всей площади листа с целью найти определенную фигуру или заполняют таблицу фигура за фигурой).

Во время исследования дети с дизартрией значительно отвлекались на яркие и сильные раздражители. Они характеризуются как импульсивные, неорганизованные, неспособные к волевым усилиям для преодоления трудностей. Также было замечено, что возбудимые дети допускали большее количество ошибок, чем тормозимые [30, с. 126].

Нарушения внимания, а именно его устойчивости и переключаемости, у детей с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии подтверждаются и исследованиями Р. И. Мартыновой. Автор обуславливает это недостатками

подвижности нервных процессов в коре головного мозга [25, с. 78].

Л. И. Белякова, Ю. Ф. Гаркуша, Е. М. Мастюкова, О. Н. Усанова и др. исследовали состояние памяти у детей с нарушениями речи. Исследователи доказали, что объем зрительной памяти у детей с дизартрией не отличается от объема памяти у детей с нормальным развитием. Тем не менее у детей с дизартрией страдает способность к продуктивному запоминанию серии геометрических фигур. Это обусловлено недостатками восприятия формы и пространственных представлений [27, с. 15].

Г. С. Гуменная отмечает сниженный уровень способности удерживать речевые сигналы и точность реализации, повышенное торможение слухоречевых следов. Для таких детей характерны недостатки произвольности и способности контролировать слуховую память. Возникают затруднения при узнавании слов, воспринимаемых на слух. Детям сложно тренироваться на речевые стимулы, они замедленно ориентируются в условиях задачи и т.д. [9, с. 48].

При дизартрии, в особенности в случае выраженных церебрастенических проявлений, отмечается неравномерная пикообразная кривая заучивания, детям не свойственны парафазии и добавления «лишних» слов [28, с. 67]. У детей не наблюдаются и парамнезии. Они могут забывать сложные инструкции (трех-, четырехступенчатые), опускать некоторые их элементы и менять последовательность заданий. Тем не менее, способность смыслового, логического запоминания относительно сохранно [14, с. 79].

Это может быть связано с затрудненным формированием условных рефлексов, сниженным уровнем внимания. Также рассматривается возможность влияния нарушений фонематического слуха, которые возникают вследствие недостатков звукопроизношения.

По данным Р. И. Мартыновой, при дизартрии наблюдается соответствие характера и степени нарушения мышления со степенью выраженности речевого дефекта. Для детей с дизартрией характерно снижение мыслительной деятельности, происходящее по типу астенизации

со значительным снижением функций внимания и памяти [25, с. 82].

Т. Н. Синякова и О. Н. Усанова, в результате проведенного ими исследования невербального интеллекта детей дошкольного возраста с ОНР, выделили 3 группы детей. В самую многочисленную из них (63%) были отнесены дети, у которых развитие невербального интеллекта находится на нижней границе нормы. У второй по численности группы (27%) были дети с показателями, соответствующими норме. Лишь у 9% исследуемых интеллект оказался ниже нормальных показателей [33, с. 16].

Л. В. Лопатина в своих исследованиях отмечает у детей с дизартрией замедленность протекания мыслительных процессов. Это оказывает отрицательное влияние при изучении нового материала. Затруднения вызывает и понимание абстрактных понятий и представлений [22, с. 89].

Эмоционально-волевая сфера у детей с дизартрией характеризуется повышенной эмоциональной возбудимостью и истощаемостью нервной системы. В дошкольном возрасте может проявляться двигательная тревога, которая усиливается в случае переутомления. Часто в этом случае наблюдается раздражительность, эмоциональная лабильность, суетливость, а также грубость и непослушание. Однако реакции детей могут различаться в зависимости от индивидуальных особенностей. Одни склоняются к реакциям истероидного типа, а другие проявляют излишнюю пугливость, заторможенность в новой ситуации [21, с. 294].

По данным, полученным Р. И. Мартыновой, у детей с легкой формой дизартрии во время выполнения заданий наблюдались неуверенность, пассивность, повышенная истощаемость и проявления негативизма [25, с. 76].

В игровой деятельности детям с дизартрией помощь взрослого. Отмечается необходимость направляющего воздействия при помощи слова и ежедневного руководства в процессе игры. В начале речевого общения в игровых действиях недостаточно, что вызывает снижение количества игр и ограниченность их сюжета. Чтобы дети получали необходимые знания,

впечатления и представления, для этого обязательна целенаправленная игровая деятельность. Это спровоцирует потребность в словесном общении и приведет к закреплению речевых навыков, сформированных на логопедических занятиях [14, с. 88].

Таким образом, у детей с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии наблюдается снижение познавательной деятельности и процессов, входящих в ее структуру. Они моторно неловки, имеют недостатки восприятия различных модальностей, у них низкие показатели внимания (особенно слухового), памяти (особенно словесной), наблюдается слабость мыслительных процессов. Такие дети эмоционально возбудимы и истощаемы. Игровая деятельность также требует помощи взрослого.

Поэтому, в содержании логопедической работы следует учитывать принцип связи речи с другими сторонами психического развития, что способствовать снижению влияния определенных психологических особенностей детей на эффективность коррекционной работы [42, с. 14].

1.3. Характеристика состояния моторики и устной речи у дошкольников с общим недоразвитием речи и дизартрией

Проведено множество исследований состояния моторной сферы у детей с дизартрией (Л. В. Лопатина, 1987 и др.). Эти исследования показывают, что нарушения моторики у детей выражаются в различной степени: от недостаточной координации и подвижности органов речевой артикуляции до нарушения статической и динамической координации рук и ног.

У детей дошкольного возраста отмечается неустойчивость мышечного тонуса, напряженность выполняемых движений и их несоразмерность. Недостаточность координации движений рук и ног, мелкомоторных и артикуляционных движений также характерна для этих детей. У них наблюдаются трудности запоминания заданной последовательности

движений, переключаемость с одного движения на другое. Запоминание и воспроизведение темпа и ритма движений тоже осложнено. К тому же дети, как правило, не исправляют свои ошибки в движениях.

Детям свойственны такие недостатки в двигательных возможностях артикуляционного аппарата, как избирательная слабость, парезы в отдельных мышцах, что приводит к искаженному произношению звуков. Неправильное звукопроизношение препятствует формированию слухового восприятия и самоконтроля, что приводит к нарушению становления фонематических процессов.

Первичным дефектом в случае наличия дизартрии выступают недостатки произносительной и просодической стороны речи, возникшие вследствие органического поражения центрального и периферического отделов нервной системы [12]. В раннем детстве это может проявляться в виде нарушений грудного вскармливания, вялое сосание, частые срыгивания и поперхивания (причина – паретичность мышц органов артикуляционного аппарата), отсутствия лепета, гнусавого оттенка появляющихся звуковых комплексов, опоздания появления первых слов, а также в виде нарушений звукопроизношения в дальнейшем [6].

Перечисленные нарушения моторики оказывают негативное влияние на процессы адаптации таких детей к обучению в школе. Затрудняется их взаимодействие со сверстниками и взрослыми.

Выделяются следующие показатели для определения дизартрии:

1. Недостатки двигательных компонентов, составляющих речевую систему [21]:

- расстройства мышечного тонуса (спастичность, паретичность, дистония (при нагрузке тонус изменяется));
- нарушения двигательной сферы (гиперкинезы, атаксии, синкинезии и пр.);
- нарушения скоординированности работы систем (двигательно-кинестетических, слухо-зрительных, слухо-кинестетических).

Данные нарушения могут быть причинами возникновения гиперсаливации, расстройств процессов приема пищи, дыхания (его типа, объема, частоты), нарушений голосообразования (недостатки основных параметров голоса – его силы, высоты, модуляций и пр.).

2. Нарушение кинестетического или кинетического праксиса (ощущения артикуляционных поз и переключения движений), что может проявиться в виде:

- кинетической артикуляционной апраксии (нарушения ощущений от переключений с одного движения на другое;

- кинестетической артикуляционной апраксии (нарушение ощущения от положения органов артикуляции и их движений, поиск позы).

3. Нарушение просодической стороны речи, а именно темпо-ритмической и мелодико-интонационной.

4. Специфический характер нарушений звукопроизношения:

- стойкость нарушений звукопроизношения, трудность их преодоления, что приводит к специфическим трудностям при автоматизации и более длительным срокам;

- возможность распада приобретенных умений в случае длительных перерывов между занятиями или их несвоевременного окончания;

- возможность нарушения не только согласных звуков, но и недостаточность произнесения гласных, их смазанность, усредненность и редуцированность звучания;

- межзубное или боковое произнесение щелевых согласных звуков, смягчение твердых согласных, оглушение звонких;

- общая «смазанность» звукопроизношения в спонтанной речи, которая возрастает в случае увеличения речевой нагрузки.

Все это вызывает фонетико-фонематические нарушения, которые могут приводить к нарушениям формирования лексики и грамматического строя речи, вследствие чего в структуре речевого дефекта у детей с дизартрией

зачастую присутствует общее недоразвитие речи (ОНР).

В психолого-педагогической классификации, разработанной Р. Е. Левиной, ОНР относится к нарушениям средств общения. В данную категорию включают детей с сохранным слухом и интеллектом и нарушением сформированности всех компонентов речевой системы: фонетики, фонематических процессов, словаря, грамматического строя речи и связной речи.

Р. Е. Левиной выделено три уровня речевого развития, основанные на степени сформированности этих компонентов. Т. Б. Филичевой была описана характеристика четвертого уровня. Ниже охарактеризован каждый из четырех уровней.

Первому уровню свойственно полная несформированность речи, но этих детей все равно нельзя относить к категории безречевых детей. Несмотря на то, что в их речи отсутствуют фразовые высказывания, они стремятся к общению и при взаимодействии с другими пользуются звукоподражаниями и лепетными словами, что не обходится без активного сопровождения жестами и мимикой. Словарный запас ограничивается существительными в именительном падеже, глаголами в инфинитиве или в форме повелительного наклонения. Часто названия существительных или глаголов заменяются звукоподражаниями (ам, бух). Для этого уровня характерна многозначность используемых слов, они могут иметь несколько значений. В собственной речи дети также могут правильно произносить некоторые простые слова (мама, баба и пр.), звукоподражания, части слов (их начало или конец).

Объединение доступных слов в фразы для детей невозможно, т.к. грамматические категории страдают в большей степени, нежели лексические. Это приводит к нарушению коммуникации. Дети не усваивают явление генерализации, т.к. не замечают общих черт у встречающихся грамматических категорий.

Помимо недостатков грамматического оформления высказываний, для

детей данной категории свойственны нарушения слоговой структуры, звукопроизношения в целом, фонематических процессов, вследствие чего их речи становится малопонятной или совсем непонятной для других людей [36, с. 36].

В случае со вторым уровнем у детей уже отмечаются начатки речи. возникают первые аграмматичные высказывания из двух или нескольких слов. Звукопроизношение становится значительно лучше, чем при первом уровне, однако многие группы слов, в т.ч. слоговая структура слова остаются, могут оставаться нарушенными. Такие дети проявляют более высокую речевую активность, допускают меньше грамматических ошибок в высказываниях, а частотные грамматические категории могут использовать безошибочно.

Образование новых слов остается затрудненным, вследствие чего дети с трудом понимают и употребляют притяжательные и относительные прилагательные, а также глаголы, близкие по значению. Операции обобщения у них вызывают трудности. Усвоение сложных слов, синонимов, антонимов практически недоступны. Многозначность употребляемых слов все так же свойственна этим детям. Наблюдается фрагментарность самостоятельной речи, без помощи взрослых построение высказываний осложнено. Составление рассказа заключается, как правило, в перечислении того, что изображено на представленном материале.

Третий уровень речевого развития характеризуется наличием развернутой фразовой речью со значительными недочетами в ее грамматическом оформлении, а также с недостатками словаря и фонетико-фонематическим недоразвитием. Обучающиеся активно пользуются фразовой речью, свободно вступают во взаимодействие, в диалог, умеют отвечать на вопросы и задавать их. При этом импрессивная речь сформирована на недостаточном уровне.

В самостоятельно построенных высказываниях выявляются имеющиеся нарушения всех компонентов речи. в предложениях отмечаются

пропуски как второстепенных, так и главных членов предложения. Дети неправильно употребляют предлоги, в их речи встречаются и ошибки в словообразовании (например, при образовании прилагательных от существительных). Подбор приставочных глаголов, синонимов и антонимов также вызывают у детей значительные трудности. Наблюдается недостаточность сформированности причинно-следственных связей в речи. в произнесении слов сложной слоговой структуры могут встречаться ошибки.

Четвертый уровень характеризуется развернутой фразовой речью с незначительными недостатками состояния сторон речи. такие дети тоже проявляют желание участвовать в диалоге, инициативны в нем, им нравится рассказывать о том, что их окружает, о своем жизненном опыте с использованием сложных предложений с частотными грамматическими категориями. Звукопроизношение у этих детей сформировано. Навыки словообразования тоже близки к показателям нормы. Они пользуются возможностью заменить более сложные слова простыми. Ошибки возможно выявить лишь при проведении расширенного обследования [36, с. 24].

Так, недостатки можно обнаружить при назывании профессий (называют их выполняемыми действиями), частей предмета (называют весь предмет), при различении сходных действий приставочных глаголов. К тому же дети могут смешивать близкие по звучанию фонемы и неизвестные слова объяснять через действия.

ОНР преодолевается посредством осуществления целенаправленной логопедической работы по формированию всех компонентов речевой системы [6, с. 16].

Даже при нормальном речевом и психическом развитии процесс становления связной речи является довольно сложным. Если же у ребенка отмечается ОНР, то этот процесс становится еще более затрудненным. Ученые отмечают у детей с нарушениями речи затруднения при мотивации к высказыванию, а также при определении его смысла в общем. Таким образом, нарушения наблюдаются уже на доязыковом этапе порождения

высказывания.

Согласно данным М. Е. Хватцева, у детей с ОНР значительно расходятся возможности организовывать фразы с возможностями формулировать мысли в связной форме. Исследователь отмечает, что дети с ОНР зачастую пользуются невербальными средствами коммуникации (жестами, мимикой), чтобы рассказать о прочитанном, увиденном и прочем. [43, с. 265]. Следовательно, у обучающихся с ОНР необходимо в первую очередь формировать мотивацию к общению, целеполагание, а также обучать навыку ориентироваться в прочитанной или увиденной ситуации.

Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина наблюдали, что дети с ОНР при попытках передать содержание воспринятых на слух рассказов, не способны в полной мере удержать основную смысловую схему [42]. Испытуемые при составлении собственных высказываний незначительно отходили от основной темы к побочным ассоциациям, что могло приводить к утрате основной сути рассказа. Страдает последовательность речевых сообщений. В случае с пересказом дети не всегда способны полностью понять текст, что также приводит к несоблюдению заданной логической последовательности основных событий. Испытуемые могли пропускать значительные содержательные моменты, опускать некоторых героев. Отмечались и многочисленные повторения, а также у детей возникали сложности в подборе слов.

Характеристика недостатков связной речи дана в работах Е. Г. Корицкой. Автор указывает на трудности в построении развернутых, последовательных высказываний. Отмечается увеличение этих трудностей в процессе становления самостоятельной речи, а также при отсутствии опоры на установленный сюжет.

В большей степени дети затрудняются в заданиях, где необходимо сократить подробное повествование до 1-2 фраз. Сложной является и задача выделения главной мысли в тексте.

Творческое рассказывание тоже вызывает у детей значительные

затруднения. Сложности возникают и при определении замысла рассказа, при изложении сюжета в заданной последовательности. Как правило, творческий рассказ у данной категории детей является простым пересказом основной мысли [13, с. 67].

У детей с ОНР необходимо формировать понимание экспрессивной речи как средства общения. Этого можно достичь благодаря поддержке взрослых в виде наводящих вопросов, подсказок, суждений. По данным исследований, дети с ОНР, как правило, не проявляют инициативу для начала общения, почти не задают вопросы близким взрослым и окружающим сверстникам. Во время игры их речи свойственна несвязность. Все это оказывает негативное влияние на становление связного высказывания.

А. М. Богуш отмечает, что у детей с нарушениями речи присутствуют явные недостатки понимания сложных речевых конструкций. Однако некоторые дети не способны понять не только сложные речевые обороты, но и простые выражения [9, с. 45].

Н. С. Жуковой, Е. М. Мастюковой, Т. Б. Филичевой была предпринята попытка описания нарушений повествовательной речи у детей с ОНР.

В результате проведенного исследования авторы пришли к выводу о том, что детям сложно установить логическую последовательность изложения при составлении рассказа по серии картинок. Причиной тому служит неумение раскладывать картинки в правильном порядке. Таким образом, у детей получается несвязное повествование, заключающееся в хаотичном перечислении того, что изображено на представленных картинках [29, с. 189].

Были сделаны выводы и о трудностях детей с ОНР в понимании прочитанного текста. Полноценная передача описываемых в произведении событий недоступна, в пересказе опускаются основные моменты, сложности отмечаются и при подборе нужных слов.

В. П. Глухов в своих исследованиях приходит к мнению о том, что нарушения в формировании связной контекстной речи возникают вследствие

недостатков остальных компонентов речи: фонетики, фонематических процессов, лексики и грамматики. К тому же, в результате отсутствия коррекции первичных нарушений, возникают вторичные отклонения психических процессов. Например, недостатки восприятия различных модальностей, нарушения параметров внимания в разной степени, низкий уровень сформированности памяти, недостаточное воображение. Все это лишь усугубляет существующие проблемы устной речи.

Автор считает, что для того, чтобы ребенок научился самостоятельно составлять связное развернутое высказывание, необходимо активизировать все имеющиеся речевые и познавательные возможности с постоянным их совершенствованием параллельно. К тому же связная речь формируется лишь при определенной сформированности словарного запаса и при усвоении необходимых грамматических категорий [14, с. 176].

Т. А. Матросовой были определены такие ошибочные грамматические формы как [13, с. 146]:

1. Ошибки использования родовых и падежных окончаний количественных числительных (нет четыре ложек).
2. Ошибочное использование числовых, родовых падежных окончаний существительных, прилагательных, местоимений (нет вилок, синий шапка и пр.).
3. Неправильное согласование глаголов с существительными и местоимениями (он бегала, мальчики играет).
4. Нарушения использования родовых и числовых окончаний глаголов в прошедшем времени (дети спал).
5. Неправильное употребление предложно-падежных конструкций (к доме, из книга).

Эти ошибки влияют на оформление связных высказываний ребенка.

Ж. В. Антипова указывала на несвязность рассказов детей с ОНР, на нарушения в них логической последовательности. Текстам таких детей свойственны пропуски определенных моментов, застревание на неважных

эпизодах, что впоследствии приводит к потере основной мысли составляемого рассказа [16, с. 187].

В. К. Воробьевой были определены четыре уровня овладения связным высказыванием при усвоении основных типов связной монологической речи (пересказа, составления рассказа по серии сюжетных картинок, а также с опорой на заданный материал).

Первый уровень предполагает наличие так называемых «псевдовысказываний», не объединенных единой темой, а относящихся к широкой тематической сфере. Суть «псевдовысказываний» в том, что при озвучивании педагогом задания, ребенок ищет ответы в лексических темах, пройденным им ранее или пытается вспомнить что-то из обиходной речи. Речь ребёнка на первом уровне неэмоциональна, монотонна, с длительными паузами.

Ко второму уровню относятся те ответы детей, которые мотивируются второстепенными замыслами, а не основной темой рассказа. Такие дети более эмоциональны и заинтересованы, чем дети с первым уровнем развития связного высказывания. Однако такие дети чаще всего плохо воспринимают речь педагога, не собраны, невнимательны, торопятся начать работу, не дослушав материал.

К третьему уровню развития связного высказывания В. К. Воробьева относит продолжения, в которых нет развития основной темы, а есть только завершение, состоящее из 1-2 предложений. Однако автор отмечает у таких детей заинтересованность и умение согласовывать по смыслу начало текста и его завершение.

К четвёртому уровню развития связного высказывания относятся те ответы детей, которые соответствуют основной теме рассказа, однако их объем незначителен [16, с. 98].

Учёные, исследовавшие детей с общим недоразвитием речи и дизартрией, пришли к выводу, что связная речь у таких детей сформирована слабо: не соблюдается последовательность и связность рассказа, ограничен

активный словарь. Помимо этого, на формирование связной речи влияет сохранность фонематического слуха, лексико-грамматического компонента речи, моторики движений.

Отклонения в развитии связной речи влияют на общее развитие ребёнка и его характер. Ребёнок становится неуверенным в себе, пассивным, застенчивым, проявляет раздражительность и грубость.

Вышеперечисленные сложности могут привести к серьёзным проблемам в развитии ребёнка как личности. Поэтому ребёнок с ОНР и дизартрией нуждается в своевременной логопедической помощи.

Выводы по 1 главе:

Таким образом, можно сделать следующие выводы.

Общее недоразвитие речи (ОНР) предполагает недоразвитие всех компонентов речевой системы (фонетика, фонематические процессы, лексико-грамматический строй речи) в различной степени: начиная от полного отсутствия общеупотребительной речи и заканчивая развернутой фразовой речью с незначительными аграмматизмами и нарушениями фонетики и фонематических процессов, которые получится выявить лишь при обширном обследовании.

Таким образом, детям с дизартрией свойственны сниженная познавательная активность, недостатки моторной сферы, нарушения восприятия (в особенности слухового). Процессы внимания, тем более слухового, также страдают, память, а особенно вербальная, тоже сформирована недостаточно. Отмечаются и недостатки мышления (особенно словесно-логического). Детям свойственна высокая эмоциональная возбудимость и истощаемость. Игровая деятельность у них тоже имеет свои особенности.

Детям с ОНР трудно понимать смысл воспринимаемых высказываний, способность выделения основной мысли, темы, замысла произведения также требуют специального обучения.

Только малая часть детей дошкольного возраста с ОНР способны

самостоятельно построить связный рассказ; большинству требуются вопросы-подсказки; их рассказы отличаются отсутствием главной мысли рассказа и последовательности событий, кроме этого наблюдаются проблемы с грамматическим оформлением предложений.

При дизартрии наблюдаются такие проблемы как: недостаточный словарный запас, односложная речь, состоящая из простых предложений, неспособность построить монолог, трудности в диалогической речи. Сложности в построении вопроса, ответа, отсутствие логики в своих высказываниях.

В коррекционной работе со дошкольниками с ОНР и дизартрией важную роль имеет формирование связной речи. При этом только своевременно начатая и правильно построенная коррекционно-логопедическая работа сможет сформировать у детей навыки правильной связной устной речи.

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ КОНСТАТИРУЮЩЕГО ЭКСПЕРИМЕНТА И ЕГО АНАЛИЗ

2.1. Основные принципы, цели, задачи и методика констатирующего эксперимента

На основе теоретического анализа литературы, было организовано обследование детей старшего дошкольного возраста с дизартрией.

Констатирующий эксперимент проводился на базе филиала МАОУ «СОШ № 94 г. Челябинска» (детский сад). Испытуемыми выступили 5 детей старшего дошкольного возраста (5-6 лет), имеющими общее недоразвитие речи. Состояние слуха и интеллекта в норме. Отбор испытуемых осуществлялся на основании рекомендаций учителя-логопеда.

Анализ выявленных нарушений проводился с опорой на принципы, выделенные Р. Е. Левиной. Среди принципов можно выделить следующие, в частности [19, с. 31]:

1. Принцип развития, предполагающий анализ возникновения дефекта в процессе проведения коррекционной работы, выявление первопричин и следствий возникших дефектов, что позволяет определить клиническую форму нарушения речи детей.

2. Принцип системности. Данный принцип предполагает рассмотрение всех структурных компонентов языка, которые представляют собой взаимосвязанную систему. В связи с этим, важно обследовать не только состояние произносительной стороны речи, но и изучить состояние мимической, артикуляционной моторики детей, изучить сформированность фонематических процессов.

3. Принцип рассмотрения речевых нарушений во взаимосвязи речи с другими сторонами психического развития ребенка. Так, слухоречевая память взаимосвязана и взаимообусловлена с уровнем развития фонематических процессов.

Таким образом, при анализе выявленных нарушений важно учитывать все вышеперечисленное, а также соматическое состояние ребенка, особенности его двигательной и эмоционально-волевой сферы, возраст, микросоциальное окружение, состояние интеллекта, зрения, слуха, и другое, в качестве реализации комплексного подхода в изучении обучающегося [12, с. 34].

Основная цель констатирующего этапа исследования – обследование общего недоразвития речи у детей с дизартрией.

Задачи исследования:

1. Проанализировать и подобрать методики, направленные на изучение общего недоразвития речи у детей с дизартрией.

2. Проанализировать полученные результаты, провести количественный и качественный анализ данных.

3. На основе полученных результатов разработать направления коррекционной работы с детьми и разработать задания для преодоления общего недоразвития речи у детей с дизартрией.

Важным компонентом образовательного процесса является диагностика в целом. С помощью нее определяется результат достижения поставленной цели и задач. Своевременная и качественно проведенная диагностика является первоначальным этапом на пути осуществления эффективного коррекционного логопедического воздействия.

Констатирующий эксперимент проходил в форме логопедического обследования старших дошкольников.

В работе использовалась диагностическая методика Н. М. Трубниковой (Приложение 2).

Согласно последовательности, установленной в речевой карте, первоначально были получены общие сведения о детях, включающие следующие данные: дата рождения, заключения специалистов, тип образовательной организации, программа обучения, занятия с логопедом, данные о родителях и семье, общий анамнез, раннее психомоторное

развитие, речевой анамнез, заключение и рекомендации ПМПК.

В ходе логопедического обследования на каждого исследуемого была составлена речевая карта, в которую внесли записи полученных данных в определённой последовательности.

2.2. Анализ результатов обследования моторики и устной речи у детей с дизартрией

Анализ результатов проведенного логопедического обследования показал, что у всех исследованных общая моторика сформирована на недостаточном уровне.

Так, при выполнении упражнений на выявление особенностей двигательной памяти, все дети в той или иной степени затруднялись. Если выполнение первой пробы сопровождалось лишь неточностью выполняемых движений, то при выполнении второй (с запретным движением) трое детей стали допускать ошибки (выполняли запретное движение). У них возникали трудности в переключении движений, в принятии заданной позы. В задании на исследование произвольных движений только двое детей не допускали ошибок. Остальные же либо не останавливались по сигналу, либо неточно выполняли движения ногами.

У 4 детей вызвали трудности задания на исследование статической координации движений: не могли удержать равновесие в заданной позе, вследствие чего вытягивали руки в стороны, при этом покачиваясь. Одному ребенку удалось выполнить данное задание безошибочно.

Пробы на исследование динамической организации движений тоже вызывали затруднения, ни один ребенок не справился с заданием в полной мере. Трое детей не выполнили задание совсем. Например, путали чередование хлопка и шага, затруднялись при приседаниях (выполняли не на носках, а на всей стопе, теряли равновесие, падали). Два ребенка задания выполнили, но не полностью. Движения детей были неточными,

наблюдались покачивания, хлопок и шаг выполняли одновременно.

Исследование ритмического чувство показало также низкий уровень сформированности у большинства детей. Три ребенка даже при зрительном подкреплении не смогли верно выполнить ритмический рисунок (выполняли ритм слишком быстро, увеличивали или сокращали количество элементов рисунках). Двое обследуемых выполнили задание верно.

Таким образом, можно утверждать о следующих нарушениях общей моторики у обследованных детей: нарушение произвольности движений, их переключаемости, принятия и удержания заданных поз (т. е. страдают как статические, так и динамические движения). К тому же, у детей недостаточно сформирована способность понимать инструкции, контролировать собственные действия. Полученные данные свидетельствуют о необходимости специально организованной работы по формированию общей моторики у данной группы детей.

Мелкая моторика тоже сформирована у детей на недостаточном уровне. Так, при выполнении упражнений на исследование статической координации движений у обследуемых наблюдалось напряжение, неспособность удерживать заданную позу пальцев рук. Динамические упражнения выявили у детей замедленное принятие необходимой позы в начале выполнения, затрудненное переключение в дальнейшем с одного движения на другое. Наблюдались также и содружественность мелкомоторных движений.

Мимическая моторика тоже страдает у всех детей в разной степени. Трое обследуемых не справились с упражнениями на обследование символического праксиса. Таким образом, они не смогли самостоятельно выполнить оскал и плевков. Два ребенка продемонстрировали недостаточный объем движений мышц глаз (затруднили при закрывании левого глаза). У одного ребенка отмечался недостаточный объем движений мышц лба (недостаточно нахмурил брови). Выполнение мимических поз вызвало затруднения у другого обследуемого (грустную эмоцию перепутал с

сердитым).

Анатомическое строение артикуляционного аппарата у всех детей в норме.

В свою очередь моторика артикуляционного аппарата у всех нарушена. Все дети не справились с выполнением упражнений на исследование двигательной функции губ (не подняли и не опустили нижнюю губу, вытягивают щеки при выполнении хоботка), двигательной функции языка (отмечается повышенный тонус мышц, тремор, дети не смогли выполнить чашечку). У одного ребенка возникли трудности при выполнении движения нижней челюстью.

Три ребенка не справились с пробами на динамическую организацию движений языка (не занесли чашечку в рот). Полузакрывать ротовую полость не получилось у одного ребенка, а у другого отмечались трудности выполнения задания на исследование динамической организации движений губ, языка, нижней челюсти.

Звукопроизношение

Количественная оценка выполненных заданий проводилась согласно следующим критериям:

3 балла – нарушений в произношении звуков не выявлено;

2 балла – нарушено произношение 1-2 звуков, относящихся к разным фонетическим группам;

1 балл – нарушено произношение 3 и более звуков, относящихся к разным фонетическим группам.

Выполнению давалась и качественная оценка:

- звукопроизношение соответствует возрасту;
- мономорфное или полиморфное нарушение;
- антопофоническое (искажения) или фонологическое (отсутствие звука, замена звука, смешение звуков) нарушение.

Таким образом, у обследуемых детей выявлено преобладание нарушений произношения свистящих звуков (55 %), далее идут недостатки

произношения шипящих (30%) и сонорных (15%) звуков.

Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод о том, что нарушение звукопроизношения является первичным дефектом в структуре речевого дефекта.

Анализ данных, представленных в Приложении 3, позволяет соотнести выявленные антропофонические и фонологические нарушения звукопроизношения.

Так, антропофонические дефекты у детей встречаются чаще, по нашим данным, они составили 60%. В их числе искаженное произношение свистящих, шипящих, сонорных звуков. К оставшимся 40% относятся фонологические дефекты. У четырех детей наблюдается искажение произношения звука [р] (велярное, одноударное). Отмечаются такие замены соноров как р-л, рь-й. У трех страдает произношение свистящих и шипящих (замены ш-с, ч-с). У трех детей страдает произношение звука [л] (у двоих отсутствие звука, у одного – двугубный ламбдацизм).

Таким образом, можно сделать вывод о наличии у всех обследуемых полиморфного нарушения звукопроизношения.

Фонематический слух.

Полученные данные в ходе обследования были оценены согласно следующим критериям:

- 3 балла – узнает все звуки;
- 2 балла – ошибки в 1-2 акустических признаках;
- 3 балла – ошибки в 3-4 акустических признаках.

Выполнению заданий также давалась качественная оценка:

- фонематический слух сформирован;
- фонематический слух сформирован частично;
- фонематический слух не сформирован.

В результате обследования фонематического слуха было выявлено, что у детей полностью сформирована способность опознавания гласных фонем. У двух детей затруднено узнавание согласных фонем среди других.

3 ребенка допустили ошибки при выполнении заданий на различение фонем, близких по артикуляционным и акустическим признакам. Однако различение фонем на материале слов-паронимов у всех детей получилось выполнить успешно.

Фонематическое восприятие.

Полученные данные в ходе обследования были оценены согласно следующим критериям:

3 балла – задание выполнено без ошибок;

2 балла – задание выполнено с 1-2 ошибками;

1 балл – задание выполнено с 3-мя и более ошибками.

Задание по выделению первого ударного гласного в заданных словах не вызвало затруднений у всех детей. Наибольшие затруднения у детей возникали при определении согласных звуков в слогах и в словах. Определение места звука в слове оказалось для детей тоже сложным заданием

Средний уровень сформированности фонематического восприятия составляет 40%;

Низкий уровень сформированности фонематического восприятия составляет 60%. У них не сформирован звуковой анализ, дети не умеют выделять согласный, стоящий в различных позициях, им недоступно установление последовательности звуков в слове.

Понимание грамматических форм страдает не у всех детей. Например, трое не справились с заданием на обследование понимания падежных окончаний существительных и понимания инверсионных конструкций. У троих обследуемых также не получилось закончить начатое предложение. Два ребенка недостаточно понимают грамматические особенности рода прилагательных, а у одного ребенка возникло затруднение в выполнении трех действий, предъявленных в одной просьбе на слух (выполнил частично). Выбор одного правильного предложения из двух оказался трудным для одного обучающегося.

Все дети допускают ошибки в употреблении грамматических форм. В словоизменении наибольшие затруднения вызвало задание по преобразованию единственного числа существительных во множественное, т.к. с ним не справились все дети. Но самыми сложными были задания на словообразование. Так, у всех детей возникли затруднения при образовании сложных слов и словообразовании приставочным способом. Трое детей допускали ошибки, когда пытались образовывать уменьшительные формы существительных. Два ребенка не смогли полностью выполнить задание по образованию прилагательных от существительных.

Обследование связной речи также выявило ее недостатки у всех обследуемых. У всех детей затруднено самостоятельное составление предложений по ключевым словам (не справлялись без наводящих вопросов). Трудным заданием для всех стало составление рассказа по серии картинок: дети не справлялись без наводящих, уточняющих вопросов, иначе рассказ включал 2-3 простых предложения. Составление рассказа из собственного опыта тоже вызвало сложности у всех обследуемых (рассказы получались малосвязными, неразвернутыми, требовались наводящие и уточняющие вопросы). Четыре ребенка затруднились при пересказе незнакомого текста (упускали важные факты, добавляли новые). Трое обследуемых не справились в полной мере с пересказом знакомого текста. Три ребенка по хаотично названным словам составили предложение в обратном порядке, а один из обследуемых смог составить предложение по сюжетной картинке только при помощи наводящих вопросов.

Более подробные результаты проведенного логопедического обследования отображены в Приложении 3. Таким образом, у обследуемых детей страдают все компоненты речевой системы (фонетика, фонематические процессы, просодическая сторона речи, лексико-грамматический строй речи) и моторная сфера, что позволяет сделать вывод о наличии у всех детей в структуре речевого дефекта ОНР III уровня, легкую степень псевдобульбарной дизартрии.

2.3. Анализ результатов изучения взаимодействия учителя-логопеда и родителей при коррекции общего недоразвития речи у детей с дизартрией в условиях образовательной организации

При изучении вопроса взаимодействия учителя-логопеда и родителей для коррекции общего недоразвития речи у детей с дизартрией в условиях образовательной организации было проведено анкетирование родителей. Использование анкет позволяет выявить уровень компетенции родителей в вопросах речевого развития детей, помогает установить обратную связь, а также информация, полученная в ходе анкетирования, важна при организации коррекционно-образовательного процесса.

Родителям была предложена следующая анкета (Приложение 6).

Всего в исследование приняли участие 8 родителей (5 мам и 3 папы, т.к. две семьи из пяти являются неполными). По итогам обработки анкеты нами были получены следующие результаты.

На первый вопрос «Интересует ли Вас тема опроса?» родители ответили так: «считаю важной» – 5 человек, «считаю второстепенной» – 3 человек, «не интересует совсем» – такого ответа получено не было (Приложение 7).

Ответы на вопрос «Какую проблему развития звуковой культуры речи Вы считаете наиболее актуальной для своего ребенка?» распределились таким образом (можно было выбрать не более двух вариантов ответа):

- правильное речевое дыхание – 0;
- правильное произношение звуков родного языка – 7;
- владение культурой речи – 4;
- выразительное и правильное интонирование речи – 1;
- звуковая культура речи не является проблемой для моего ребенка – 2 (Приложение 7).

Третий вопрос был направлен на определение наличия нарушений в речевом развитии ребенка. Трое родителей утвердительно ответили, трое –

отрицательно и ещё двое сомневаются в наличии нарушений речевого развития у своего ребёнка (Приложение 7).

На вопрос о том, какие меры нужно предпринять для устранения нарушения в звуковой культуре речи, большинство родителей (5 человек) ответили, что намерены проконсультироваться с логопедом; остальные (3 человека) готовы заниматься с ребенком самостоятельно. Важно отметить, что никто из родителей не решил, что на данный вопрос не стоит обращать внимания (Приложение 7).

На вопрос «Считаете ли Вы, что неправильное произношение повлияет на жизнь ребенка в будущем?», 7 родителей единогласно ответили «да», и только один затруднился ответить (Приложение 7).

Определяя свою роль при работе над звуковой культурой речи детей, законные представители распределили места следующим образом:

- родители должны принимать деятельное участие в этой работе – 2;
 - иногда заниматься с детьми – 3;
 - достаточно занятий с воспитателями и логопедом – 2
- (Приложение 7).

На открытый вопрос анкеты «Какую дополнительную помощь в работе с вашим ребенком Вы хотели бы получить?» были получены такие ответы: «Часто требуется индивидуальная консультация логопеда, т.к. многого не понимаю и не знаю», «Хочется присутствовать на индивидуальном логопедическом занятии».

Таким образом, анализируя результаты анкетирования родителей можно сделать следующие выводы:

1. Для большинства родителей (5 человек) вопрос о речевом развитии ребенка представляет интерес и является весьма актуальным, хотя при этом большинство из них (5 человек) не считают, что у их ребёнка есть явные нарушения речевого развития.

2. Важно отметить, что большинство родителей (5 человек) готово

обратиться за квалифицированной помощью специалиста для устранения нарушений в звуковой культуре речи.

3. Озабочены родители (7 человек) и влиянием неправильного произношения на жизнь ребенка в будущем. Однако при этом ведущую роль в формировании и коррекции речи отводят только специалистам (логопеду и воспитателям), сами же активно включиться в данный вид деятельности не готовы.

С целью выстраивания совместной с родителями коррекционной работы был проведен подробный анализ речевых карт воспитанников дошкольного учреждения, а также с каждым из родителей проведена индивидуальная беседа. Анализируя речевые карты воспитанников в части общего анамнеза, можно сделать общий вывод:

- все дети рождены от беременностей, протекавших без патологий;
- у всех мам роды были естественные, без осложнений;
- антропометрические данные новорожденных детей: средний вес - 3 500 г, средний рост – 52 см;
- грудное вскармливание наблюдалось у троих детей из пяти, прикормы введены планоно, в срок;
- основные прививки сделаны в соответствии с календарем прививок;
- в раннем психомоторном развитии детей отклонений не наблюдалось, зато у всех детей были отмечены отклонения в раннем речевом развитии.

Также во всех картах отмечено своевременное обращение родителей к невропатологу и другим узким специалистам системы здравоохранения с целью выяснения причин отставания детей от сверстников в речевом развитии.

Анализируя речевые карты и результаты индивидуальных бесед логопеда с родителями, мы сделали следующие выводы:

- социальный статус родителей воспитанников – 4 из 8 родителей

имеют высшее образование, 4 – среднее специальное;

– сфера профессионального самоопределения – 2 родителя являются служащими, 3 – рабочими сферы обслуживания, 1 – занят в коммерческой структуре, 1 мама является домохозяйкой, 1 папа в настоящее время не имеет постоянного места работы;

– двое детей воспитываются в неполных семьях, трое – в полных, один из них – в многодетной;

– все семьи являются благополучными, не состоят на профилактических учётах;

– основной язык общения во всех семьях – русский;

– у родителей в речи не наблюдается дефектов звукопроизношения, у большинства родителей преобладает обиходно – бытовой словарь, насыщенный просторечиями, отмечаются жаргонизмы.

Исходя из всего вышесказанного, мы делаем вывод, что при планировании работы с родителями необходимо сделать акцент на мотивации данной категории участников образовательных отношений на деятельное участие их в коррекционной работе. С родителями, учитывая их запрос, следует активно вести просветительскую работу, а также включать, их по возможности, в совместную деятельность, используя разные формы работы.

Вовлекать родителей в воспитательно-образовательный процесс, заинтересовывать их для участия в коррекционно-педагогической деятельности важно не потому, что это хочет учитель-логопед, а потому, что это необходимо для развития их собственного ребенка. Именно в такой совместной деятельности формируется единое понятийное речевое поле, формируются партнерские взаимоотношения, основанные на взаимном доверии и понимании.

Выводы по 2 главе:

Таким образом, обследование, выявило у всех детей недостаточный уровень сформированности общей, мелкой, мимической и артикуляционной

моторики. Данные нарушения привели к появлению дефектов звукопроизношения (искажения и замены). У всех детей в разной степени нарушена просодическая сторона речи (темпо-ритмическая и мелодико-интонационная), выявлена недостаточность фонематического слуха, фонематического и фонетического восприятия. Выявлены несформированность словаря, в особенности активного, незначительные отклонения в понимании грамматических форм. В большей степени нарушено употребление грамматических форм. У всех детей отмечаются недостатки связной речи.

В структуре речевого дефекта детей ОНР III уровня. Результаты обследования и полученные сведения о детях и их анамнезе позволяют сделать вывод о наличии клинической формы речевой патологии, а именно – легкой степени псевдобульбарной дизартрии.

Таким образом, мы выяснили, что обследованные нами дети нуждаются в профилактической работе по коррекции дислексии и дисграфии. Мы считаем, что если не проводить с данными детьми профилактической работы, то в школьный период обязательно проявятся нарушения чтения и письма, у детей будет наблюдаться фонематическая дисграфия и дислексия.

ГЛАВА 3. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ЛОГОПЕДА И РОДИТЕЛЕЙ ПРИ КОРРЕКЦИИ ОБЩЕГО НЕДОРАЗВИТИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С ДИЗАРТРИЕЙ

3.1. Основные принципы, цели, задачи, этапы и содержание логопедической работы по коррекции общего недоразвития речи у старших дошкольников с дизартрией

Важной задачей современных учителей является работа над повышением результативности коррекционного процесса в дошкольных учреждениях.

По мнению педагогов-классиков, воспитанию детей дошкольного возраста должны уделять внимание в первую очередь их родители. В трудах К. Д. Ушинского прослеживается мысль о необходимости изучения родителями педагогической литературы и важности их общения с педагогами. Такие исследователи как Н. С. Жукова, Г. А. Каше, Т. Б. Чиркина и др. говорили о благоприятном влиянии участия родителей в процессе обучения и воспитания на речевое развитие их ребенка. Однако, это возможно при условии организации этого взаимодействия на ранних возрастах и при соблюдении намеченного заранее плана работы. Именно поэтому важно создавать доброжелательную атмосферу при коммуникации с родителями и своевременно привлекать их к воспитательному процессу.

Система логопедической коррекции ОНР у дошкольников с дизартрией представляет собой комплекс мероприятий, направленных на коррекцию всей речевой системы и моторных.

Наши наблюдения и данные из различных литературных источников (Р. Е. Левина, Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина и другие) показали, что дошкольники с указанной речевой патологией нуждаются во дополнительных условиях.

Содержание коррекционной логопедической работы должно строиться

на основе следующих принципов:

1. Комплексный подход, включающий в себя необходимость взаимодействия всех специалистов и родителей детей с речевым недоразвитием.

2. Одним из фундаментальных принципов коррекционной логопедической работы является принцип единства диагностики и коррекции.

3. Обучение и воспитание детей с ОНР и дизартрией осуществляется с позиций индивидуально-дифференцированного подхода. При отборе содержания и методов коррекционной работы мы учитывали особенности каждого дошкольника, с одной стороны, и, с другой стороны, особенности группы в целом.

4. Дифференцированный подход – одна из главных особенностей логопедической работы, предполагающий учет особенностей высшей нервной деятельности конкретного ребенка, причин и механизмов, симптоматики речевого нарушения, структуры речевого дефекта, возрастных и прочих индивидуальных особенностей ребенка.

5. Онтогенетический принцип заключается в том, что при разработке методики логопедического воздействия необходимо учитывать закономерности и последовательность формирования различных форм и функций речи в онтогенезе.

6. Коррекцию ОНР у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией проводим на индивидуальных и подгрупповых занятиях.

7. Чтобы проводить эффективную коррекционную работу ОНР с ребенком в случае дизартрии, нам необходим учет ранних сроков начала проводимой коррекционной работы.

8. Принцип поэтапности и последовательности логопедической работы.

Первый, организационный этап. Задачи и цели данного этапа заключаются в первичном обследовании, оформлении необходимой

документации, планировании работы, сообщая данные проведенного обследования для всех участников процесса, чтобы наладить совместную коррекционную работу. Работа на этом этапе предполагает проведение обследования, бесед и пр. В результате работы на этом этапе были составлены перспективные планы коррекционной работы (Приложение 4).

Второй, подготовительный этап. Воспитывается потребность в правильной речи, уточняя и развивая пассивный словарь детей.

Преодолевать сенсорные нарушения – развивая зрительное и слуховое восприятие и внимание.

Формируется фонематическое восприятие, с фонематическим анализом и синтезом, дифференциациями фонем.

Формируются условия над ритмом речи, слоговая структура слова. Ведется создание условий в ходе упражнений, направленных на возрождение и восприятие разных ритмических структур.

Создаются условия по формированию общедвигательных артикуляционных навыков и умений, условия по коррекции и формированию голосовой и дыхательной функций. Предполагается создание данных условий в ходе проведения лечебной физкультуры, процедур массажа, самомассажа, активной и пассивной гимнастики.

На третьем этапе происходит формирование начальных навыков и умений правильного звукопроизношения.

Задачами этапа являются:

1. Совершенствование качества и объема движений органов артикуляционного аппарата.
2. Работа с произношением.
3. Формирование правильной голосоподачи и дыхания.
4. Формирование лексико-грамматической стороны речи.
5. Совершенствование просодической стороны речи.

Четвертый этап является заключительным.

На этом этапе ставятся следующие задачи:

1. Автоматизация сформированных умений.
2. Перенесение сформированных ЗУН на другие виды деятельности.

Выполнение задач этого этапа свойственно в случае приближения к окончанию обучения.

Выделяются следующие виды методов обучения:

- наглядные: предполагается применение наглядного (картинного) материала, дидактических игр и пр.;
- словесные: используется при представлении рассказа, словесных объяснений/ образцов и пр.;
- практические; подразумевает выполнение практических заданий.

Вид применяемого метода зависел от характера нарушения речи, что влияло и на особенности содержания коррекционной работы. К тому же учитывались этап коррекции, возрастные и индивидуальные особенности ребенка и пр. Правильность выбранного на определенном этапе с учетом специфики каждого отдельного случая определяет эффективность проведенной работы на этом этапе.

Занятия следует проводить в игровой форме. Занятие с логопедом включает в себя три части. Первая часть вводная. На нее отводится 2-3 минуты. Здесь необходимо настроить детей на продуктивное занятие, подготовить их к тому, какие задачи необходимо будет решить. На вторую – основную – часть выделяется около двадцати минут. Здесь проводится собственно занятие, где решаются все поставленные задачи. В заключительной части происходит рефлексия.

Помимо игры, важным является и применение наглядности, помогающей понятнее преподнести информацию, делающей занятия интереснее и насыщеннее. Еще К. Д. Ушинский обратил внимание на потребность у детей в использовании наглядности. Поэтому следует и на логопедических занятиях комбинировать применение словесных и наглядных методов. Нами были использована такая наглядность:

– натуральные и условно натуральные объекты (разнообразные игрушки, образцы изделий ручного и художественного труда, муляжи, музыкальные инструменты и т.п.);

– дидактический материал (предметные раздаточные и иллюстративные картинки, сюжетные раздаточные и иллюстративные картинки, карточки для звукового и составного анализа слов, схемы для характеристики звуков и артикуляции звуков, картинки артикуляционных упражнений, «ассоциативный куст», обозначение звуков и слогов и т.п.);

– мультимедийная наглядность (презентации, компьютерные развивающие игры, динамические фотоснимки, аудиоматериал, видеоматериал, анимационные фильмы и т.д.).

Во время проведения игр-занятий необходимо организовывать взаимодействие с детьми так, чтобы педагогу было удобно демонстрировать наглядность, а дошкольникам воспринимать его. При подборе и использовании наглядности мы учитывали следующее:

– психофизиологические возрастные нормы и требования;

– нормы и требования психогигиены и техники сохранности;

– наглядность должна соответствовать теме и цели занятия;

– задачи, предлагаемые педагогом на занятии, усложняются последовательно;

– необходимо соблюдать определенную последовательность в использовании наглядных средств – от объемных до графических и символических;

– количество детей, присутствующих на занятии.

Игры, которые мы планируем использовать в процессе коррекционной работы формирования фонетико-фонематической стороны речи у детей с фонетико-фонематическим недоразвитием речи (Приложение 5).

Методика О. В. Правдиной

Целью пассивной гимнастики является введение в работу артикулирования новых групп мышц, которые до этого не были

задействованы, или повышение напряженности мышц, которые участвовали в работе до этого. Создаётся ситуация для развития бессознательных движений артикуляционного аппарата. У пассивных движений формат, направление, и линия такая же, как у активных. Различия в том, что начало и конец движения, концентрация от ребёнка не зависит. Только с помощью механической помощи, ребенок может произвести определённое артикуляционное движение – воздействие логопедического зонда, шпателя или рук логопеда. Основная задача состоит в том, чтобы пассивные движения вырабатывать неторопливо, плавно, повышать нагрузку поэтапно.

Логопед разрабатывает схему конкретного артикуляционного движения, обязательно объясняет ее ребёнку и просит, чтобы он сам контролировал действия – зрительный контроль. Пассивные задания реализовываются частями по 3-5 движений. Есть три стадии каждого движения: вход, фиксация, выход, которые ребёнок учится осуществлять. Для достижения ребёнком положительных результатов, обязательным фактором является: зрительный контроль и способность оценивать свои движения, запоминать и ощущать их (Приложение 8).

Логопедическая работа, которая проводится преимущественно в индивидуальном плане. Учитывая структуру дефекта при дизартрии, логопедическую работу рекомендуется планировать по следующим этапам:

Первый этап работы – подготовительный, содержит следующие направления:

1) Нормализация мышечного тонуса мимической и артикуляционной мускулатуры. Проводится логопедический массаж.

2) Нормализация моторики артикуляционного аппарата. С этой целью проводим дифференцированные приёмы артикуляционной гимнастики. Пассивные упражнения, выполняемые самим логопедом, направлены на вызывание кинестезий. Активная артикуляционная гимнастика, постепенно усложняется, и добавляются функциональные нагрузки. Такого плана артикуляционная гимнастика направлена на закрепление кинестезий и на

улучшение качеств артикуляционных движений.

3) Нормализация голоса. С этой целью проводятся голосовые упражнения, которые направлены на вызывание более сильного голоса и на модуляции голоса по высоте и силе.

4) Нормализация речевого дыхания. С этой целью логопед проводит кратковременные упражнения по выработке более длительного, плавного, экономного выдоха.

5) Нормализация просодики. Это направление на первом этапе является менее всего разработанным. В специальной литературе встречаются описания просодической стороны речи у детей с дизартрией: это такие нарушения, как тихий и немодулированный голос, нарушения темпа речи и тембра голоса, бедные интонации, плохая разборчивость речи, отсутствие пауз и логических ударений и др. симптомы просодики.

6) Нормализация мелкой моторики рук. С этой целью проводится пальцевая гимнастика, направленная на выработку тонких, дифференцированных движений в пальцах обеих рук.

Все упражнения первого этапа постепенно усложняются.

Вторым этапом логопедической работы при дизартрии является выработка новых произносительных умений и навыков. Направления второго этапа логопедической работы проводятся на фоне продолжающихся упражнений, перечисленных в первом этапе, но более сложных. Направлениями второго этапа являются:

1) Выработка основных артикуляционных укладов, (дорсального, какуминального, альвеолярного, нёбного). Каждая из этих позиций определяет соответственно артикуляции свистящих, шипящих, сонорных и нёбных звуков. Овладев в первом этапе рядом артикуляционных движений, на втором этапе переходим к серии последовательных движений, выполняемых чётко, утрированно, с опорой на зрительный, слуховой, кинестетический контроль.

2) Определение последовательности работы по коррекции

звукопроизношения. При дизартрии у детей, в зависимости от наличия патологической симптоматики в артикуляционной области, от степени её выраженности, индивидуально определяют последовательность работы над звуками. В ряде случаев придерживаются традиционного порядка, рекомендуя постановку с нарушенных свистящих звуков.

Рекомендуется, работая по коррекции звукопроизношения при дизартрии, уточнять или вызывать ту группу звуков, артикуляционный уклад которых «созрел» прежде всего. И это могут быть даже более трудные звуки, например: альвеолярной позиции – р, р, а свистящие корригировать будут позже, после «созревания» дорсальной позиции (являющейся для детей одной из сложных).

3) Развитие фонематического слуха. Работа проводится по классической схеме. Под фонематическим слухом подразумевается способность ребёнка выделять и различать фонемы родного языка.

4) Вызывание конкретного звука. Эта работа при дизартрии проводится так же, как и при любом другом нарушении, в том числе и при дислалии. Это значит, что логопед использует классические приёмы постановки звуков (по подражанию, механическим, смешанным способами).

5) Автоматизация звука, является самым сложным направлением работы на втором этапе. Часто в практике логопеды сталкиваются с тем, что изолированно дети произносят все звуки правильно, а в речевом потоке звуки теряют свои дифференцированные признаки, произносятся искажённо.

6) Дифференциация поставленного звука в произношении с оппозиционными фонемами. Последовательность предъявляемого лексического материала аналогична последовательности при автоматизации данного звука. Только предлагается, например: 2 слога (са – ша, ас – аш, ста – шта, тса – тша, и т.п.). Затем пары слов, разных по слоговой структуре и т.д.

Третий этап логопедической работы посвящается выработке коммуникативных умений и навыков.

1) Одним из наиболее сложных направлений работы, является формирование у ребёнка навыков самоконтроля. Нередко логопеды сталкиваются с ситуацией, когда ребёнок в условиях кабинета, в контакте с логопедом демонстрирует в речи приобретённые навыки. Но при смене обстановки, в присутствии других лиц навык, казавшийся прочным, исчезает, ребёнок возвращается к прежнему стереотипному произношению. Для выработки коммуникативных навыков необходима активная позиция ребёнка, его мотивация к улучшению речи. В данном направлении логопедической работы логопед должен выступить в роли психолога и в индивидуальном порядке, определить пути выработки у ребёнка навыка самоконтроля.

2) Более традиционным направлением на этом этапе является введение звука в речь в учебной ситуации (заучивание стихов, составление предложений, рассказы, пересказы и т. п.).

3) Специфическим направлением этапа является включение в лексический материал просодических средств: различных интонаций, модуляций голоса по высоте и силе, изменения темпа речи и тембра голоса, определения логического ударения, соблюдения пауз, и др.

Четвёртый этап логопедической работы носит название – предупреждение или преодоление вторичных нарушений при дизартрии. Имея в виду профилактику вторичных нарушений, следует обеспечить раннюю диагностику дизартрии, а также организовать раннюю коррекционную работу. Выработаны технологии коррекционной работы с детьми группы риска по дизартрии в разные возрастные периоды. Однако реализация профилактической работы проводится с детьми, имеющими тяжёлую органическую патологию в условиях стационара. Большинство же детей группы риска по дизартрии (лёгкой степени), имеющих в анамнезе в первый год жизни диагноз невропатолога ПЭП (перинатальная энцефалопатия), лишены возможности получать адекватную коррекционную пропедевтическую помощь, так как им не показано лечение в стационаре. К

концу первого года жизни диагноз ПЭП невропатолог снимает. И только при диспансерном обследовании логопед поликлиники, при тщательном обследовании видит симптомы МДР (минимальных дизартрических расстройств). Эти симптомы влекут за собой вторичные нарушения в формировании языковых средств (лексики, грамматики). Следствием недостаточной профилактики вторичных нарушений, является большое число детей с дизартрией, осложнённой либо ОНР, либо ФФН.

Пятый этап логопедической работы – подготовка ребёнка с дизартрией к обучению в школе. Основными направлениями логопедической работы являются: формирование графомоторных навыков, психологической готовности к обучению, профилактика дисграфических ошибок.

3.2. Содержание работы родителей по коррекции общего недоразвития речи у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией

Виды взаимодействия с родителями:

1. Просветительские мероприятия направлены на развитие основ психолого-педагогических компетенций у родителей:
 - создание логопедических уголков и информационных стендов;
 - создание родительских чатов, использование интернет-пространства, современных менеджеров с целью размещения полезной информации для родителей;
 - проведения родительского всеобуча, практикоориентированных семинаров, цикла образовательных бесед, круглых столов и др. мероприятий обучающего содержания;
2. Наглядно-информационные мероприятия (мастер-классы).
3. Консультации (онлайн и офлайн).
4. Приглашение родителей на индивидуальные логопедические занятия с целью показа практических приемов работы по развитию речи.
5. Приглашение родителей на открытые не только занятия с целью

отслеживание динамики развития речи.

6. Ведение тетради взаимодействия логопеда и родителей для закрепления изученного материала.

7. Привлечение родителей к образовательно-воспитательному процессу, их участие в организованной образовательной деятельности, викторинах, досугах, театрализованного представления и др.

8. Организация «почты доверия» поможет разрешить тревоги, пожелание, жалобы родителей по поводу развития речи ребёнка.

Также нами был создан буклет для родителей, воспитывающих детей с ОНР и дизартрией, с рекомендациями и алгоритмами работы, с помощью которого они могут стать осознанным участником коррекционного процесса и помочь своему ребёнку быстрее достичь нужного результата.

Рекомендации для родителей (Приложение 4) каждого обследованного нами ребенка также были составлены с учётом нарушений, данных речевой карты (Приложение 1) и на основании результатов анкетирования родителей (Приложение 7).

Таким образом, нами были составлены рекомендации для родителей каждого обследованного ребенка.

Рекомендации для родителей Арины:

- необходимо контролировать собственную речь, обращая внимание на употребляемую лексику и грамматическое оформление;
- посещение консультаций (онлайн и офлайн) на тему: «Псевдобульбарная дизартрия»;
- участие в «почте доверия»;
- участие в организованной образовательной деятельности, викторинах «Знатоки космоса», «По тропинкам сказок»;
- участие в практико-ориентированных семинарах, циклах образовательных бесед, круглых столах на темы: «Комплексное преодоление ОНР при псевдобульбарной дизартрии», «Логопедические шифровки или разбираемся в логопедическом диагнозе»;

- необходимо не забывать с ребёнком выполнять комплекс артикуляционной гимнастики;
- необходимо развивать мелкую моторику - собирать пазлы и конструктор «Лего», лепить из пластилина;
- использовать метод су-джок-терапии – занятия со специальными мячиками-массажерами.

Рекомендации для родителей Милины:

- необходимо контролировать собственную речь, обращая внимание на употребляемую лексику и грамматическое оформление;
- необходимо при повседневном общении следить и упражнять детей в чётком произнесении слов, в правильном использовании интонации, учить говорить достаточно громко, не спеша;
- использовать в работе с ребёнком материалы из специальной литературы, рекомендуемой логопедом;
- участие в родительских всеобучах «Дизартрия», «Дети – отражение родителей!»;
- посещение консультации «ОНР III уровня», «Дизартрия. Причины» (онлайн и офлайн);
- посещение открытых занятий с целью отслеживания динамики развития речи;
- ведение тетради взаимодействия логопеда и родителей для закрепления изученного материала;
- помощь в организации образовательной деятельности и проведении мероприятия «У нас в гостях игрушки», квеста «Путешествие в осенний лес», викторины «Моя страна - моя Россия».

Рекомендации для родителей Альмиры:

- необходимо контролировать собственную речь, обращая внимание на употребляемую лексику и грамматическое оформление;
- присутствие на индивидуальных логопедических занятиях с целью показа практических приемов работы по развитию речи;

- участие в цикле образовательных бесед, круглых столов «Заходите к логопеду на приятную беседу!», «Логопедический калейдоскоп»;
- присутствие на открытых занятиях с целью отслеживание динамики развития речи;
- ведение тетради взаимодействие логопеда и родителей для закрепления изученного материала;
- необходимо не забывать с ребёнком, выполнять комплекс артикуляционной гимнастики;
- необходимо развивать мелкую моторику - собирать пазлы и конструктор «Лего», лепить из пластилина;
- использовать метод су-джок-терапии – занятия со специальными мячиками-массажерами;
- посещение консультаций (онлайн и офлайн) на тему: «Псевдобульбарная дизартрия: причины, симптомы, формы методы коррекции».

Рекомендации для родителей Самира:

- онлайн и офлайн консультации родителей на темы: «Стёртая дизартрия у дошкольников», «Как помочь ребёнку со стёртой дизартрией?»;
- необходимо контролировать собственную речь, обращая внимание на употребляемую лексику и грамматическое оформление;
- создание родительских чатов, использование интернет-пространства, современных менеджеров с целью размещение полезной информации для родителей;
- участие в мастер-классе «Простые секреты учителя-логопеда, формируем звуки вместе»;
- ведение тетради взаимодействие логопеда и родителей для закрепления изученного материала.

Рекомендации для родителей Тимура:

- необходимо контролировать собственную речь, обращая внимание на употребляемую лексику и грамматическое оформление;

- при ошибочном ответе или неверно произнесенном слове, не ругайте ребёнка, а постарайтесь спокойно объяснить, как необходимо правильно сказать;
- участие в практикоориентированных семинарах на темы: «Аспекты формирования звуковой культуры речи посредством дидактической игры»
- участие в организованной образовательной деятельности, викторинах
- участие в мастер-классах «Волшебный сундучок логопеда и его тайны», «Учимся играя»;
- необходимо со вниманием относиться к незначительным успехам ребёнка, положительно оценивать его усидчивость, старание;
- участие в консультации (онлайн и офлайн) на тему: «Методики, направленные на коррекцию ОНР III уровня».

Выводы по 3 главе:

Чтобы родители могли помочь логопеду в коррекционном процессе их необходимо «впустить» в него. Сейчас нет строгого планирования работы с родителями, поэтому каждый логопед имеет право выбирать самостоятельно проблемы, интересующие родителей и освещать их в удобной для него форме. Роль родителей в процессе коррекции речевого развития неоспорима. Объединить усилия учителя-логопеда и родителей в коррекционной работе непростая задача. Но, правильно организованная система взаимодействия способствует повышению коррекционно-логопедической компетенции родителей, позволяет им стать осознанными участниками процесса, что значительно сказывается на эффективности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дизартрия является одним из основных речевых нарушений дошкольников. Её проявлением становится ограниченная подвижность органов периферического речевого аппарата, что приводит к нарушениям в просодической стороне речи и звукопроизношении.

Наше исследование проводилось с участием старших дошкольников, имеющих ОНР и дизартрию, особенность данного речевого нарушения заключается в фонетических нарушениях, звукопроизносительных, сопровождающихся недоразвитием лексико-грамматического строя речи.

Проведенное нами исследование дает возможность определить состояние артикуляционной моторики у детей с псевдобульбарной дизартрией и соотнести его с уровнем их речевого развития.

На основании анализа результатов обследования согласно методическим рекомендациям, приведенным Н. М. Трубниковой, выявлено, что артикуляционный аппарат у детей с псевдобульбарной дизартрией характеризуется рядом особенностей:

1. Общая неловкость и недостаточная координированность.
2. Повышение тонуса мышц.
3. Наличие гиперкинезов, синкенизий.
4. Ограничение объема движений языка, губ, челюстей.
5. Быстрая утомляемость движениями органов артикуляции

Таким образом, путем коррекции общего недоразвития речи у дошкольников с дизартрией во время логопедических занятий удалось добиться повышения эффективности в коррекционном обучении, с ускорением подготовки к обучению грамоте, предотвращением вторичных расстройств, соответственно, с уменьшением риска социальной дезадаптации.

Логопедическая работа планировалась в ходе подгрупповых занятий по преодолению общего недоразвития речи, также занятий по общему недоразвитию речи, индивидуальных занятий, с коррекцией

произносительной стороны речи и просодики – устраняя симптомы дизартрии, с учетом при этом особенностей и закономерностей в развитии детей с нарушениями речи этого вида.

По данным анализа источников изучения коррекции ОНР среди детей старшего дошкольного возраста с дизартрией было установлено – коррекционная работа оказывается гораздо эффективнее, если при изучении личностных, психологических, речевых особенностей, структуры дефекта речи, клинического диагноза, заниматься коррекцией ОНР среди дошкольников в ходе логопедических занятий.

За счет логопедических занятий в коррекции ОНР среди детей старшего дошкольного возраста с дизартрией удалось добиться роста эффективности в коррекционном воздействии, учитывая характерные причины:

- 1) Дошкольникам нравится игра, ведь это является ведущей деятельностью для их возраста.
- 2) Использование всего комплекса каналов восприятия.
- 3) Актуализация в познавательной активности, мотивации для выполнения заданий благодаря игровому формату обучения.
- 4) Мобилизация разных видов памяти, внимания, речи и мышления благодаря динамическому характеру заданий.

Практическая часть работы содержит соответствующее исследование. Оно предназначено для подтверждения либо опровержения предположения, по которому будет иметь успешный характер проведение коррекционной логопедической работы по коррекции общего недоразвития речи и дизартрии при условии:

- использования логопедических занятий в составе коррекционной работы с детьми с дизартрией и ОНР;
- учета возрастных возможностей детей дошкольного возраста при подборе содержания проводимой логопедической работы, направленной на дизартрию и ОНР.

В том числе было установлено, что все воспитанники родители, которых соблюдали все рекомендации и использовали буклет с упражнениями достигли больших результатов, чем те, которые пренебрегли этим.

С учетом всего сказанного можно говорить о полном достижении поставленной цели работы и полной реализации озвученных задач.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агранович З. Е. В помощь логопедам и родителям. Сборник домашних заданий для преодоления недоразвития фонематической стороны речи у старших дошкольников. СПб, 2014. 206 с.
2. Архипова Е. Ф. Стертая дизартрия у детей. М., 2006. 320 с.
3. Бельтюков В. И. Об усвоении детьми звуков речи. М., 1964. 91 с.
4. Воронова А. П. Нарушение зрительного гнозиса у дошкольников с речевой патологией // Дефектология. 1993. № 1. С. 47-51.
5. Выготский Л. С. Мышление и речь. М., 1996. 414 с.
6. Гвоздев А. Н. Вопросы изучения детской речи. М., 1961. 471 с.
7. Голубева Г. Г. Коррекция нарушений фонетической стороны речи у дошкольников. СПб., 2000. 183 с.
8. Гребнева Е. А. К проблеме изучения стертой формы дизартрии у дошкольников // Гуманитарные научные исследования. 2021. № 5. С. 56-61 URL: <https://human.snauka.ru/2021/05/44426> (дата обращения: 09.09.2022).
9. Гуменная Г. С. Психолого-педагогическая типология детей с недоразвитием речи // Теория и практика коррекционного обучения дошкольников с речевыми нарушениями. М., 1991. С. 41-72.
10. Жинкин Н. И. Механизмы речи. М., 1958. 378 с.
11. Казанская В. Л., Шматко Н. Д. Дидактические игры и упражнения по развитию слухового восприятия // Дефектология. 2002. №6. С. 67-73.
12. Каримова Н. В. Диагностика фонематических процессов у детей дошкольного возраста // Образование и воспитание. 2016. №2. С. 21-24.
13. Кольцова М. М. Ребенок учится говорить. Екатеринбург, 2004. 224 с.
14. Косякова О. О. Логопсихология : учебное пособие. Ростов-на-Дону, 2007. 254 с.
15. Краузе Е. Н. Логопедия. СПб, 2003. 270с.

16. Лалаева Р. И., Серебрякова Н. В. Коррекция общего недоразвития речи у дошкольников. СПб, 1999. 160 с.
17. Лалаева Р. И., Формирование лексики и грамматического строя у дошкольников с ОНР. СПб, 2001. 330 с.
18. Лауткина С. В. Логопсихология : учебное пособие. Витебск, 2007. 150 с.
19. Левина Р. Е. Основы теории и практики логопедии. М., 2011. 223 с.
20. Левицкий В. В. Семантика и фонетика. Черновцы, 1973. 103 с.
21. Логопедия : учебник для студ. дефектол. фак. пед. вузов / Л. С. Волкова [и др.] ; под ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской. М., 1998. 680 с.
22. Лопатина Л. В. Дифференциальная диагностика стёртой дизартрии и функциональных расстройств звукопроизношения СПб, 2000. 214 с.
23. Лопатина Л. В. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами : учебное пособие. СПб, 2004. 192 с.
24. Лопатина Л. В., Серебрякова Н. В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников. СПб, 2001. 192 с.
25. Мартынова Р. И. Сравнительная характеристика детей, страдающих легкими формами дизартрий и функциональной дислалией // Хрестоматия по логопедии : извлечения и тексты : учеб. пособие : в 2 т. / под ред. Л. С. Волковой, В. И. Селиверстова. М., 1997. Т. 1. С. 214-218.
26. Мастюкова Е. М. Нарушение речи у детей с церебральным параличом. М., 1985. 251 с.
27. Мастюкова Е. М. О нарушении гностических функций у учащихся с тяжелыми расстройствами речи // Дефектология. 1976. № 1. С. 13-17.
28. Мастюкова Е. М. О расстройствах памяти у детей с

недоразвитием речи // Нарушение речи у дошкольников. 1972. № 12. С. 32-82.

29. Мастюкова Е. М. Специальная педагогика. Подготовка к обучению детей с особыми проблемами в развитии. Ранний и дошкольный возраст. М., 2003. 320 с.

30. Овчинникова Т. С. Анализ умственной работоспособности детей с речевыми нарушениями // Интегрированное обучение: проблемы и перспективы. 1996. № 3. С. 123-128.

31. Селиверстов В. И. Речевые игры с детьми. М., 1994. 344 с.

32. Серебрякова Н. В. Стимульный материал для диагностического обследования детей раннего и младшего дошкольного возраста. СПб, 2005. 48 с.

33. Синякова Т. Н., Усанова О. Н. Особенности невербального интеллекта при недоразвитии речи // Обучение и воспитание детей с нарушениями речи. 1982. № 16. С. 13-19.

34. Соботович Е. Ф. Психолингвистическая структура речевой деятельности и механизмы ее формирования. Киев, 1997. 44 с.

35. Соботович Е. Ф. Речевое недоразвитие у детей и пути его коррекции. М., 2003. 340 с.

36. Ткаченко Т. А. Логопедическая тетрадь. Развитие фонематического восприятия и навыков звукового анализа. СПб, 1998. 31 с.

37. Токарева О. А. Дизартрии // Расстройства речи у детей и подростков / под ред. С. С. Ляпидевского. М., 1969. С. 144-155.

38. Усанова О. Н. Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями речи // Дефектология. 1993. № 2. С. 28-36.

39. Ушакова Т.Н. Принципы развития ранней детской речи // Дефектология. 2004. №5. С. 89-97.

40. Филичева Т. Б. Дети с общим недоразвитием речи. Воспитание и обучение. М., 2010. 128 с.

41. Филичева Т. Б. Устранение общего недоразвития речи у детей

дошкольного возраста. М., 2005. 430 с.

42. Филичева Т. Б., Чиркина Г. В. Коррекционное обучение и воспитание детей 5-летнего возраста с общим недоразвитием речи. М., 1991. 44 с.

43. Филичева Т. Б., Чевелева Н. А., Чиркина Г. В. Основы логопедии : учеб. пособие для студентов пед. ин-тов. М., 1989. 223 с.

44. Хватцев М. Е. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста. М., 1999. 207 с.

45. Цейтлин С. Н. Семантические категории в детской речи. СПб, 2007. 436 с.

46. Швачкин Н. Х. Развитие фонематического восприятия речи в раннем возрасте // Известия АПН РСФСР, отдел психологии. 1948. Вып. 13. С. 101-132.

47. Эльконин Д. Б. Детская психология. М., 1960. 328 с.