

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

Кафедра логопедии и клиники дизонтогенеза

**Коррекция нарушений звукопроизношения
у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией
с использованием здоровьесберегающих технологий**

Выпускная квалификационная работа

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

Исполнитель:
Сабилова Татьяна Ленаровна
Обучающийся ЛГП-2031 гр.

подпись

дата

подпись

Руководитель:
Каракулова Елена Викторовна,
канд. пед. наук, доцент кафедры
логопедии и клиники дизонтогенеза

подпись

Екатеринбург 2024

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ ИЗУЧЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ПСЕВДОБУЛЬБАРНОЙ ДИЗАРТРИЕЙ.....	8
1.1. Закономерности развития звукопроизношения у детей в норме.....	8
1.2. Психолого-педагогическая характеристика младших школьников с псевдобульбарной дизартрией	13
1.3. Характеристика состояния звукопроизношения младших школьников с псевдобульбарной дизартрией, роль здоровьесберегающих технологий в устранении речевых нарушений у обучающихся.....	18
ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ КОНСТАТИРУЮЩЕГО ЭКСПЕРИМЕНТА И АНАЛИЗ ЕГО РЕЗУЛЬТАТОВ.....	26
2.1. Основные принципы, организация и методика констатирующего эксперимента.....	26
2.2. Анализ результатов логопедического обследования младших школьников с псевдобульбарной дизартрией.....	30
ГЛАВА 3. ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ПСЕВДОБУЛЬБАРНОЙ ДИЗАРТРИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ...	38
3.1. Основные принципы, цели, задачи, этапы и методики логопедической работы по коррекции нарушений звукопроизношения у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией с использованием здоровьесберегающих технологий	38
3.2. Содержание логопедической работы по коррекции нарушений звукопроизношения у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией с использованием здоровьесберегающих технологий.....	43
3.3. Контрольный эксперимент и анализ его результатов.....	51

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	56
СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	59

ВВЕДЕНИЕ

В современном обществе остро стоят вопросы развития и обучения детей, а одной из важнейших составляющих успешного развития ребенка является грамотная речь, в том числе и правильное звукопроизношение. Изучением вопроса развития и обучения детей с речевой патологии занимались такие авторы, как Е. Ф. Архипова, Л. И. Белякова, Е. Н. Винарская, Н. Н. Волоскова, Т. Б. Филичева и другие. Важность формирования правильного звукопроизношения у дошкольников обусловлена тем, что чистое, правильное звукопроизношение является базой для становления фонематических процессов, успешной коммуникации с людьми, обучения и социализации ребенка [2, 4, 8, 25].

Однако у достаточно большого количества детей отмечаются нарушения звукопроизношения, причиной которых являются различные факторы – биологические, генетические или социальные. Е. Н. Винарская называет одной из самых распространенных причин нарушений звукопроизношения псевдобульбарную дизартрию, связанную с органическим поражением центральной нервной системы и влияющую на иннервацию мышц речевого аппарата [8].

Изучением дизартрии занимались такие авторы, как Е. Ф. Архипова, Л. И. Белякова, Е. Н. Винарская, Н. Н. Волоскова, М. В. Ипполитова, И. Ю. Левченко, Л. В. Лопатина, Е. М. Мастюкова, О. Г. Приходько, Н. В. Серебрякова и другие. Вышеперечисленные исследователи отмечают, что существует тенденция к увеличению количества детей с псевдобульбарной дизартрией, а фонетические нарушения, а именно нарушения звукопроизношения, являются первичными нарушениями в структуре дефекта при данном виде дизартрии. Исходя из этого, проблема изучения и коррекции нарушений звукопроизношения у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией является *актуальной*, так как обращает внимание на необходимость создания условий для проведения

логопедической работы по коррекции нарушений звукопроизношения с целью предупреждения трудностей, которые могут возникнуть вследствие дефектов звукопроизношения.

Такие авторы, как Е. А. Дьякова, Т. В. Буденная, Е. В. Каракулова, Е. В. Лаврова, О. И. Лазаренко, А. В. Ястребова и другие считают, что решение проблемы коррекции нарушений звукопроизношения у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией должно быть тесно связано с укреплением и сохранением здоровья детей. В связи с этим, возрастает значения применения здоровьесберегающих технологий в работе логопеда. Система коррекции нарушений звукопроизношения у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией с использованием здоровьесберегающих технологий поможет не только укрепить здоровье и сформировать правильное звукопроизношения для дальнейшей успешной социализации ребенка, но и повысить эффективность обучения [6, 12, 16, 20, 54].

Логопедическая работа по коррекции нарушений звукопроизношения у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией, которая направлена на улучшение и укрепление здоровья, поможет ребенку преодолеть трудности, связанные с проблемами в общении с окружающими и неуспеваемостью в школе.

Объект исследования – состояние моторики и звукопроизношения у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией; здоровьесберегающие технологии.

Предмет исследования – процесс логопедической работы по коррекции нарушений звукопроизношения у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией с использованием здоровьесберегающих технологий.

Цель исследования – теоретически обосновать, разработать и апробировать содержание коррекционного воздействия, направленного на преодоление нарушений звукопроизношения у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией с использованием здоровьесберегающих технологий.

Задачи исследования:

1. Подобрать, изучить и проанализировать научную теоретико-методическую литературу по теме исследования.
2. Подобрать методики обследования младших школьников с псевдобульбарной дизартрией, провести констатирующий эксперимент и проанализировать полученные результаты, дать результатам качественную и количественную оценку.
3. Теоретически обосновать и спланировать содержание логопедической работы с детьми младшего школьного возраста по коррекции нарушений звукопроизношения с использованием здоровьесберегающих технологий.
4. Апробировать содержание коррекционного воздействия, направленного на преодоление нарушений звукопроизношения у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией с использованием здоровьесберегающих технологий, провести контрольный эксперимент и оценить эффективность проведенной работы.

Реализация цели и задач исследования осуществлялась с помощью следующих ***методов***:

1. Теоретический метод исследования – анализ литературы по проблеме исследования, систематизация данных логопедической, психологической и педагогической литературы по проблеме коррекции нарушений звукопроизношения у младших школьников с использованием здоровьесберегающих технологий.
2. Метод эмпирического исследования – проведение констатирующего эксперимента на основе методических рекомендаций Н. М. Трубниковой, качественное и количественное описание полученных результатов с целью определения направлений и содержания коррекционной работы с детьми изучаемой категории; проведение формирующего и контрольного экспериментов, количественный и качественный анализ полученных данных, сравнительный анализ полученных результатов.

Данная выпускная квалификационная работа имеют ***практическую***

значимость для педагогов дошкольных и школьных организаций, которые смогут использовать полученные данные об эффективности применения здоровьесберегающих технологий в логопедической работе по коррекции нарушений звукопроизношения у детей с псевдобульбарной дизартрией.

База исследования: Государственное бюджетное общеобразовательное учреждение Свердловской области, реализующее адаптированные основные общеобразовательные программы, «Центр психолого-медико-социального сопровождения «Речевой центр»; г. Екатеринбург, ул. П. Тольятти, д. 26А.

Выпускная квалификационная работа состоит из введения, основной части, состоящей из трех глав, включающих в себя параграфы и выводы, заключения, списка источников и литературы и приложения.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ ИЗУЧЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ПСЕВДОБУЛЬБАРНОЙ ДИЗАРТРИЕЙ

1.1. Закономерности развития звукопроизношения у детей в норме

В данном параграфе будут рассмотрены закономерности развития звукопроизношения у детей в норме в контексте развития устной речи в целом.

Речь является одним из важнейших факторов развития ребенка. Изучением закономерностей становления устной речи занимались такие ученые, как А. Н. Гвоздев, А. А. Леонтьев, Л. С. Выготский, С. Н. Цейтлин, М. Е. Хватцев и другие.

Существует множество периодизаций речевого развития, которые отражают закономерности усвоения речи ребенком. Например, А. Н. Гвоздев выделил три периода речевого развития, основываясь на закономерностях усвоения ребенком разных частей речи, словосочетаний и предложений [10]. Г. Л. Розенгарт-Пупко выделила всего 2 периода: подготовительный период и период оформления самостоятельной речи [40, с. 10].

А. А. Леонтьев условно выделяет 4 периода речевого развития ребенка: подготовительный, преддошкольный, дошкольный и школьный.

Подготовительный период. Подготовительный период условно длится с момента рождения до одного года. В этот период происходит подготовка к овладению речью.

С момента рождения у ребенка появляются первые голосовые реакции, способствующие развитию движений отделов периферического речевого аппарата: дыхательного, артикуляционного и голосового. К первым голосовым реакциям относятся крик и плач. Первый крик – это первое голосовое проявление новорожденного [37, с. 255].

В возрасте 2-3 месяцев у ребенка появляется гуление, т. е. спонтанные звуковые комплексы, протяжные негромкие цепочки звуков, напоминающие

гласные [50, 51]. Гуление играет важную роль в развитии речи ребенка, так как в этот период происходит тренировка артикуляционного аппарата для последующего формирования звукопроизношения. На этом этапе ребенок вслушивается в звуки, которые производит, что немаловажно при становлении фонетической стороны речи [46, с. 37].

В период от 5 до 7 месяцев гуление перетекает в лепет. Лепет – голосовые реакции ребенка на раздражители положительного характера, представляющие собой многократное повторение слогов [37, с. 193]. Лепет способствует появлению элементов произносительной стороны речи. Артикуляция отдельных звуков приобретает более устойчивое положение. Наиболее типичным при лепете является чередование согласных и гласных звуков [46, с. 37].

Для лепета, в отличие от гуления, характерно более четкое оформление гласных и согласных звуков. Сочетания звуков можно охарактеризовать как мелодичные, в них присутствует ударность, ритмическая организованность и единство артикуляционного уклада. На этапе лепета у ребенка начинают формироваться механизмы слогаобразования. Важно отметить, что при нормальном развитии примерно на 8 месяце жизни из лепета ребенка начинают исчезать звуки, не соответствующие системе родного языка, и, напротив, начинают появляться все больше звуков, которые присутствуют в системе родного языка [5, 46].

К концу первого года жизни ребенка появляются первые слова. Появление и рост количества первых слов свидетельствуют о переходе к следующему периоду речевого развития.

Преддошкольный период. Преддошкольный период длится примерно с 1 года до 3 лет. Этот этап характеризуется становлением активной речи, ребенок обучается говорению, усваивает лексический и грамматический строй.

В начале второго года жизни отмечается незначительный прирост словаря. Ребенок более внимательно следит за артикуляцией взрослых, старается повторять за говорящим, при этом путает звуки в словах, искажает

или пропускает их. В этот же момент идет активный последовательный процесс освоения фонетической системы языка [5, 46, с. 38].

Расширяется объем понимания обращенной речи, в процессе чего уточняются и обобщаются названия предметов и действий, с которыми ребенок уже знаком. При этом часто отмечается явление, когда одно слово, произнесенное ребенком, может нести в себе два или три значения.

В возрасте от 1,5 до 2 лет у ребенка появляется возможность объединения слов в простое предложение, которое чаще всего выражается в сочетании существительного и глагола. В это время ребенок еще не может грамматически правильно оформить фразу [46, с. 39].

Через 2-4 месяца предложение расширяется до трех слов. Слово в этом возрасте еще воспринимается как цельный, неразложимый на сегменты звуковой комплекс. При этом ребенок уже начинает улавливать и понимать отдельные морфемы в словах, начинают формироваться грамматические противопоставления [46, с. 39].

Н. М. Борозинец и Т. С. Шеховцева отмечают, что усвоение и развитие словаря на данном этапе происходит быстрее, чем усвоение фонетической стороны языка, что проявляется в большом количестве фонетических искажений [5].

Начало усвоения грамматических значений проявляется в четком произношении ребенком окончаний слов. Этот процесс совершенствуется вплоть до трехлетнего возраста. К трем годам дети уже могут использовать в речи простые и распространенные предложения. Одновременно с усвоением грамматического строя происходит совершенствование слоговой структуры слова.

Л. В. Лопатина и Н. В. Серебрякова в своих исследованиях говорят о том, что для успешного овладения правильным звукопроизношением фонем родного языка у ребенка сперва должен развиваться навык правильного восприятия звуков речи на слух, а также сформироваться готовность артикуляционного аппарата к произношению тех или иных звуков [46, 26].

Звукопроизношение детей к трем годам еще несовершенно, что прежде всего связано с возрастной физиологической незрелостью артикуляционного аппарата. При этом ребенок уже адекватно оценивает правильность звучания речи окружающих [46].

Р. И. Лалаева, Л. Г. Парамонова и С. Н. Шаховская отмечают, что в преддошкольном возрасте ребенок овладевает следующими звуками раннего онтогенеза:

- с 1 года до 2 лет: [а], [о], [э], [п], [б], [м];
- с 2 до 3 лет: [и], [ы], [у], [ф], [в], [т], [д], [н], [к], [г], [х], [й] [21].

Речевые умения и навыки активно развиваются на протяжении следующего этапа – дошкольного.

Дошкольный период. Дошкольный период длится с 3 до 7 лет. В этом возрасте активно развивается звукопроизношение, словарный запас, грамматический строй и связная речь ребенка. Развивается также навык слухового контроля за собственным произношением, ребенок в некоторых случаях может самостоятельно исправлять свои ошибки [49, с. 27].

В этот период по мнению Р. И. Лалаевой, Л. Г. Парамоновой и С. Н. Шаховской в речи ребенка появляются и закрепляются следующие звуки:

- с 3 до 4 лет: [с], [з], [ц], [ш], [ж], [ч], [щ];
- с 5 до 6 лет: [л], [р] [21].

На четвертом году жизни в речи ребенка исчезает смягченное произношение согласных звуков, закрепляется нормированное произношение йотированных гласных, появляются свистящие звуки. При этом ребенок не только хорошо произносит звуки, но и умеет слышать их в составе слова. В 5 лет ребенок хорошо произносит шипящие звуки, способность их различения в речи и на слух совершенствуется на протяжении шестого года жизни. В 5-6 лет улучшается способность дифференцировать согласные звуки по твердости-мягкости и по звонкости-глухости. Позднее всего усваиваются сонорные [р] и [р']. К концу дошкольного периода ребенок правильно

произносит и различает все фонемы родного языка [46, с. 40].

В дошкольный период активно развивается словарный запас: расширяется как импрессивный, так и экспрессивный словарь. В период от 4 до 5 лет отмечается активное словотворчество, в речи ребенка появляются самостоятельно сконструированные слова, например, «намакаронился» – наелся макарон. К 5-6 годам словотворчество постепенно затухает, и к концу дошкольного периода ребенок уже умеет самостоятельно образовывать слова, руководствуясь нормами родного языка.

У ребенка в этом периоде существенно возрастают возможности овладения грамматическим строем языка. В 4 года ребенок самостоятельно выстраивает простые и сложные предложения, владеет навыками согласования грамматических категорий числа, рода и падежа. К 5-6 годам можно говорить о полном усвоении грамматического строя языка [46, с. 41].

В 3-4 года ребенок уже владеет навыками ведения диалога и монолога, дает развернутые ответы на вопросы, может пересказать небольшой текст, а в 5-6 лет дети способны пересказывать сказки и содержание мультфильмов. В рассказах соблюдаются логико-временные и причинно-следственные связи, присутствуют эмоциональная и интонационная выразительность. К концу дошкольного периода речь ребенка является полноценным средством общения.

Школьный период длится от 7 до 17 лет. Главное отличие развития речи в этот период – ее сознательное усвоение. Ведущая роль принадлежит новому виду речи – письменной речи. Совершенствуются все умения и навыки ребенка, сформированные ранее. Закрепляется осознанное отношение к правильному оформлению речи, формируются навыки контроля. Письменная речь медленно становится средством получения и выражения знаний [46, с. 42].

Таким образом, развитие речи ребенка начинается с самого рождения и имеет определенные закономерности, которые являются общими для всех детей. В подготовительный период происходит подготовка артикуляционного

аппарата к овладению речью, в преддошкольный период происходит становление активной речи, активно развивается лексико-грамматический строй речи, в дошкольный период продолжается совершенствование лексико-грамматической стороны речи, а также активно развивается звукопроизношение и связная речь, а в школьный период ребенок овладевает письменной речью. Овладение звукопроизношением начинается с подготовительного периода и заканчивается в дошкольном возрасте. Для успешного овладения правильным звукопроизношением необходима физиологическая готовность артикуляционного аппарата, а также сформированность навыка правильного восприятия звуков речи на слух. В 1-2 года ребенком усваиваются звуки [а], [о], [э], [п], [б], [м], в 2-3 года усваиваются звуки [и], [ы], [у], [ф], [в], [т], [д], [н], [к], [г], [х], [й], в 3-4 года звуки [с], [з], [ц], [ш], [ж], [ч], [щ], а в 5-6 лет усваиваются и закрепляются звуки [л] и [р]. В норме к концу дошкольного периода ребенок должен уметь правильно произносить и различать все фонемы родного языка.

1.2. Психолого-педагогическая характеристика младших школьников с псевдобульбарной дизартрией

В данном параграфе будут рассмотрены особенности психических процессов и моторной сферы младших школьников с псевдобульбарной дизартрией, дана психолого-педагогическая характеристика младших школьников с псевдобульбарной дизартрией.

Психолого-педагогическая характеристика играет важную роль в процессе коррекционной работы. Благодаря ей специалист получает возможность грамотно составить эффективный план коррекционной работы, который будет учитывать индивидуальные особенности ребенка. Психолого-педагогическая характеристика также помогает специалисту найти правильный, бережный подход к ребенку.

Согласно Е. Ф. Архиповой «дизартрия – это нарушение

звукопроизношения, голосообразования и просодики, обусловленное недостаточностью иннервации мышц речевого аппарата: дыхательного, голосового, артикуляционного» [2, с. 39].

Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева и Г. В. Чиркина в своих трудах говорят, что категория детей с псевдобульбарной дизартрией неоднородна по проявляющейся симптоматике. Дети данной категории имеют разнообразные двигательные, психических и речевые нарушения [49].

При дизартрии вследствие органического поражения центральной нервной системы затруднены движения артикуляционного аппарата, т. е. страдает двигательный механизм речи. Структуру дефекта при дизартрии составляет нарушение произносительной стороны речи (звукопроизношение и просодический компонент речи), а также неречевых процессов, таких как общая и мелкая моторика, пространственные представления и другое [2].

Псевдобульбарная дизартрия является одной из самых распространенных форм дизартрии. Ее возникновение обуславливается поражением двигательных корково-ядерных путей, идущих от коры головного мозга к ядрам черепно-мозговых нервов, иннервирующих мышцы речевого аппарата. Важно отметить, что поражение данных путей является двусторонним [32, с. 128].

По данным Л. И. Беяковой и Н. Н. Волосковой, псевдобульбарная дизартрия обусловлена спастическим параличом мышц периферического артикуляционного аппарата, который характеризуется высоким тонусом мышц. Центральный характер пареза при данном виде дизартрии проявляется в избирательности нарушения произвольных движений и сохранностью непроизвольных. То есть ребенок может, например, облизывать губы при приеме пищи, совершать рефлексорные движения, но не может выполнить инструкцию «оближи губы». То же самое явление можно отметить и при использовании голоса: рефлексорные действия, например, кашель, чихание, плач, могут сопровождаться яркими модуляциями голоса, но при попытках говорить голос будет мало модулирован [4, с. 58].

К. А. Семенова, Е. М. Мастюкова и М. Я. Смуглин также говорят о нарушении тонуса мышц, участвующих в артикуляции, у детей с псевдобульбарной дизартрией. По данным их исследований, у детей с псевдобульбарной дизартрией может наблюдаться спастичность, гипотония или меняющийся тонус артикуляционных мышц. При спастичности артикуляционных мышц наблюдается излишнее напряжение губ и языка, что ведет к ограниченности активных движений. Также при спастической форме псевдобульбарной дизартрии у ребенка наблюдаются синкенезии (содружественные движения). При гипотонии артикуляционных мышц выражена саливация, язык тонкий и распластаный, губы вялые. Авторы также отмечают, что особенности тонуса мышц отмечаются и в скелетной мускулатуре, что обусловлено поражением центральной нервной системы и существенно влияет на состояние общей моторики [42, с. 174-175].

Е. М. Мастюкова и М. В. Ипполитова отмечают, у детей с псевдобульбарной дизартрией наблюдаются расстройства фонации, глотания, дыхания, нарушение жевания, а также гиперсаливация [32.].

О. Г. Приходько отмечает, что речевая симптоматика псевдобульбарной дизартрии зависит от степени тяжести, и говорит о трех степенях выраженности псевдобульбарной дизартрии: легкой, средней и тяжелой. При легкой степени выраженности псевдобульбарной дизартрии отмечаются незначительные нарушения, которые проявляются в речевой и неречевой симптоматике. Общая разборчивость речи может быть нарушена незначительно. При средней степени псевдобульбарной дизартрии общая разборчивость речи нарушена, у окружающих могут возникать трудности при попытке понять то, о чем говорит ребенок. В некоторых случаях речь ребенка может быть понятна только при знании контекста. При тяжелой степени псевдобульбарной дизартрии наблюдается анартрия. По определению О. Г. Приходько «анартрия – это полное или почти полное отсутствие звукопроизношения в результате паралича речедвигательных мышц» [39, с. 109-110].

О. Г. Приходько также делает акцент на том, что структура дефекта при псевдобульбарной дизартрии может включать себя следующие варианты: фонетическое недоразвитие речи, фонетико-фонематическое недоразвитие речи и общее недоразвитие речи [39, с. 111].

По данным исследователей психические процессы у детей с псевдобульбарной дизартрией имеют определенные особенности, что связано с органическим поражением структур центральной нервной системы. Именно поэтому важно рассмотреть состояние высших психических функций у детей с псевдобульбарной дизартрией в целях повышения эффективности логопедического воздействия.

Л. И. Белякова и Н. Н. Волоскова отмечают, что дети с псевдобульбарной дизартрией представляют собой полиморфную группу по проявлению нарушений протекания психических процессов. В симптоматике псевдобульбарной дизартрии у младших школьников может проявляться как двигательное беспокойство, так и, напротив, пассивность и вялость. У большинства младших школьников с псевдобульбарной дизартрией отмечается нервно-психическая истощаемость, что авторы связывают с изменениями мышечного тонуса и проблемой координации движений [4, с. 141].

Авторы также отмечают, что у дошкольников с псевдобульбарной дизартрией присутствуют нарушения познавательной деятельности, недостаточность отдельных видов гнозиса и праксиса. Из этого следует, что данная категория детей будет испытывать трудности в обучении, что, возможно, приведет к появлению низкой самооценки, чувству собственной несостоятельности. Важно отметить, что данные нарушения поведения могут присутствовать и при норме интеллектуального развития [4].

Р. И. Мартынова также отмечает, что во время исследования мышления качество выполнения заданий у детей с псевдобульбарной дизартрией было на уровне ниже среднего. Дети данной категории проявляли негативизм, быстро истощались, отмечалось снижение функций внимания и памяти, что влияло на

ослабление мыслительной деятельности, но не свидетельствовало о патологическом снижении интеллекта [29].

С. С. Ляпидевский описал состояние эмоционально-волевой сферы детей с псевдобульбарной дизартрией как инактивное. Автором отмечены быстрая утомляемость и истощаемость нервной системы, неуверенность в себе на фоне имеющихся речевых нарушений, склонность к фобиям (страх высоты, падений), отвлекаемость внимания [28, с. 148].

Р. И. Мартынова отмечает, что у детей с псевдобульбарной дизартрией отмечались значительные снижения слухоречевой памяти. В заданиях на запоминание слов и текста дети данной категории показали низкий результат в сравнении с нормой. Так, например, при запоминании ряда слов дети с нормой речевого развития назвали верно пять слов из пяти, а дети с псевдобульбарной дизартрией верно запомнили лишь 3 слова. Автор отмечает, что низкие показатели памяти связаны со снижением активного внимания и нарушениями фонематического слуха [30].

В. А. Калягин и Т. С. Овчинникова отмечают в своих трудах, что внимание у детей с псевдобульбарной дизартрией характеризуется низкой концентрацией, что проявляется в более частых пропусках знаков при выполнении корректурных проб по сравнению со здоровыми детьми. При выполнении корректурных проб дети с псевдобульбарной дизартрией просматривали за одно и то же время в 1,28 раз меньше знаков в сравнении с нормотипичными детьми. При этом авторы отмечают, что дети не могут проследить знаки на одной строчке и часто начинают искать необходимые знаки на всем листе сразу, что говорит о низком распределении внимания и недостаточной сформированности зрительно-пространственных представлений [15, с. 126, 35].

Р. И. Мартынова во время проведения сравнительного анализа детей с функциональной дислалией и легкими формами псевдобульбарной дизартрии выяснила, что дети с псевдобульбарной дизартрией имеют сниженный уровень устойчивости и переключаемости внимания, и предположила, что это

связано с недостаточной подвижностью психических процессов в целом [30].

Таким образом, категорию младших школьников с псевдобульбарной дизартрией можно охарактеризовать как разнообразную по проявляющейся симптоматике, что зависит от степени тяжести псевдобульбарной дизартрии. Общим для всех детей данной категории является нарушение произносительной стороны речи, что включает в себя нарушение звукопроизношения и просодического компонента речи. Отмечаются нарушения артикуляционной, мелкой и общей моторики вследствие органического поражения центральной нервной системы, нарушения мышечного тонуса. Развитие высших психических функции также имеет свои особенности. Исследователи отмечают сниженный уровень концентрации, удержания и распределения внимания, ослабленность процессов памяти, в особенности слухоречевой. При когнитивных нагрузках отмечается заторможенность процессов мышления, эмоционально-волевая сфера нестабильна.

1.3. Характеристика состояния звукопроизношения младших школьников с псевдобульбарной дизартрией, роль здоровьесберегающих технологий в устранении речевых нарушений у обучающихся

В данном параграфе будет дана характеристика состояния звукопроизношения младших школьников с псевдобульбарной дизартрией, а также описана роль использования здоровьесберегающих технологий в устранении речевых нарушений у данной категории детей.

По данным Л. В. Лопатиной и Н. В. Серебряковой ведущим нарушением в структуре дефекта при псевдобульбарной дизартрии является нарушение фонетической стороны речи, то есть звукопроизношения и просодики [27, с. 285].

И. Ю. Левченко и О. Г. Приходько выделили специфические особенности нарушений звукопроизношения у детей с псевдобульбарной

дизартрией:

- нарушения звукопроизношения имеют стойкий характер;
- при тяжелых случаях псевдобульбарной дизартрии нарушено произношение не только согласных звуков, но и гласных, что проявляется в редуцированности или усредненности;
- преобладают такие нарушения звукопроизношения, как межзубный и боковой сигматизм;
- отмечаются дефекты смягчения.

Авторы обращают внимание на то, что по мере увеличения речевой нагрузки возникает нарастание общей смазанности речи. Отмечаются также трудности в автоматизации звуков. Автоматизация звуков при псевдобульбарной дизартрии требует большого количества времени, так как нарушения звукопроизношения при данном нарушении имеют достаточно стойкий характер. В тех случаях, когда логопедическое воздействие прекращается раньше завершения процесса автоматизации, приобретенные умения часто могут распадаться [24, с. 47].

Е. Ф. Архипова отмечает сходство нарушений звукопроизношения при псевдобульбарной дизартрии и при дислалии. И при дислалии, и при данной форме дизартрии отмечаются искажения, смещения, замены и пропуски звуков. Отличительной особенностью являются причины и механизм нарушений. Так, при псевдобульбарной дизартрии нарушения звукопроизношения обусловлены нарушением иннервации мышц артикуляционного аппарата [2, с. 64].

Е. Ф. Соботович и А. Ф. Чернопольская в своих исследованиях отмечают, что недостатки звуковой стороны речи нередко проявлялись на фоне неврологической симптоматики. Авторы говорят о частом межзубном и боковом произношении звуков у детей с псевдобульбарной дизартрией, что связано с недостаточной иннервацией мышц артикуляционного аппарата [43].

Л. В. Лопатина и Н. В. Серебрякова в своих исследованиях обобщили мнения коллег и пришли к выводу, что у детей с псевдобульбарной дизартрией

нарушения звукопроизношения выражаются в фонологических и антропофонических дефектах: в смешениях, заменах, пропусках и искажениях. Артикуляция сложных звуков упрощается и заменяется на более легкие по артикуляторно-акустическим признакам звуки. Так, например, щелевые звуки заменяются взрывными, звонкие – глухими, шипящие – свистящими, твердые – мягкими. Аффрикаты в свою очередь расщепляются на составляющие их элементы [27, с. 285].

Л. В. Лопатина и Н. В. Серебрякова также разделили нарушения звукопроизношения по частоте встречаемости у детей с псевдобульбарной дизартрией. Чаще всего у данной категории детей встречается одновременное искажение и отсутствие различных групп звуков. Далее по распространенности стоят полиморфные нарушения звукопроизношения, проявляющиеся различными видами искажений звуков. На третьем месте находятся нарушения звукопроизношения, которые проявляются в виде одинаковых искажений различных групп звуков. Реже всего встречаются одновременные искажения и замены звуков [26].

Е. Ф. Архипова анализирует распространенность нарушений звукопроизношения с точки зрения нарушения конкретных групп звуков. Самыми распространенными нарушениями звукопроизношения у детей с псевдобульбарной дизартрией являются нарушения произношения свистящих звуков. Менее часто встречаются нарушения шипящих звуков, еще реже – нарушения произношения сонорных звуков. Автор также отмечает, что наиболее сохранными являются среднеязычные и заднеязычные звуки [2, с. 66].

Исследования О. Ю. Федосовой говорят о том, что нарушения звукопроизношения у детей с псевдобульбарной дизартрией носят непостоянный характер и зависят от фонетических условий. Фонетические условия представляют собой место звука в слове, длину слова, слоговую структуру слова и т. п. Наиболее верное произношение звука будет в тех словах, где звук занимает сильную позицию, находится в начале слова, в

коротком слове или в слове с простой слоговой структурой. Хуже всего звук будет произноситься в обратных ситуациях: звук в слабой позиции, в длинном слове или слове со сложной слоговой структурой [48].

Обобщив данные исследователей, можно прийти к выводу, что нарушения звукопроизношения у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией возникают вследствие нарушения иннервации мышц артикуляционного аппарата, что обусловлено органическим поражением центральной нервной системы.

Повысить эффективность логопедического воздействия при коррекции нарушений звукопроизношения можно благодаря использованию здоровьесберегающих технологий.

В уставе Всемирной организации здравоохранения определено понятие «здоровье». Здоровью соответствует состояние полного физического, душевного и социального благополучия, отсутствие болезней и физических дефектов [47].

Согласно А. М. Новикову «педагогическая технология – это система условий, форм, методов, средств и критериев решения поставленной педагогической задачи» [34, с. 157].

Исходя из данного определения, здоровьесберегающая технология – это система условий, форм, методов, средств и критериев сохранения и укрепления здоровья обучающихся.

К здоровьесберегающим технологиям, которые могут использоваться в коррекции нарушений звукопроизношения у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией, можно отнести:

- артикуляционную гимнастику с использованием биоэнергопластики;
- дыхательную гимнастику;
- самомассаж;
- пальчиковую гимнастику;
- фонологоритмику.

По определению Буденной Т. В. «артикуляционная гимнастика – это совокупность специальных упражнений, направленных на укрепление мышц артикуляционного аппарата, развитие силы, подвижности и дифференцированности движений органов, участвующих в речевом процессе» [6, с. 4]. Сочетание артикуляционной гимнастики с биоэнергопластикой предполагает одновременное выполнение артикуляционных упражнений и ручной имитации движений губ, языка и нижней челюсти. Артикуляционная гимнастика используется при подготовке артикуляционного аппарата к постановке звука, а совместные движения артикуляционного аппарата и руки влияют на развитие координации движений, мелкой моторики, а также положительно влияют на интеллектуальную активность [54].

Дыхательная гимнастика, по мнению Е. В. Лавровой, физически укрепляет организм, а также развивает речевое дыхание. Дыхательная гимнастика необходима в логопедической работе по коррекции нарушений звукопроизношения у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией, так как она помогает формировать сильный речевой выдох, что необходимо для артикуляции некоторых звуков [20].

Для нормализации тонуса мышц при коррекции нарушений звукопроизношения у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией рекомендуется использовать такую оздоровительную технологию, как самомассаж.

Е. А. Дьякова отмечает, что самомассаж полностью безопасен, выполняется самим ребенком и стимулирует кинестетические ощущения мышц периферического речевого аппарата. Самомассаж может быть как расслабляющим, так и активизирующим в зависимости от состояния тонуса мышц конкретного ребенка [12].

Пальчиковая гимнастика также может оказать положительное влияние на коррекцию нарушений звукопроизношения у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией. В исследованиях М. М. Кольцовой отмечается,

что тренировка пальцев рук оказывает воздействие на речевую активность детей. Автор объясняет механизм данного воздействия тем, что речевые области в головном мозге формируются и развиваются под влиянием импульсов от движений пальцев рук. Кроме активизации речевых зон коры головного мозга, пальчиковая гимнастика способствует развитию мелкой моторики, что поможет скомпенсировать нарушения мелкой моторики у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией [17].

Е. В. Каракулова в своих исследованиях отмечает, что использование элементов фонологоритмики имеет место в логопедической работе по коррекции нарушений звукопроизношения у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией на этапе автоматизации правильного звукопроизношения и оказывает оздоровительный эффект. Автор отмечает, что занятия фонологоритмикой положительно влияют на развитие дыхания, моторных функций, формируют правильную осанку, укрепляют костно-мышечный аппарат, что немаловажно при псевдобульбарной дизартрии. Также фонологоритмические занятия помогают сбалансировать деятельность нервной системы и оказывают положительный эффект на развитие высших психических функций [16].

Таким образом, нарушения звукопроизношения у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией чаще всего проявляются в виде межзубного и/или бокового произношения согласных звуков. Самыми распространенными являются нарушения шипящих, свистящих и сонорных звуков. Нарушения звукопроизношения могут встречаться в виде смещений, замен, пропусков или искажений звуков. Для повышения эффективности логопедической работы по коррекции нарушений звукопроизношения у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией целесообразно использовать здоровьесберегающие технологии, которые помогают мобилизовать ресурсы, необходимые для успешной коррекции речевых нарушений, и оказывают оздоровительный эффект на ослабленный организм младших школьников с псевдобульбарной дизартрией.

ВЫВОД ПО ПЕРВОЙ ГЛАВЕ

Развитие речи ребенка начинается с самого рождения и имеет определенные закономерности, которые являются общими для всех детей. Для успешного овладения правильным звукопроизношением необходима физиологическая готовность артикуляционного аппарата, а также достаточная сформированность фонематических процессов. В 1-2 года ребенком усваиваются звуки [а], [о], [э], [п], [б], [м], в 2-3 года усваиваются звуки [и], [ы], [у], [ф], [в], [т], [д], [н], [к], [г], [х], [й], в 3-4 года звуки [с], [з], [ц], [ш], [ж], [ч], [щ], а в 5-6 лет усваиваются и закрепляются звуки [л] и [р]. В норме к концу дошкольного периода ребенок должен уметь правильно произносить и различать все фонемы родного языка.

У младших школьников с псевдобульбарной дизартрией можно выявить различную симптоматику, которая зависит от степени тяжести псевдобульбарной дизартрии. У всех детей данной категории отмечаются нарушения произносительной стороны речи, нарушения артикуляционной, мелкой и общей моторики, нарушения мышечного тонуса. У таких детей отмечают сниженный уровень концентрации, удержания и распределения внимания, ослабленность процессов памяти, в особенности слухоречевой. При когнитивных нагрузках наблюдается заторможенность процессов мышления, эмоционально-волевая сфера нестабильна.

Нарушения звукопроизношения у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией могут встречаться в виде смешений, замен, пропусков или искажений звуков и проявляться в виде межзубного и/или бокового произношения согласных звуков. Самыми распространенными являются нарушения шипящих, свистящих и сонорных звуков.

Для повышения эффективности логопедической работы по коррекции нарушений звукопроизношения у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией целесообразно использовать здоровьесберегающие технологии, которые помогают мобилизовать ресурсы, необходимые для успешной коррекции речевых нарушений, и оказывают оздоровительный эффект на

ослабленный организм младших школьников с псевдобульбарной дизартрией.

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ КОНСТАТИРУЮЩЕГО ЭКСПЕРИМЕНТА И АНАЛИЗ ЕГО РЕЗУЛЬТАТОВ

2.1. Основные принципы, организация и методика констатирующего эксперимента

Данный параграф посвящен описанию констатирующего эксперимента. Констатирующий эксперимент реализовывался в форме логопедического обследования, которое предполагает исследование состояния всех компонентов речевой системы у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией. Логопедическое обследование необходимо для того, чтобы выстроить эффективный план логопедической работы по коррекции нарушений звукопроизношения у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией.

Констатирующий эксперимент реализовывался на базе государственного бюджетного общеобразовательного учреждения Свердловской области, реализующего адаптированные основные общеобразовательные программы, «Центр психолого-медико-социального сопровождения «Речевой центр»; г. Екатеринбург, ул. П. Тольятти, д. 26А.

Констатирующий эксперимент проходил в период с 06.11.2023 по 24.11.2023.

Для проведения констатирующего эксперимента были отобраны 5 детей младшего школьного возраста с логопедическим заключением «псевдобульбарная дизартрия».

Целью констатирующего эксперимента является проведение полного логопедического обследования, в том числе изучение состояния звукопроизношения у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией.

Исходя из поставленной цели, были определены следующие задачи констатирующего эксперимента:

1. Подобрать необходимую методику обследования моторики и устной

речи у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией.

2. Разработать критерии оценки, с помощью которых будут определяться результаты обследования.

3. Провести логопедическое обследование и проанализировать состояние моторики и устной речи младших школьников с псевдобульбарной дизартрией, определить структуру речевого дефекта и подтвердить клинический диагноз, определить направления коррекционной работы по коррекции нарушений звукопроизношения у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией.

Подготовка констатирующего эксперимента осуществлялась с опорой на принципы исследования речевой патологии у детей. Данные принципы были сформулированы Р. Е. Левиной, к ним относятся: принцип развития, принцип системного подхода и принцип взаимосвязи речи с другими сторонами психического развития [23, с. 6]. Нами были использованы следующие принципы:

1. *Принцип развития* предполагает учет анализа процесса возникновения дефекта, т.е. что именно повлияло на появление речевых нарушений, какой дефект является первичным, а какой – вторичным. Данный принцип учитывался нами при сборе анамнестических данных, изучении документации учителя-логопеда и медицинской документации на каждого обследуемого ребенка.

2. *Принцип системного подхода* предполагает, что речь является сложной системой, в которой тесно взаимодействуют все компоненты. Нарушение какого-либо из компонента речи может привести к нарушениям других компонентов. Данный принцип учитывался нами при обследовании состояния речи ребенка. В целях учета принципа системного подхода нами обследовались все компоненты речевой системы: фонетический, фонематический, лексический и грамматический.

Помимо перечисленных принципов, при проведении констатирующего эксперимента учитывались следующие принципы:

1. Принцип учета онтогенеза при проведении логопедического обследования. Данный принцип предполагает учет формирования компонентов речи в онтогенезе и позволяет определить уровень речевого развития ребенка. Этот принцип учитывался нами при сопоставлении результатов обследования с возрастной нормой речевого развития.

2. Принцип индивидуального подхода. Данный принцип предполагает выбор методов и форм взаимодействия в соответствии с индивидуальными особенностями ребенка. Этот принцип учитывался нами при выборе формы проведения логопедического обследования: обследование проводилось в индивидуальной форме.

3. Принцип учета ведущей деятельности. Этот принцип предполагает организацию логопедического обследования с учетом ведущего вида деятельности ребенка. Данный принцип позволил организовать логопедическое обследование и подобрать диагностические задания с упором на учебную деятельность, так как данный вид деятельности является ведущим в школьном возрасте.

4. Принцип качественно-количественной оценки результатов исследования. Данный принцип предполагает, что результаты логопедического обследования будут подвергнуты качественной и количественной оценке.

Этапы работы:

1. Подготовительный этап: подбор методических и диагностических материалов, необходимых для выявления нарушений звукопроизношения у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией.

2. Практический этап: проведение логопедического обследования младших школьников с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии.

3. Аналитический этап: анализ полученных результатов.

В ходе констатирующего эксперимента использовались методические рекомендации Н. М. Трубниковой, в качестве стимульного материала использовались иллюстрации из альбома для логопеда О. Б.

Иншаковой [14, 44].

Логопедическое обследование проводилось по следующим направлениям:

1. Сбор общих сведений о ребенке.
2. Обследование состояния общей моторики.
3. Обследование произвольной моторики пальцев рук.
4. Обследование мимической моторики.
5. Обследование моторики артикуляционного аппарата.
6. Обследование звукопроизношения.
7. Обследование просодической стороны речи.
8. Обследование фонематического слуха.
9. Обследование фонематического восприятия, звуко-слогового анализа и синтеза.
10. Обследование пассивного и активного словаря.
11. Обследование грамматического строя речи.
12. Обследование связной речи.
13. Обследование чтения.
14. Обследование письма.

Задания для обследования представлены в приложении 1.

Полученные данные получили количественный и качественный анализ. Для количественного анализа использовалась трехбалльная шкала оценивания, которая была применена для каждого направления исследования. Количественная оценка формировалась по следующей схеме:

- 3 балла – задание выполнено без ошибок;
- 2 балла – при выполнении задания допускались 1-2 ошибки;
- 1 балл – при выполнении задания было допущено 3 и более ошибок.

По итогам обследования по каждому компоненту полученные баллы приводились к среднему числовому значению, что позволило оценить уровень сформированности того или иного компонента:

- 3 балла – высокий уровень;

2-2,9 балла – средний уровень;

1-1,9 балл – низкий уровень.

Качественный анализ результатов обследования представлен в виде анализа специфических нарушений и ошибок, их описания, составления выводов в соответствии с полученной информацией.

2.2. Анализ результатов логопедического обследования младших школьников с псевдобульбарной дизартрией

Проведенное нами логопедическое обследование позволило выявить следующие нарушения у младших школьников. Сводные таблицы речевых и неречевых нарушений представлены в приложении 2.

Так как анамнестические данные не были предоставлены, невозможно сделать вывод о пренатальном, натальном и постнатальном развитии обследуемых детей.

Результаты обследования общей моторики в качественном и количественном аспекте представлены в приложении 2, таблица 1.

Обследование состояния общей моторики показало, что у всех детей нарушена статическая координация движений, что проявлялось в покачиваниях и выходе из положения при выполнении задания. Также у всех детей отмечаются нарушения темпа движений: 80% детей не справились с заданием и пытались угадывать верное движение, 20% детей выполнили задание верно после нескольких попыток. У 60% детей отмечаются нарушения динамической координации движений (одновременное выполнение движений «шаг» и «хлопок») и нарушения ритмического чувства (не повторили сложные ритмы). У 40% детей наблюдаются нарушения двигательной переключаемости движений и самоконтроля, что проявлялось в нарушении последовательности движений, повторении «запретного» действия.

Результаты обследования моторики пальцев рук в качественном и количественном аспекте представлены в приложении 2, таблица 2.

У 80% детей выявлены нарушения моторики пальцев рук. Статическая координация движений нарушена у 60% детей, а динамическая координация движений у 40% детей. 20% детей не смогли удержать заданную позу, не могли выполнить задание без постоянного зрительного контроля, помогали другой рукой при выполнении задания. У 40% детей отмечаются трудности переключения, застревание на движениях.

Результаты обследования мимической моторики в качественном и количественном аспекте представлены в приложении 2, таблица 3.

Обследование состояния мимической моторики показало, что менее всего нарушены движения мышц глаз (трудности закрывания одного глаза отмечаются у 40% детей). У 60% процентов детей выявлены недостаточный объем и качество движений мышц лба и щек (у 40% детей недостаточный объем движений левой щеки, у 20% – правой). У 40% детей отмечаются нарушения символического праксиса (наиболее трудными оказались «свист» и «поцелуй»). У 80% детей нарушено произвольное формирование мимических поз, эмоции невыразительные, искаженные.

Результаты обследования моторики артикуляционного аппарата в качественном и количественном аспекте представлены в приложении 2, таблица 4.

Обследование состояния моторики артикуляционного аппарата позволило определить, что у всех детей сохранными оказались двигательные функции мягкого неба и динамическая организация нижней челюсти. У 60% детей отмечаются нарушения двигательных функций челюсти (недостаточный объем движений при выполнении движений челюстью влево, вправо и вперед), у 1 ребенка при этом отмечаются синкинезии. Двигательная функция губ негрубо нарушена у всех детей: 80% детей не могут многократно произнести губные звуки и сохранить четкость произношения, 40% детей затрудняются удержать позу, у 20% отмечается сильное напряжение при выполнении заданий, ограничение подвижности верхней и нижней губы. У всех детей грубо нарушена двигательная функция языка: отмечаются

подергивания, тонус языка, поиск и трудности удержания позы, сложности подъема языка, а также невозможность выполнить различные артикуляционные упражнения. Динамическая организация языка также нарушена у большинства детей (80%), что проявляется в трудностях переключения и удержания позы.

Результаты обследования звукопроизношения в качественном и количественном аспекте представлены в приложении 2, таблица 5.

Обследование состояния звукопроизношения показало, что наиболее нарушенной группой звуков оказалась группа сонорных звуки, которые нарушены у 100% детей. У 20% детей нарушены свистящие звуки, еще у 20% – шипящие звуки. Для 40% детей характерно полиморфное нарушение звукопроизношения, для 60% – мономорфное. Антропофонические дефекты (искажения) встречаются у детей в виде горлового ротацизма (у 60% детей), двугубного (20% детей) или заднеязычного (20% детей) ламбдацизма, сигматизма в виде расщепления звука [ц] на [тс] (20% детей). Фонологические дефекты встречаются в виде параламбдацизма (40% детей) и шипящего парасигматизма (20% детей), а также в виде отсутствия вибрантов (40% детей). У всех детей один из звуков находится на этапе автоматизации: [ц] в прямых слогах и словах у Ярослава, [р] и [р'] в словах у Андрея, [ч] в обратных слогах у Ивана, [л] в словах с прямыми слогами у Юли, [л] и [л'] в слогах у Данила.

Перечисленные дефекты звукопроизношения у обследуемых детей связаны с нарушениями моторики артикуляционного аппарата, а именно с нарушениями тонуса мышц языка и губ.

Результаты обследования просодической стороны речи в качественном и количественном аспекте представлены в приложении 2, таблица 6.

Просодический компонент речи так или иначе нарушен у всех детей. Сила голоса нарушена у 40% детей. Показатели тембра, модуляции голоса, интонации и ритма нарушены у 20% процентов детей.

Слоговая структура сохранна у 100% детей.

Результаты обследования фонематического слуха в качественном и

количественном аспекте представлены в приложении 2, таблица 7.

Фонематический слух нарушен у всех детей. 100% детей сталкивались с трудностями различения фонем, близких по акустическим и артикуляционным признакам, на материале слогов: 80% детей с трудом различают слоги со звонкими-глухими согласными, и все дети допустили ошибки при назывании ряда слогов с шипящими-свистящими звуками. На материале звуков данный показатель сохранен у 60% детей, 20% детей не различает звуки [ч] и [щ], еще 20% детей восприняли звуки п-б, д-т, з-с как одинаковые. 80% детей допускали ошибки в задании на узнавание фонем: 60% из них сталкивается с трудностями при узнавании гласных фонем, и 40% сталкивается с трудностями при узнавании фонем, нарушенных в речи. 40% детей допускали ошибки в различении фонем на материале слов-паронимов по признаку звонкости-глухости.

Нарушения фонематического слуха тесно связаны с нарушениями звукопроизношения. Так, у 40% детей наблюдаются трудности с узнаванием фонем, нарушенных в речи, так как сформирован неправильный образ звука. Из-за общей смазанности звуковой стороны речи и недостаточной дифференциации уже поставленных звуков некоторые дети имеют трудности с различением звонких-глухих, свистящих-шипящих звуков, гласных фонем.

Результаты обследования фонематического восприятия, анализа и синтеза в качественном и количественном аспекте представлены в приложении 2, таблица 8.

Обследование выявило низкий уровень сформированности фонематического восприятия, анализа и синтеза у 80% детей, у 20% детей он сформирован на среднем уровне. 80% обследуемых имеют трудности в выделении гласного звука из середины и конца слова. 60% детей с трудом выделяют или не выделяют согласные звуки в словах. Звуко-слоговой анализ нарушен у всех детей. Все дети допускали ошибки в определении количества и последовательности звуков в слове. 60% детей с трудом справились с заданием на определение места звука в слове, эти же дети допустили ошибки

в определении количества слогов в слове. Ни один ребенок не смог придумать слово из заданного количества звуков, а слово из заданного количества слогов не смогли придумать 40% обследуемых. Звуко-слоговой синтез также нарушен у всех детей. 40% детей не справились с заданием на перестановку звуков в слове, еще 20% допустили ошибки. 40% детей не в полном объеме справились с заданием на перестановку слогов в слове, остальные 60% не справились с заданием вообще. 40% обследуемых школьников не смогли добавить к слову звук, 20% понадобилась наглядная опора для выполнения задания. 60% детей не смогли добавить к слову слог.

Результаты обследования пассивного и активного словаря в качественном и количественном аспекте представлены в приложении 2, таблица 9.

Словарный запас у всех обследуемых детей сформирован на среднем уровне. Отмечается недостаточность активного словаря, пассивный словарный запас у всех детей находится в пределах нормы. У 100% детей отмечаются нарушения номинативного словаря, что проявляется в незнании названий некоторых предметов по лексическим темам, названий детенышей животных, названий малознакомых предметов и семантически близких слов, в трудностях дополнения тематического ряда и подбора обобщающих слов. Предикативный словарь сохранен у 100% детей. Адъективный словарь имеет незначительное отставание у 60% детей, что проявляется в ошибках называния относительных и качественных прилагательных. У всех детей сохранно употребление наречий. Системная лексика имеет нарушения у 100% детей: все дети сталкивались с трудностями при назывании антонимов и не справились с заданиями на подбор синонимов и однокоренных слов.

Результаты обследования грамматического строя в качественном и количественном аспекте представлены в приложении 2, таблица 10.

Обследование грамматического строя речи выявило нарушения понимания грамматических форм у всех детей. У 80% детей нарушено понимание инверсионных конструкций, у 40% детей встречаются ошибки

понимания отношений, выраженных предлогами. Навыки словоизменения нарушены у всех детей: все дети допускали ошибки в преобразовании единственного числа имен существительных во множественное, у 40% детей выявлены ошибки в употреблении предлогов, еще у 40% детей отмечаются трудности изменения слов по падежам (творительный и родительный). Словообразование также нарушено у всех детей: 100% детей допускало грубые ошибки в образовании уменьшительной формы существительных, в образовании прилагательных от существительных, ошибки в образовании слов с помощью приставок; 80% детей не справились с заданием на образование сложных слов.

Результаты обследования связной речи в качественном и количественном аспекте представлены в приложении 2, таблица 11.

В результате обследования связной речи школьников было выявлено, что у 100% детей отмечаются нарушения связной речи: при пересказе текста всем детям требовалась помощь в виде наводящих вопросов, у 40% детей встречались лексические и грамматические ошибки, 40% детей плохо запомнили сюжет текста. На протяжении всего исследования всем детям требовалась помощь в виде наводящих вопросов и подсказок, 40% детей строили неполные, нераспространенные предложения.

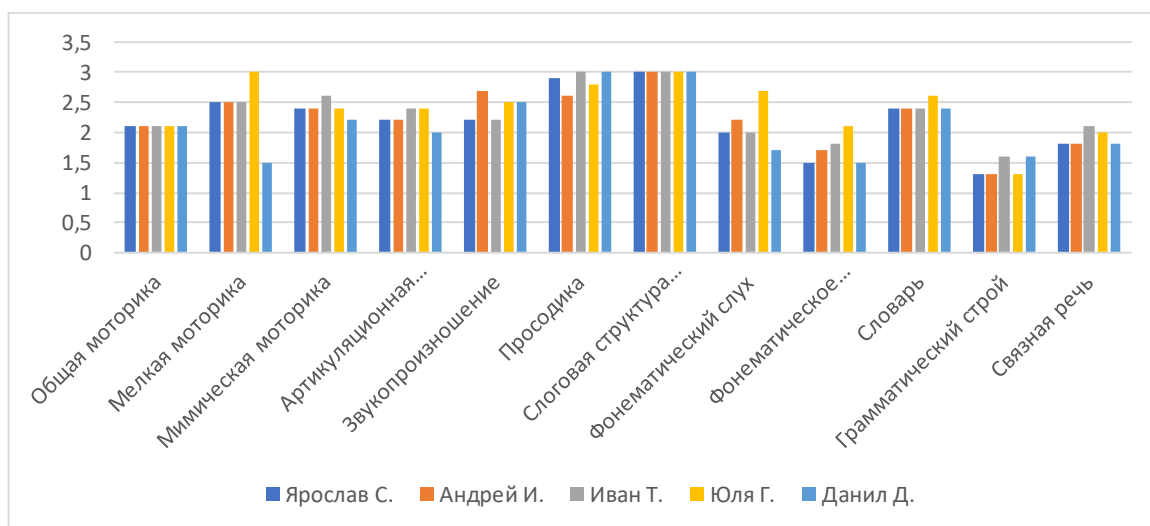


Рис. 1. Сводные количественные результаты логопедического обследования младших школьников с псевдобульбарной дизартрией, в баллах

Состояние письма и чтения у обследуемых детей оценить невозможно, так как они обучаются в 1 классе и на момент обследования проходят букварный период. Письмо и чтение находятся в стадии формирования.

По результатам обследования удалось составить логопедическое заключение на группу детей: *ОНР III уровня, легкая степень псевдобульбарной дизартрии.*

ВЫВОД ПО ВТОРОЙ ГЛАВЕ

В ходе констатирующего эксперимента было выяснено, что у каждого из обследуемых детей отмечаются нарушения моторной сферы, а именно нарушения общей, мелкой и/или артикуляционной моторики, что свидетельствует о наличии у обследуемых детей псевдобульбарной дизартрии. Так как нарушения моторной сферы негрубые, степень псевдобульбарной дизартрии можно оценить, как легкую.

Фонетический компонент речи нарушен у всех детей. Звукопроизношение нарушено у всех детей, что обусловлено трудностями артикуляции звуков, и в большинстве случаев носит мономорфный характер. У обследуемых детей имеются как антропофонические дефекты, так и фонологические. Нарушения звукопроизношения были связаны с нарушениями моторики артикуляционного аппарата, а именно с нарушениями тонуса мышц языка и губ.

У всех детей в разной степени нарушены фонематические процессы. По результатам обследования фонематического слуха выявлено, что наибольшую трудность представляет различение фонем, близких по акустическим и артикуляционным признакам, а именно различение звонких и глухих, шипящих и свистящих звуков. Нарушения фонематического восприятия проявляются в трудностях выделения звуков из состава слова. Обследуемые дети также столкнулись с проблемами в заданиях на исследование сложных форм звуко-слогового анализа и синтеза.

Активный словарный запас у каждого из детей не соответствует норме,

а пассивный словарь находится в пределах или на нижней границе нормы.

У всех детей имеются негрубые нарушения понимания грамматических форм и нарушения употребления грамматических форм, что проявляется как в нарушениях словоизменения, так и в нарушениях словообразования.

Вышеперечисленные данные говорят о том, что у детей нарушен каждый компонент речи (фонетический, фонематический, лексический и грамматический), что свидетельствует о наличии у каждого из детей общего недоразвития речи III уровня.

На основе анализа результатов логопедического обследования было сформулировано заключение на группу младших школьников: *ОНР III уровня, легкая степень псевдобульбарной дизартрии.*

ГЛАВА 3. ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ПСЕВДОБУЛЬБАРНОЙ ДИЗАРТРИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ

3.1. Основные принципы, цели, задачи, этапы и методики логопедической работы по коррекции нарушений звукопроизношения у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией с использованием здоровьесберегающих технологий

Основной целью формирующего эксперимента является разработка содержания логопедической работы по коррекции нарушений звукопроизношения с учетом выявленных моторных и речевых нарушений у изучаемой категории детей и ее реализация.

Для достижения поставленной цели были определены следующие задачи:

1. На основе результатов констатирующего эксперимента определить направления логопедической работы с каждым из детей.
2. Определить содержание логопедической работы по коррекции нарушений звукопроизношения для каждого ребенка из группы.
3. Организовать проведение логопедической работы по коррекции нарушений звукопроизношения у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией.
4. Провести контрольный эксперимент и провести сравнительный анализ результатов для определения эффективности проведенной логопедической работы.

Для успешного проведения логопедической работы мы опирались на принципы, представленные Л. И. Беляковой, Е. Н. Винарской, Н. Н. Волосковой, Р. И. Лалаевой, Л. В. Лопатиной, Е. М. Мастюковой и др.:

1. Принцип системности. Данный принцип позволяет представить речь

как сложную систему, компоненты которой тесно взаимосвязаны, что объясняет необходимость воздействия на каждый компонент речевой системы в процессе коррекционной работы.

2. Принцип развития. Данный принцип направлен на учет зоны ближайшего развития ребенка в процессе логопедической работы. Этот принцип нашел отражение в постоянном усложнении упражнений. При этом упражнения доступны для выполнения ребенком с помощью взрослого и постепенно становятся выполнимы без помощи педагога.

3. Принцип деятельностного подхода. Данный принцип предполагает учет ведущей деятельности ребенка в коррекционном процессе. Этот принцип нашел отражение в организации логопедической работы с использованием учебной деятельности, которая является ведущей в школьном возрасте.

4. Онтогенетический принцип. Данный принцип акцентирует внимание на необходимости учета последовательности появления форм и функций речи в онтогенезе. Этот принцип учитывается при построении последовательности логопедической работы.

5. Принцип учета симптоматики нарушения и структуры речевого дефекта. Данный принцип предполагает учет механизмов нарушения, его симптоматики и ведущих расстройств в структуре дефекта. Так как в заключении на группу детей присутствует клиническая форма речевого нарушения «легкая степень псевдобульбарной дизартрии», принцип находит свое отражение в воздействии не только на речевую, но и на неречевую симптоматику (например, нормализация мышечного тонуса посредством самомассажа).

6. Принцип индивидуального подхода. Данный принцип предполагает учет индивидуальных особенностей и способностей каждого ребенка при планировании и реализации логопедической работы. Принцип нашел отражение в определении направлений логопедической работы индивидуально для каждого ребенка [9].

7. Принцип здоровьесбережения. Данный принцип предполагает

включение в структуру занятий технологий, направленных на сбережение здоровья обучающихся. Этот принцип учитывался нами при адаптации заданий и включении в структуру занятия приемов таких здоровьесберегающих технологий, как артикуляционная гимнастика с использованием биоэнергопластики, дыхательная гимнастика, самомассаж, пальчиковая гимнастика, фонологоритмика.

Разработкой методик коррекции нарушений звукопроизношения у детей с псевдобульбарной дизартрией занимались такие авторы, как Е. Ф. Архипова, Л. В. Лопатина, Е. М. Мастюкова, Т. В. Туманова, Т. Б. Филичева и другие.

Л. В. Лопатина в своей методике по коррекции фонетических нарушений речи у детей с псевдобульбарной дизартрией делает акцент на важности кинестетических и кинетических ощущений от органов артикуляции. Автор обращает внимание, что при формировании кинестетической основы артикуляционных движений необходимо уточнять положение органов артикуляции во время правильного произнесения звуков, при этом обязательно следует привлекать внимание ребенка к полученным кинестетическим ощущениям. Это необходимо для того, чтобы сформировать верную артикуляционную позу при произнесении звука. Кинетические же ощущения необходимо формировать для выработки подвижности артикуляционного аппарата, нужного объема и точности движений. Кинетические ощущения важны для процесса переключения с одной артикуляторной позиции на другую [26].

Т. В. Туманова и Т. Б. Филичева предлагают выстраивать логопедическую работу по коррекции звукопроизношения по принципу постепенного усложнения содержания и форм заданий. Так, работа начинается с произношения слогов, затем слов с отрабатываемым звуком в начале, середине и конце. После этого авторы предлагают закреплять звук в предложениях, пословицах, скороговорках, загадках, потешках, стихах и рассказах, насыщенных изучаемым звуком, а затем переходить к более сложным видам речевой деятельности [45].

Е. Ф. Архипова в своих трудах отмечает, что корректируемые звуки сперва должны отрабатываться в сильной позиции, так как в такой позиции можно отметить наибольшее число фонемных противопоставлений. Затем следует подбирать такой речевой материал, в котором корректируемый звук будет находиться все дальше от ударного слога. После того, как звук закрепился в данных позициях, можно переходить к отработке звука в стечениях согласных, при этом следует начинать с наиболее часто встречаемых вариантов стечений, а затем переходить к редко встречаемым [2].

Помимо коррекции нарушений звукопроизношения, следует обратить внимание на наличие общего недоразвития речи III уровня у исследуемых детей. Разработкой методик коррекции общего недоразвития речи у детей занимались Р. И. Лалаева, Л. В. Лопатина, Н. В. Серебрякова и другие.

Р. И. Лалаева и Н. В. Серебрякова отмечают, что при общем недоразвитии речи, помимо звукопроизношения и фонематических процессов, нарушены лексическая и грамматическая стороны речи. Это объясняет необходимость работы над расширением объема пассивного и активного словарного запаса, уточнением значений слов. Также авторы делают акцент на необходимости развития навыков словообразования и словоизменения существительных, глаголов и прилагательных [22].

На основании теоретических материалов можно выделить следующие этапы логопедической работы по коррекции нарушений звукопроизношения у детей с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии:

1 этап – подготовительный. На этом этапе происходит подготовка артикуляционного аппарата к формированию правильных артикуляционных укладов посредством артикуляционной гимнастики и нормализации мышечного тонуса, развитие фонематических процессов

2 этап – формирование первичных коммуникативных навыков. На данном этапе происходит постановка, автоматизация и дифференциация звуков, коррекция речевого дыхания и голоса, развитие артикуляционных движений, выработка контроля над положением органов артикуляции.

Постановка звука может осуществляться 4 способами: по подражанию, от артикуляционной гимнастики, от опорного звука и механическим способом.

3 этап – формирование коммуникативных умений и навыков. На данном этапе звук вводится в речь, в различные ситуации речевого общения [11, 31].

В коррекции нарушений звукопроизношения у детей с псевдобульбарной дизартрией такие авторы, как Е. С. Анищенкова, Е. Ф. Архипова, Н. М. Борозинец, Т. В. Буденная, Р. Г. Бушлякова, Е. А. Дьякова, Е. В. Каракулова и др., рекомендуют использовать следующие здоровьесберегающие технологии:

- артикуляционную гимнастику с использованием биоэнергопластики, что положительно влияет на формирование кинестетических ощущений от органов артикуляции;
- дыхательную гимнастику, так как у детей с псевдобульбарной дизартрией слабый речевой выдох, что препятствует формированию правильного звукопроизношения;
- самомассаж, который способствует нормализации тонуса мышц речевого аппарата;
- пальчиковую гимнастику, что положительно влияет на развитие мелкой моторики;
- фонологоритмику, которая позволяет одновременно развивать темпо-ритмическую сторону речи, проводить речевую работу и оздоравливать организм ребенка.

Таким образом, логопедическая работа по коррекции нарушений звукопроизношения у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией начинается с постановки звука. Далее осуществляется автоматизация поставленного звука. Автоматизация строится по принципу усложнения речевого материала. После автоматизации звуков необходимо провести их дифференциацию в целях избежания смешения звуков в речи или на письме. Использование здоровьесберегающих технологий положительно влияет на динамику от занятий и общее развитие ребенка с псевдобульбарной

дизартрией, а также позволяет повысить эффективность работы по коррекции нарушений звукопроизношения.

3.2. Содержание логопедической работы по коррекции нарушений звукопроизношения у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией с использованием здоровьесберегающих технологий

Обучающий эксперимент проводился на базе государственного бюджетного общеобразовательного учреждения Свердловской области, реализующего адаптированные основные общеобразовательные программы, «Центр психолого-медико-социального сопровождения «Речевой центр»; г. Екатеринбург, ул. П. Тольятти, д. 26А. Сроки проведения обучающего эксперимента: 20 ноября – 15 декабря 2023 года.

В обучающем эксперименте принимали участие 5 обучающихся 1 класса речевой школы в возрасте от 7 до 8 лет (Ярослав, Юлия, Иван, Данил, Андрей). Все дети по результатам обследования имеют логопедическое заключение: ОНР III уровня, легкая степень псевдобульбарной дизартрии.

Занятия с детьми экспериментальной группы проводились 2-3 раза в неделю в течение 4 недель. По результатам обследования было принято решение об индивидуальной форме логопедических занятий для 3 детей (Ярослав, Иван, Андрей) и о подгрупповой форме для 2 детей (Юля и Данил). Решение об объединении Юли и Данила в подгруппу было принято на основании того, что у обоих детей проходил этап автоматизации и дифференциации звуков [л] и [л']. После выполнения задач по автоматизации и дифференциации звуков [л] и [л'] дети посещали индивидуальные занятия. Всего с каждым ребенком было проведено по 10 занятий.

Перспективные планы коррекционной работы для каждого ребенка представлены в приложении 3. Коррекционная работа с детьми младшего школьного возраста с псевдобульбарной дизартрией будет проводится по представленным ниже направлениям:

1. Для *коррекции нарушений общей моторики* с использованием здоровьесберегающих технологий используются упражнения с элементами фонологоритмики. Данные упражнения рекомендуются к выполнению для всех детей. Примерный комплекс упражнений:

а) Ходьба, маршировка, бег. Данные упражнения можно выполнять под музыку и чередовать в разном порядке, а также усложнять посредством добавления различных элементов (дополнительные движения рук, головы, смена темпа выполнения движений и др.) [16].

б) Упражнение «Ухо-нос». Данное упражнение направлено на развитие межполушарного взаимодействия, контроля и произвольности. Ребенку необходимо правой рукой взяться за кончик носа, а левой рукой за правое ухо. Затем нужно одновременно отпустить нос и ухо, хлопнуть в ладоши и поменять положение рук [52].

в) Для развития способности удержания равновесия рекомендуется также использование упражнений с балансиром.

Данные упражнения могут быть включены в физминутку.

2. *Развитие мелкой моторики* может осуществляться посредством различных пальчиковых гимнастик, а также с использованием приемов Су-джок терапии. Целью данного направления работы является развитие статической координации движений (необходимо Ивану и Данилу) и динамической координации движений (необходимо Ярославу, Данилу и Андрею), а также развитие плавности, точности и переключаемости движений. В работе могут использоваться стихотворные упражнения из пособия Е. С. Анищенковой с выполнением мелких действий руками [1], а также приемы Су-Джок терапии (раскатывание шарика в ладонях, массаж пальцев массажными кольцами).

3. Логопедическая работа по *развитию мимической моторики* осуществлялась посредством выполнения мимической гимнастики с использованием пособия Н. В. Нищевой, в котором представлен наглядный материал. В работе с Иваном, Данилом и Андреем основные упражнения были

направлены на нормализацию тонуса мышц щек (надувание, втягивание щеки др.), с Ярославом, Юлей и Данилом – на нормализацию тонуса мышц лба (морщим лоб, хмурим или поднимаем брови и др.), с Ярославом и Юлей – на нормализацию тонуса мышц глаз (моргание, прищуривание глаз и др.) [33]. Также в работе по нормализации тонуса мимических мышц использовались приемы логопедического массажа, представленные Е. Ф. Архиповой, которые были адаптированы для самомассажа. Нами использовались такие приемы самомассажа, как поглаживания, похлопывания, пощипывания [3].

4. *Развитие моторики артикуляционного аппарата*, необходимое каждому из детей, осуществлялось с учетом нарушенных групп звуков и реализовывалось посредством выполнения комплекса артикуляционной гимнастики с использованием биоэнергопластики. Развитие артикуляционной моторики является одним из важнейших этапов в коррекции псевдобульбарной дизартрии, так как при данном нарушении отмечаются нарушения моторики артикуляционного аппарата. Так, для Ярослава составлялся комплекс артикуляционной гимнастики для подготовки артикуляционного аппарата к произношению звуков [ц] и [л], для Юли и Данила – звуков [л] и [р], для Ивана – звуков [ч] и [л], для Андрея – звука [р]. Большое количество упражнений в комплексах было направлено на подготовку артикуляционного аппарата к произношению звуков, находящихся на этапе автоматизации, а меньшее количество упражнений в комплексе направлено на подготовку артикуляционного аппарата к постановке нарушенных звуков, следующих далее по онтогенезу звукопроизношения, представленном в параграфе 1.1. Комплексы артикуляционной гимнастики включают себя, как и статические упражнения, направленные на удержание заданной позы, так и динамические упражнения, способствующие развитию подвижности артикуляционного аппарата и формированию плавного переключения с одной артикуляционной позы на другую. Комплексы артикуляционной гимнастики составлялись с учетом рекомендаций Т. В. Буденой [6]. Также вместе с выполнением артикуляционной

гимнастики использовались элементы биоэнергопластики, т. е. выполнение артикуляционных движений сочеталось с движением рук, имитирующих расположение органов артикуляции во время выполнения упражнений. Данная технология способствует более осознанному выполнению упражнений и делает акцент на кинестетических ощущениях у ребенка. В качестве вспомогательного материала использовалось пособие Р. Г. Бушляковой, в котором наглядно представлены необходимые движения [7].

5. *Развитие просодической стороны речи* необходимо всем детям, так как просодический компонент речи так или иначе нарушен при псевдобульбарной дизартрии. Развитие просодической стороны речи осуществлялось посредством выполнения дыхательной гимнастики, направленной на развитие силы выдоха. Для двух детей (Ярослав и Андрей) в структуру занятия дополнительно включались упражнения на произвольное изменение силы голоса. Помимо перечисленного во время артикуляционной, дыхательной и мимической гимнастики используется ритмичная музыка, а все действия выполняются под счет в определенном темпе, что способствует развитию темпо-ритмической стороны речи.

Примерные упражнения для развития дыхания:

1. Футбол. Ребенку необходимо загнать пластиковый футбольный мяч в ворота, подув на язык. Данное упражнение направленно на формирование направленной воздушной струи и способствует развитию контроля над силой выдоха.

2. Фокус. Небольшое количество ваты кладется ребенку на кончик носа. Задача ребенка – сдуть вату, подув на язык, поднятый вверх.

Примерные упражнения на произвольное изменение силы голоса:

1. Ослабление и усиление голоса на материале гласных звуков или слогов. Порядок выполнения: беззвучно, шепотом, тихо, нормальным голосом, громко, и наоборот.

2. Проговаривание стихотворений с изменением силы голоса [5].

6. *Коррекция нарушений звукопроизношения и развитие*

фонематических процессов необходимо для всех детей и происходит параллельно. Коррекция звукопроизношения включает в себя постановку звуков, их автоматизацию и дифференциацию [38].

Для каждого ребенка составлен последовательный план коррекции нарушений звукопроизношения:

1. Ярослав: автоматизация звука [ц], дифференциация звуков [т]-[с]-[ц], постановка, автоматизация и дифференциация звуков [л], [р], [р'].

2. Юля: автоматизация и дифференциация звука [л], постановка, автоматизация и дифференциация звуков [р] и [р'].

3. Иван: автоматизация звука [ч], дифференциация звуков [ч]-[щ], постановка, автоматизация и дифференциация звуков [л], [л'], [р], [р'].

4. Данил: автоматизация и дифференциация звуков [л] и [л'], постановка, автоматизация и дифференциация звуков [р] и [р'].

5. Андрей: автоматизация звуков [р] и [р'].

Способ постановки выбирается индивидуально для каждого ребенка. Существуют следующие способы постановки:

1. По подражанию.

2. От артикуляционной гимнастики. Звук [р] ставится от упражнения «лошадка» с сильным выдохом, звук [л] – от упражнения «парус».

3. Механический способ постановки. Звук [р] – ребенок многократно произносит звук [д], в этот момент логопед с помощью ватной палочки или зонда совершает движения вправо-влево под языком, заставляя кончик языка вибрировать. Звук [л] – ребенок несколько раз прикусывает кончик языка, а логопед с помощью зонда в момент, когда ребенок разомкнет зубы, приподнимает кончик языка вверх за зубы.

4. От опорного звука. Звук [р] – от звука [д] с резким выдохом. Звук [р'] – от звука [р] с приподниманием средней части спинки языка. Звук [л] – от звука [а] (просим протяжно произнести звук [а], а затем прикусить кончик; далее кончик заводим за верхние зубы). Звук [л] – от звука [л'] с приподниманием средней части спинки языка.

Каждый из детей на момент обучающего эксперимента находился на этапе автоматизации звука, поэтому основная работа была направлена на автоматизацию поставленных звуков и подготовку артикуляционного аппарата к постановке звуков, следующих по коррекционному плану.

Этап автоматизации содержал в себе следующие особенности:

1. Ярослав: звук [ц] автоматизирован в обратных слогах и слов и предложениях с этими слогами, поэтому проводилась работа по автоматизации звука [ц] в прямых слогах, словах и предложениях с этими слогами, далее переход к слогам, словам и предложениям со стечением звуков.

2. Юля: звук [л] автоматизирован в прямых и обратных слогах, потому работа была направлена на автоматизацию звука [л] в словах, предложениях, а также в словах со стечением звуков.

3. Иван: звук [ч] не автоматизирован в прямых и обратных слогах, поэтому работа была направлена на автоматизацию звука [ч] в обратных слогах, словах и предложениях с этими слогами, затем автоматизацию звука в прямых слогах, словах и предложениях с этими слогами, а затем на автоматизацию звука в стечениях согласных.

4. Данил: звуки [л] и [л'] автоматизированы только в обратных слогах и словах с этими слогами, поэтому работа направлена на автоматизацию звуков в предложениях с обратными слогами и автоматизацию звуков в прямых слогах, словах и предложениях с данными слогами, а затем в словах со стечениями согласных.

5. Андрей: звуки [р] и [р'] автоматизированы только в прямых и обратных слогах, поэтому работа направлена на автоматизацию звуков в словах и предложениях с данными слогами, а затем на автоматизацию слогов, слов и предложений со стечением согласных.

Задания на автоматизацию звуков могут включать в себя фонологоритмические приемы. Например, при произнесении цепочек слогов с автоматизируемым звуком подключается музыкальное ритмичное сопровождение и общемоторные движения.

Этап дифференциации звуков является заключительным в коррекции нарушений звукопроизношения и находится в тесном взаимодействии с развитием фонематических процессов. Необходимо провести следующую работу по дифференциации звуков:

1. Ярослав: дифференциация звуков [т]-[с]-[ц], далее – [л]-[р]-[р’].
2. Юля: дифференциация звуков [л]-[р]-[р’].
3. Иван: дифференциация звуков [ч]-[щ], далее – [л]-[л’]-[р]-[р’].
4. Данил: дифференциация звуков [л]-[л’]-[р]-[р’].
5. Андрей: дифференциация звуков [р]-[р’].

7. *Развитие фонематического слуха и восприятия, навыков звуко-слогового анализа и синтеза* необходимо осуществлять у всех детей. Работа по развитию фонематического слуха должна быть направлена на дифференциацию фонем, близких по акустическим и артикуляционным признакам. Работа по дифференциации гласных фонем необходима Ярославу и Данилу; работа по дифференциации глухих и звонких звуков необходима Ярославу, Ивану, Данилу, Андрею; работа по дифференциации свистящих и шипящих звуков необходима Ярославу, Юле, Ивану, Данилу, Андрею.

Развитие фонематического слуха может осуществляться через анализ значения слов паронимов, дифференциацию на материале изолированных звуков, слов, слогов и предложений.

Развитие звуко-слогового анализа также необходимо всем детям. Развитие навыка выделения гласных из середины и конца слова необходимо Ярославу, Ивану, Данилу, Андрею; развитие навыка выделения согласных из начала слова необходимо Ярославу и Андрею, из конца слова – Ярославу и Данилу. Также всех детей необходимо учить определять количество звуков и слогов в словах, их последовательность и место в слове, а также учить детей придумывать слова на заданное количество звуков и слогов.

Развитие навыков звуко-слогового анализа осуществлялось посредством выполнения письменных упражнений на анализ звукобуквенного состава слова (дать характеристику звуку, сосчитать количество звуков, слогов,

определить место звука/слога в слове). Также использовалось пособие Л. Н. Ефименковой «Коррекция ошибок, обусловленных несформированностью фонематического восприятия», в котором представлены карточки с подходящими упражнениями [13].

Развитие звуко-слогового синтеза также необходимо всем детям и осуществляется посредством выполнения упражнений на составление слов из заданных звуков и слогов.

При работе над фонематическими процессами также можно использовать элементы фонологоритмики. Так, например, для развития звуко-слогового анализа можно использовать музыкальное сопровождение и отхлопать или протопать количество звуков и слогов в словах. Руководствуясь ритмом музыки, ребенку будет легче выделить гласные звуки в слове и разделить слово на слоги, а подключение дополнительных движений положительно влияет на моторную сферу.

8. Так как все дети имеют в заключении общее недоразвитие речи III уровня, то необходимо также уделить внимание *развитию лексико-грамматической стороны речи*. Развитие лексико-грамматической стороны речи осуществлялось во время индивидуальных занятий посредством наличия в занятиях лексической темы и дополнительных упражнений на развитие грамматического строя речи. Речевой материал для занятий подбирался индивидуально для каждого ребенка в соответствии с этапом коррекции нарушений звукопроизношения и лексической темой.

Задачи коррекции лексической стороны речи решались посредством построения хода занятия по принципу семантических полей, представленного З. А. Репиной, Т. В. Васильевой, А. Д. Ведерниковой и др. [36]. Так, на протяжении всего занятия соблюдается одна лексическая тема, вокруг которой выстраивается семантическое поле по принципу ответа на вопросы: кто, какой, что делает? Подбираются существительные, прилагательные, глаголы, синонимы и антонимы по теме, составляются грамматические конструкции, предложения и рассказы, что одновременно решает и грамматические задачи.

Важно отметить, что при работе над лексико-грамматическим строем велся контроль за правильным произношением, а занятия по правильному произношению включали в себя упражнения, направленные на развитие лексико-грамматического строя.

Таким образом, основными направлениями логопедической работы по коррекции нарушений звукопроизношения у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией с использованием здоровьесберегающих технологий в первую очередь являются коррекция нарушений звукопроизношения, фонематических процессов и моторики артикуляционного аппарата. Помимо этого, уделяется внимание коррекции общей, мелкой и мимической моторики, просодической стороны речи, а также лексико-грамматической стороны речи. Так как коррекционная работа проводится с детьми школьного возраста, то в структуру занятия также включены письменные упражнения.

3.3. Контрольный эксперимент и анализ его результатов

После завершения работы по коррекции нарушений звукопроизношения у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией с использованием здоровьесберегающих технологий был проведен контрольный эксперимент, который включал в себя повторное обследование состояния моторики артикуляционного аппарата и звукопроизношения у детей. Целью контрольного эксперимента являлось определение динамики проведенной коррекционной работы. Для проведения контрольного эксперимента была использована та же методика, что и при проведении констатирующего эксперимента.

В ходе повторного обследования моторики артикуляционного аппарата было выявлено, что у 40% детей удалось преодолеть нарушения двигательных функций челюсти, проявляющихся с недостаточности движений нижней челюсти вправо-влево. Нарушение двигательной функции губ,

проявляющееся в трудностях удержания позы «трубочка» и сильном напряжении, были устранены у 40% детей, на что в значительной степени повлияли приемы самомассажа в структуре занятия. У 40% детей удалось полностью преодолеть нарушения динамической организации губ, языка и нижней челюсти, что проявляется в отсутствии нарушений переключения между движениями. Еще у 20% детей не удалось полностью устранить данные нарушения, но при выполнении проб отмечались улучшения в виде правильного выполнения последовательности движений. Грубые нарушения двигательной функции языка не удалось устранить полностью ни у одного ребенка, но у всех детей отмечаются улучшения при удержании заданной позы, выполнении артикуляционных упражнений. Также у 40% детей отмечаются улучшения динамической организации языка: детям стало проще контролировать движения и переключения с одной позы на другую. Такие результаты обусловлены использованием артикуляционной гимнастики с биоэнергопластикой, что позволило усилить контроль за переключением и более четко определять положение органов артикуляции.

Сравнительные результаты обследования состояния моторики артикуляционного аппарата представлены на Рис. 2.

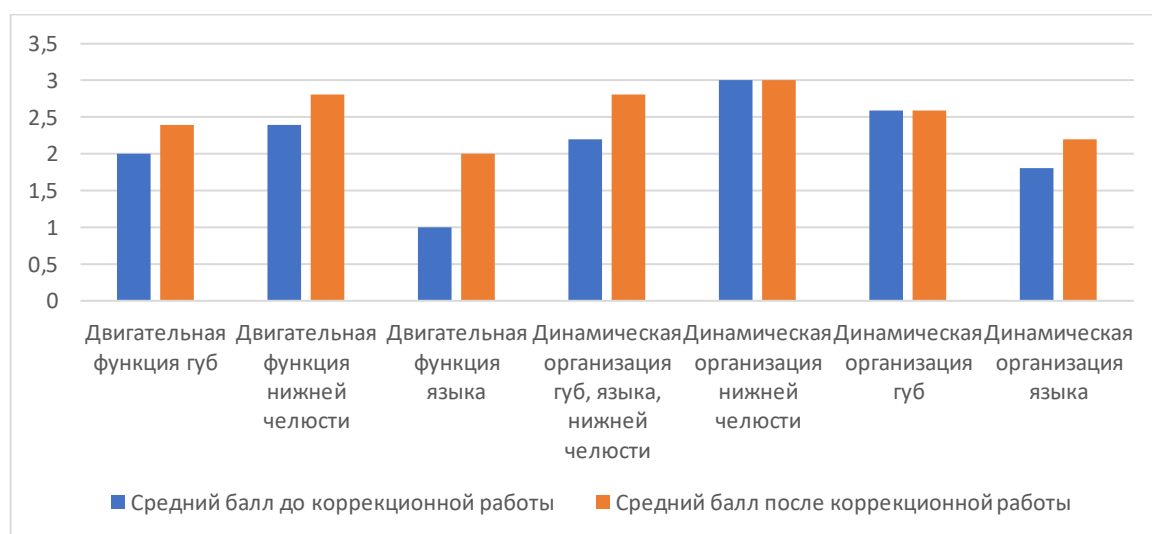


Рис. 2. Сравнительные результаты обследования состояния моторики артикуляционного аппарата у детей до и после эксперимента, в баллах

В ходе повторного обследования состояния звукопроизношения было

выявлено, что наиболее нарушенной группой звуков оказалась по-прежнему группа сонорных звуков. Тем не менее, процент детей с нарушением сонорных звуков снизился до 80%. У всех детей устранены нарушения свистящих и шипящих звуков. Для 80% детей на этапе повторного обследования характерно мономорфное нарушение звукопроизношения, у остальных 20% детей звукопроизношение в ходе коррекционной работы исправлено полностью.

Так, в ходе коррекционной работы у Ярослава звук [ц] был автоматизирован в обратных, прямых слогах, слогах со стечением согласных, словах и предложениях с этими словами и далее в связной речи. Была проведена работа по дифференциации звуков [т]-[с]-[ц], а также поставлен звук [л]. Работа с Ярославом в рамках обучающего эксперимента завершилась на этапе автоматизации звука [л] в обратных слогах.

У Юлии и Данила, занимавшихся в подгруппе, в ходе коррекционной работы были автоматизированы звуки [л] и [л'] в обратных, прямых слогах, слогах со стечениями согласных, в словах и предложениях с этими слогами, а далее и в связной речи. Также проводилась успешная работа по дифференциации звуков [л] и [л']. Далее оба ребенка посещали индивидуальные занятия, в рамках которых была осуществлена постановка звука [р]. Работа с Юлией в рамках обучающего эксперимента завершилась на этапе автоматизации звука [р] в прямых слогах, а работа с Данилом – на этапе постановки звука [р]. Этап постановки звука [р] у Данила занял более продолжительное время по сравнению с Юлией, что связано с более значительными трудностями при подъеме языка вверх.

В ходе коррекционной работы с Иваном был автоматизирован звук [ч] в предложениях, состоящих из слов со звуком [ч] в разных позициях (в том числе со стечениями), а также была проведена дифференциация звуков [ч]-[щ]. Работа с Иваном в рамках обучающего эксперимента завершилась на этапе закрепления звука [ч] в связной речи. По сравнению с другими детьми этап автоматизации звука у Ивана занял больше времени, что связано с

особенностями нервной системы: ребенок быстро утомлялся, требовалось больше времени на переход от одного задания к другому.

У Андрея в ходе коррекционной работы были полностью устранены дефекты звукопроизношения: автоматизированы звуки [p] и [p'], а также проведена работа по дифференциации этих звуков.

Сравнительные результаты обследования состояния звукопроизношения представлены на Рис. 3.

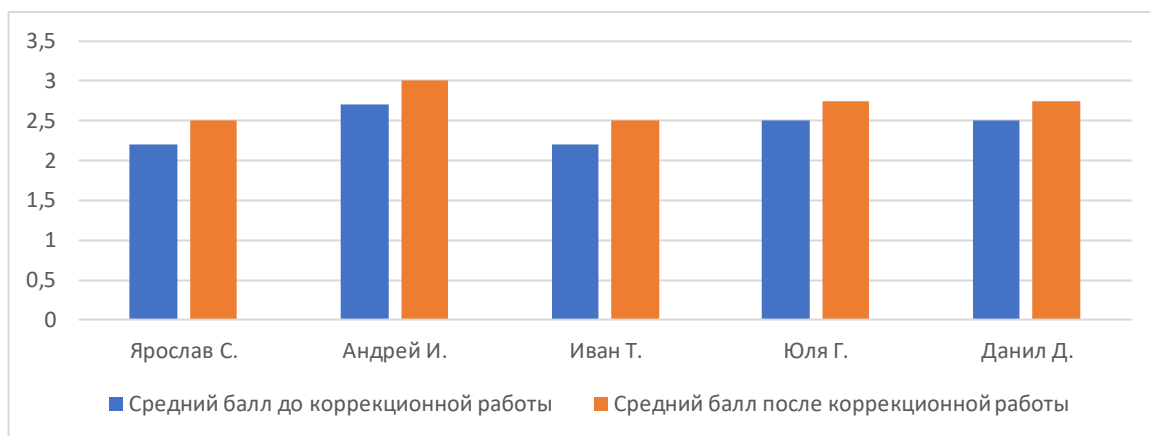


Рис. 3. Сравнительные результаты обследования состояния звукопроизношения у детей до и после эксперимента, в баллах

Таким образом, можно сделать вывод о том, что использование здоровьесберегающих технологий в коррекции нарушений звукопроизношения у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией является эффективным, так как по результатам контрольного эксперимента была выявлена положительная динамика. При применении здоровьесберегающих технологий в работе логопеда отмечаются значительные улучшения состояния артикуляционной моторики, что в высокой степени влияет на успешность коррекции нарушений звукопроизношения. Повторное обследование состояния звукопроизношения также показало положительную динамику у каждого из детей.

ВЫВОД ПО ТРЕТЬЕЙ ГЛАВЕ

Логопедическая работа по коррекции нарушений звукопроизношения у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией включает в себя

постановку, автоматизацию и дифференциацию нарушенных звуков. Использование здоровьесберегающих технологий в коррекции нарушений звукопроизношения у данной категории детей необходимо, так как оно положительно влияет на динамику и общее развитие ребенка, повышает показатели здоровья, а также позволяет повысить эффективность работы по коррекции нарушений звукопроизношения.

Основными направлениями логопедической работы по коррекции нарушений звукопроизношения у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией с использованием здоровьесберегающих технологий в первую очередь являются коррекция нарушений звукопроизношения, фонематических процессов и моторики артикуляционного аппарата. Помимо этого, учитывая структуру речевого дефекта, необходима работа по коррекции моторной сферы, просодической стороны речи, а также лексико-грамматической стороны речи. Школьный возраст детей предполагает включение в структуру занятия письменных упражнений.

По результатам контрольного эксперимента было определено, что использование здоровьесберегающих технологий является эффективным в коррекции нарушений звукопроизношения у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией. По результатам эксперимента отмечается положительная динамика состояния артикуляционной моторики, что напрямую влияет на качество звукопроизношения. Повторное обследование состояния звукопроизношения также показало положительную динамику.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе теоретического анализа литературы по проблеме исследования таких авторов, как Н. М. Борозинец, А. Н. Гвоздев, Р. И. Лалаева, А. А. Леонтьев, Л. В. Лопатина, Л. Г. Парамонова, Н. В. Серебрякова, М. Е. Хватцев, С. Н. Шаховская, были определены онтогенетические закономерности развития речи детей.

Теоретическое изучение проблемы позволило определить психолого-педагогическую характеристику младших школьников с псевдобульбарной дизартрией. Исследования Е. Ф. Архиповой, Л. И. Беяковой и Н. Н. Волосковой, С. С. Ляпидевского, Р. И. Мартыновой, Е. М. Мастюковой, О. Г. Приходько и др. позволили сделать вывод о том, что у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией можно выявить различную симптоматику, которая зависит от степени тяжести псевдобульбарной дизартрии. В ходе практического и теоретического исследования было определено, что у детей данной категории отмечаются нарушения произносительной стороны речи, нарушения артикуляционной, мелкой и общей моторики, нарушения мышечного тонуса. Наряду с недостатками произносительной стороны речи, у детей с псевдобульбарной дизартрией отмечается недостаточность других психических процессов: внимания, памяти, мышления, эмоционально-волевой сферы.

Нарушения звукопроизношения у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией могут встречаться в виде смешений, замен, пропусков или искажений звуков и проявляться в виде межзубного и/или бокового произношения согласных звуков. Самыми распространенными являются нарушения шипящих, свистящих и сонорных звуков.

Нами было выяснено, что для повышения эффективности логопедической работы по коррекции нарушений звукопроизношения у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией целесообразно использовать здоровьесберегающие технологии, которые помогают

мобилизовать ресурсы, необходимые для успешной коррекции речевых нарушений, и оказывают оздоровительный эффект на ослабленный организм детей изучаемой категории.

При проведении констатирующего эксперимента были изучены особенности речевых и неречевых процессов детей: состояние моторной сферы, артикуляционного аппарата, фонетический, фонематический, лексический, грамматический компонент речи, а также состояние чтения и письма. В ходе констатирующего эксперимента было выяснено, что у каждого из обследуемых детей отмечаются нарушения моторной сферы, а именно нарушения общей, мелкой и/или артикуляционной моторики, что свидетельствует о наличии у обследуемых детей псевдобульбарной дизартрии. Так как нарушения моторной сферы негрубые, степень псевдобульбарной дизартрии была оценена как легкая. Результаты обследования показали, что звукопроизношение нарушено у всех детей, что обусловлено трудностями артикуляции звуков, и в большинстве случаев носит мономорфный характер. У обследуемых детей имеются как антропофонические дефекты звукопроизношения, так и фонологические. Нарушения звукопроизношения были связаны с нарушениями моторики артикуляционного аппарата, а именно с нарушениями тонуса мышц языка и губ.

Помимо нарушений звукопроизношения, в ходе обследования у всех детей были выявлены нарушения фонематических процессов, лексической и грамматической стороны речи, что свидетельствует о наличии у каждого из детей общего недоразвития речи.

На основе анализа результатов логопедического обследования было сформулировано заключение на группу младших школьников: ОНР III уровня, легкая степень псевдобульбарной дизартрии. Также были определены основные направления коррекционной работы для каждого ребенка.

Логопедическая работа по коррекции нарушений звукопроизношения у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией включала в себя

развитие артикуляционной моторики, постановку, автоматизацию и дифференциацию нарушенных звуков. Приемы здоровьесберегающих технологий в коррекции нарушений звукопроизношения у данной категории детей применялись с целью повышения эффективности логопедической работы по коррекции нарушений звукопроизношения, а также для повышения показателей здоровья. Помимо коррекции нарушений звукопроизношения также велась работа по коррекции фонематических процессов и лексико-грамматического строя речи, уделялось время развитию общемоторных навыков.

Занятия с детьми экспериментальной группы проводились 2-3 раза в неделю в течение 4 недель. Всего с каждым ребенком было проведено по 10 занятий.

По результатам контрольного эксперимента была выявлена положительная динамика в коррекции нарушений артикуляционной моторики и звукопроизношения: отмечаются улучшения двигательной функции губ, языка и челюсти, что оказало положительный эффект на коррекцию нарушений звукопроизношения. Так, у одного ребенка звукопроизношение было исправлено полностью, у двух детей нарушение звукопроизношения из полиморфного перешло в мономорфное, еще у двух детей были устранены дефекты произношения звуков [л], [л']. Таким образом, можно сделать вывод, что использование здоровьесберегающих технологий является эффективным в коррекции нарушений звукопроизношения у младших школьников с псевдобульбарной дизартрией.

Таким образом цель и задачи нашего исследования достигнуты.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анищенкова Е. С. Пальчиковая гимнастика для развития речи дошкольников. М., 2007. 64 с.
2. Архипова Е. Ф. Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стертой дизартрии у детей. М., 2008. 254 с.
3. Архипова Е. Ф. Логопедический массаж при дизартрии. М., 2008. 128 с.
4. Белякова Л. И., Волоскова Н. Н. Логопедия. Дизартрия. М., 2006. 287 с.
5. Борозинец Н.М., Шеховцова Т.С. Логопедические технологии: Учебно-методическое пособие. Ставрополь, 2008. 224 с.
6. Буденная Т.В. Логопедическая гимнастика: методическое пособие. СПб., 2001. 64 с.
7. Бушлякова Р. Г. Артикуляционная гимнастика с биоэнергопластикой. М., 2011. 240 с.
8. Винарская Е. Н. Дизартрия. М., 2006. 141 с.
9. Волкова Л. С., Лалаева Р. И., Мастюкова Е. М. Предмет, цель и задачи логопедии. Связь логопедии с другими науками. Теоретические основы логопедии. Принципы и методы логопедии. Значение логопедии. Личность логопеда, актуальные проблемы современной логопедии. Понятийно-категориальный аппарат логопедии // Логопедия: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. М., 1998. 680 с.
10. Гвоздев А. Н. Вопросы изучения детской речи. СПб, 2007. 472 с.
11. Гриншпун Б. М. Дислалия. Этапы логопедического воздействия // Логопедия: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. М., 1998. 680 с.
12. Дьякова Е. А. Логопедический массаж: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – 2-е изд., испр. М., 2005. 96 с.

13. Ефименкова Л. Н. Коррекция ошибок, обусловленных несформированностью фонематического восприятия. Выпуск 1. М., 2005.
14. Иншакова О. Б. Альбом для логопеда. М., 2005. 279 с.
15. Калягин В. А. Логопсихология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / В. А. Калягин, Т. С. Овчинникова. М., 2006. 320 с.
16. Каракулова Е. В. Коррекционная фонологоритмика : учебно-методическое пособие / Е. В. Каракулова ; Урал. гос. пед. ун-т. Екатеринбург, 2018. 111 с.
17. Кольцова М. М. Ребенок учится говорить. М., 1973.
18. Комарова Л. А. Автоматизация звука Л в игровых упражнениях. Альбом дошкольника. М., 2008. 32 с.
19. Комарова Л. А. Автоматизация звука Р в игровых упражнениях. Альбом дошкольника. М., 2008. 32 с.
20. Лаврова Е.В. Логопедия: основы фонопедии: рек. УМО вузов РФ / Е. В. Лаврова. М., 2007. 144 с.
21. Лалаева Р. И., Парамонова Л. Г., Шаховская С. Н. Логопедия в таблицах и схемах. М., 2009. 216 с.
22. Лалаева Р. И., Серебрякова Н. В. Коррекция общего недоразвития речи у дошкольников (формирование лексики и грамматического строя). СПб., 1999. 160 с.
23. Левина Р. Е. Основы теории и практики логопедии. М., 1967. 367 с.
24. Левченко И. Ю., Приходько О. Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. М., 2001. 192 с.
25. Логопедия: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской. М., 1998. 680 с.
26. Лопатина Л. В., Серебрякова Н. В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников (коррекция стертой дизартрии) : учебное пособие. СПб, 2000. 192 с.
27. Лопатина Л. В., Серебрякова Н. В. Развитие фонетико-фонематической стороны речи у дошкольников со стертой формой дизартрии

// Хрестоматия по логопедии / Под ред. Л. С. Волковой и В. И. Селиверстова. М., 1997. Т. 1. 560 с.

28. Ляпидевский С. С. Расстройства речи у детей и подростков. М., 1969. 288 с.

29. Мартынова Р. И. Сравнительная характеристика детей, страдающих легкими формами дизартрий и функциональной дислалией // Хрестоматия по логопедии: Учебное пособие для студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений: В 2 тт. Т. 1. / Под ред. Л.С. Волковой и В. И. Селиверстова. М., 1997. С. 214–218.

30. Мартынова Р. И. Сравнительная характеристика детей, страдающих легкими формами дизартрий и функциональной дислалией // Логопатофизиология: учеб. пособие для студентов / под ред. Р.И. Лалаевой, С.Н. Шаховской. М., 2011.

31. Мастюкова Е. М. Дизартрия. Система коррекционно-педагогической работы // Логопедия: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. М., 1998. 680 с.

32. Мастюкова Е. М., Ипполитова М. В. Нарушение речи у детей с церебральным параличом: книга для логопеда. М., 1985.

33. Нищева Н. В. Веселая мимическая гимнастика. СПб., 2019. 32 с.

34. Новиков А. М. Педагогика: словарь системы основных понятий. М., 2013. 268 с.

35. Овчинникова Т. С. Анализ умственной работоспособности детей с речевыми нарушениями // Интегрированное обучение: проблемы и перспективы. СПб., 1996.

36. Поле речевых чудес : учебное пособие по коррекции общего недоразвития речи у детей с тяжелыми нарушениями речи / З. А. Репина, Т. В. Васильева, А. Д. Ведерникова [и др.]. Екатеринбург, 1997. 180 с.

37. Понятийно-терминологический словарь логопеда / под ред. В. И. Селиверстова. М., 1997. 400 с.

38. Правдина О. В. Логопедия. / Учеб. пособие для студентов

дефектолог. фак-тов пед. ин-тов. Изд. 2-е, доп. и перераб. М., 1973. 272 с.

39. Приходько О. Г. Дизартрия // Логопедия. Теория и практика / под ред. д.п.н. профессора Т. Б. Филичевой. М., 2020. 608 с.

40. Розенгарт-Пупко Г. Л. Формирование речи у детей раннего возраста. М., 1963. 94 с.

41. Сборник загадок : пособие для учителя / под ред. М. Т. Карпенко. М., 1988. 80 с.

42. Семенова К. А., Мастюкова Е. М., Смуглин М. Я. Дизартрии. Хрестоматия по логопедии / Под ред. Л. С. Волковой и В. И. Селиверстова. М., 1997. Т. 1. 560 с.

43. Соботович Е. Ф., Чернопольская А. Ф. Проявления стертых дизартрий и методы их диагностики. М., 1974.

44. Трубникова Н. М. Структура и содержание речевой карты. Екатеринбург, 1998. 51 с.

45. Туманова Т. В. Исправление произношения у детей. Дидактический материал. Учебно-методическое пособие для логопедов, воспитателей и родителей. / Под ред. проф. Т.Б. Филичевой. М., 1999. 96 с.

46. Туманова Т. В., Алмазова А. А., Сорокоумова С. Н. Механизмы речи. Закономерности и особенности развития речи ребенка в процессе онтогенеза // Логопедия. Теория и практика / под ред. д.п.н. профессора Т. Б. Филичевой. М., 2020. 608 с.

47. Устав Всемирной организации здравоохранения от 22 июля 1946 года.

48. Федосова О. Ю. Особенности звукопроизношения детей с легкой степенью дизартрии // Логопед в детском саду. №2. 2005, с. 4-12.

49. Филичева Т. Б., Чевелева Н. А., Чиркина Г. В. Нарушения речи у детей: пособие для воспитателей дошкольных учреждений. М., 1993. 232 с.

50. Хватцев М. Е. Логопедия. М., 1937.

51. Цейтлин С. Н. Язык и ребёнок. Лингвистика детской речи. М., 2000. 240 с.

52. Шанина Г. Е Упражнения специального кинезиологического комплекса для восстановления межполушарного взаимодействия у детей и подростков: Учебное пособие. М., 1999.

53. Школьник Ю. К. Логопедия : пособие по автоматизации свистящих, шипящих и сонорных звуков. М., 2006. 96 с.

54. Ястребова А. В., Лазаренко О. И. Комплекс занятий по формированию у детей 5 лет речемыслительной деятельности и культуры устной речи. М., 2001. 144 с.