

Министерство образования и науки Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Уральский государственный педагогический университет»  
Институт специального образования

Кафедра логопедии и клиники дизонтогенеза

**Формирование фонетико-фонематической стороны речи  
у дошкольников с псевдобульбарной дизартрией с использованием  
здоровьесберегающих технологий**

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

Квалификационная работа  
допущена к защите  
Зав. кафедрой логопедии и клиники  
дизонтогенеза  
Филатова Ирина Александровна

Исполнитель:  
Каирова Яна Валерьевна,  
обучающийся группы БЛ-41  
очного отделения

\_\_\_\_\_

дата

\_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

подпись

Руководитель:  
Каракулова Елена Викторовна,  
к.п.н., доцент кафедры  
логопедии и клиники  
дизонтогенеза

\_\_\_\_\_

подпись

Екатеринбург 2018

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	6
1.1. Закономерности становления и развития фонетико-фонематической стороны речи у детей в норме.....	6
1.2. Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с псевдобульбарной дизартрией.....	14
1.3. Характеристика фонетико-фонематической стороны речи у детей с псевдобульбарной дизартрией.....	19
1.4. Использование здоровьесберегающих технологий в логопедической работе с детьми, имеющими речевое недоразвитие.....	22
ГЛАВА 2. КОНСТАТИРУЮЩИЙ ЭКСПЕРИМЕНТ И ЕГО АНАЛИЗ.....	36
2.1. Организация и методология логопедического обследования.....	36
2.2. Анализ результатов констатирующего эксперимента.....	39
ГЛАВА 3. ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО ФОРМИРОВАНИЮ ФОНЕТИКО-ФОНЕМАТИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ У ДОШКОЛЬНИКОВ С ПСЕВДОБУЛЬБАРНОЙ ДИЗАРТРИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ.....	46
3.1. Теоретическое обоснование и принципы логопедической работы по формированию фонетико-фонематической стороны речи у детей с псевдобульбарной дизартрией.....	46
3.2. Содержание логопедической работы по формированию фонетико-фонематических компонентов речи у дошкольников с псевдобульбарной дизартрией с использованием здоровьесберегающих технологий.....	49
3.3. Контрольный эксперимент и его анализ.....	54
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	61
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	64

## ВВЕДЕНИЕ

Речь – это ведущее средство общения человека, при помощи которого он может выражать свои мысли, передавать опыт, согласовывать свои действия. Необходимой основой и орудием человеческого мышления является способность человека к речи. Такие сложные мыслительные операции, как анализ и синтез, сравнение и обобщение, формируются и развиваются по мере того, как ребенок овладевает речевыми навыками.

Многие исследователи (Г. А. Каше, В. К. Орфинская, Т. Б. Филичева, М. Ф. Фомичева, Р. И. Лалаева, Г. В. Чиркина, Н. Х. Швачкин и др.) указывают на то, что фонетические и фонематические процессы речи является важным показателем общей речевой культуры, соответствия речи нормам произношения.

В настоящее время отмечается тенденция к увеличению количества детей-дошкольников с псевдобульбарной дизартрией. Среди этой группы детей распространенным является нарушение фонетико-фонематической стороны речи. Исходя из этого, проблема исследования и коррекции фонетико-фонематических нарушений у детей дошкольного возраста с псевдобульбарной дизартрией является **актуальной** и занимает особое место в сфере медико-психолого-педагогической реабилитации, т.к. определяет необходимость создания специальных условий, которые будут направлены на эффективную коррекцию и компенсацию нарушенного речевого развития ребенка с учетом его индивидуальных особенностей и возможностей.

Решение проблемы псевдобульбарной дизартрии должно быть связано с применением в логопедической практике различных форм здоровьесберегающих технологий. Это обусловлено тем, что в настоящее время отмечается стойкая тенденция к значительному снижению показателей здоровья и темпов развития детей-дошкольников. Так снижение первоначального уровня здоровья дошкольников, начинающих подготовку к

обучению в школе, негативно сказывается на возможностях успешного получения образования.

Данная работа будет направлена на решение вопросов коррекции звукопроизношения, формирование фонематических процессов: слуха и восприятия у дошкольников с псевдобульбарной дизартрией с использованием здоровьесберегающих технологий.

Своевременное проведение логопедической работы, также направленной на повышение показателей здоровья, позволит устранить причины нарушений потенциальной успеваемости детей в школе, затруднения в отношениях с окружающими, снизить риск дезадаптации детей в новых социальных условиях.

**Объект** исследования – фонетико-фонематическая сторона речи у дошкольников с псевдобульбарной дизартрией; здоровьесберегающие технологии.

**Предмет** исследования – содержание работы по формированию фонетико-фонематической стороны речи у дошкольников с псевдобульбарной дизартрией с использованием здоровьесберегающих технологий.

**Цель** исследования – выявить эффективность использования здоровьесберегающих технологий в логопедической работе по формированию фонетико-фонематической стороны речи у дошкольников с псевдобульбарной дизартрией.

**Задачи** исследования:

1. Определить закономерности становления фонетико-фонематической стороны речи у детей с нормальным речевым развитием.
2. Дать клинико-психолого-педагогическую характеристику детей с псевдобульбарной дизартрией.
3. На основе изучения теоретических источников рассмотреть особенности нарушений фонетико-фонематической стороны речи у детей с псевдобульбарной дизартрией.

4. Изучить литературу по вопросу использования здоровьесберегающих технологий в логопедической работе с детьми.

5. Провести констатирующий эксперимент и проанализировать полученные результаты обследования детей с псевдобульбарной дизартрией.

6. Посетить индивидуальные и групповые занятия логопеда, с целью наблюдения за использованием здоровьесберегающих технологий в логопедической работе с детьми.

7. Провести работу по формированию фонетико-фонематической стороны речи у дошкольников с псевдобульбарной дизартрией с использованием здоровьесберегающих технологий.

8. Проанализировать результаты проведенной работы в ходе контрольного эксперимента.

9. Выявить динамику проведенной работы на основе сравнения результатов констатирующего и контрольного эксперимента.

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

1. Теоретический (анализ логопедической, психолого-педагогической и специальной литературы по проблеме исследования).

2. Эмпирический (проведение констатирующего, формирующего и контрольного педагогических экспериментов, наблюдение).

3. Количественный и качественный анализ полученных данных.

4. Сравнительный (сравнение результатов констатирующего и контрольного экспериментов).

**База** исследования: Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение – детский сад компенсирующего вида № 452; г. Екатеринбург, ул. Электриков, 18а.

Выпускная квалификационная работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы и приложения.

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

## **1.1. Закономерности становления и развития фонетико-фонематической стороны речи у детей в норме**

Фонетико-фонематическая сторона речи включает в себя две составляющие: фонетическую и фонематическую, где фонетическая часть – это акустические и артикуляционные особенности звуков (т.е. произношение звуков и голос); а фонематической частью является способность к различению звуков: различение фонем, сходных по звучанию и артикуляции, правильность звуковой структуры слова (соответствующее количество звуков и соответствующая их последовательность при построении слова); способность к определению места звука в слове, положения звуков по отношению друг к другу и их последовательности; выделению отдельных слов и определению порядка слов в предложении [3].

Фонематический слух – это способность человека различать и узнавать звуки родного языка. Фонематический слух является частью физиологического слуха и направлен на сопоставление услышанных звуков с их эталонами, которые, как утверждал Н. И. Жинкин, располагаются в «решетке фонем» [22].

Фонемы являются единицами звукового строя языка, тогда как слышимые и произносимые человеком конкретные звуки представляют собой явления индивидуальной речи. Индивидуальный вариант звучания фонем определяется не одним признаком, а совокупностью, включающей не только слышимые компоненты (характеристики шума, частоты, высоты), но и зрительный образ, а также двигательные ощущения, возникающие при произношении звуков. По мнению Н. И. Жинкина, к признакам звука

относятся также сами процессы кодирования, происходящие при переходе сигнала от периферической нервной системы к центральной [22].

Выяснено, что уже на ранних этапах речевого развития ребенок имеет способность улавливать некоторые различительные признаки фонем. Так, ребенок, не произносящий правильно звуки, может определить, правильно ли он произносится окружающими. Это и становится возможным благодаря наличию фонематических процессов [52].

Фонематическое восприятие – умственное действие по звуковому анализу, т.е. умение определить количество и последовательность, позицию звуков в слове. Правильное развитие фонематических процессов лежит в основе безошибочного усвоения в процессе школьного обучения навыков письма и чтения [52].

В процессе речевого развития ответные реакции на звук, выражающиеся во вздрагивании всем телом, миганием, изменением дыхания, пульса и т.д., присутствуют уже у новорожденного ребенка. Данные реакции относят к врожденным рефлексам [37].

К началу второго месяца жизни ребенка начинают появляться условные рефлексы на звук. Ребенок уже может определить направление звучания, способен осуществить поворот головы к источнику звука. Далее начинает развиваться локализация звука в пространстве (т.е. способность находить взглядом источник звука говорящего либо предмет, издаваемый звук) [50].

На стыке первого и второго месяцев в состоянии физиологического комфорта младенец начинает издавать короткие звуки [гы-ы], [кхы-ы]. Так, по исследованиям Е. К. Кавериной появляются кряхтение, улыбка и первые звуки [а], [ы] [50].

К началу 3 месяца появляются звуковые комплексы: «а-а-а», «а-га», «а-гу», «а-гы»; на 3 и 4 месяце – [аамм], [тль], [плъ]. Так возникает стадия гуления.

На четвертом месяце жизни дети способны произносить высокие певучие звуки схожие трели. Особенно следует отметить, что звуки теперь произносятся под контролем слуха. Произнесение звуков уже является самостоятельной деятельностью для ребенка [25].

Как отмечает Архипова Е. Ф., первые четыре-пять месяцев жизни ребенка – это период псевдоречевых звуков, не локализованных и неопределенных по артикуляционному образу. Артикуляция, близкая к речевой, случайна. Она появляется путем соединения с неречевыми шумами. А признаки уже локализованных звуков, включение языка, голосообразование и другие компоненты артикуляции, которые способствуют звуковому оформлению голосовых реакций, появляются в 4–5 месяцев жизни ребенка [5].

В течение пятого и шестого месяцев достаточно отчетливо произносятся звуко сочетания: «ма, па, ба, да, на». Далее на стадии самоподражания они складываются в комплексы. Здесь значимую роль играет развитие слуха.

Затем ребенок вступает в стадию лепета. По сравнению с гулением на данной стадии возникают определенные звуковые комплексы, особенно смычные с гласными. Позднее они приобретают выраженную точность и устойчивость. Вместе с этим появляются и согласные, большей частью взрывные, и их различные сочетания с гласными. На этой стадии ребенок начинает комбинировать и расчленять звуки речи. Так, по мнению В. И. Бельтюкова и А. Д. Салаховой, лепет отражает в своем развитии процессы созревания нервной системы [9].

К 5-6 месяцам младенец способен произносить согласные: п, б, т, д, н и др. Также появляются первые слоги: та, ба, ма. и т.п. Активно происходит развитие артикуляционного аппарата и слухового сосредоточения. Ребенок улавливает звуки, которые произносят взрослые, слышит себя и начинает произносить звуки и слоги повторяя, т.е. подражая самому себе [50].

Примечателен тот факт, что к 6 месяцам ребенок способен узнавать по звучанию собственное имя. Это также свидетельствует об адекватном реагировании ребенка на окружающий его мир, о восприятии им человеческой речи, что в дальнейшем оказывает положительное воздействие на формирование умения понимать речь окружающих, а также собственную речь. Произношение звуков речи младенца основано на процессе подражания и самоподражания. Подражание понимается своеобразной формой общения, является механизмом речевого развития [17].

Автоимитация, т.е. самоподражание, выступает подготовкой для подражания речи других окружающих (гетероимитация). Так, ребенок подражает тем звукам, которые он сам воспроизводит и артикуляцию которых отчетливо различает. На данном этапе активно работает зрительный анализатор, а далее доминирует функция слухового анализатора и звуки повторяются в основном по слуху. К 8-9 месяцу такое подражание становится любимым занятием для ребенка [17].

К десяти месяцам мотивационная сфера достигает более высокого уровня в своем развитии. Осуществляя эмоциональное взаимодействие с ребенком, взрослый ставит «эмоциональные метки» на окружающие ребенка предметы действительности, выделяя их голосом, эмоциями. Ребенок усваивает эти "эмоциональные метки" объектов вместе с их акустическими образами. Далее, ребенок воспроизводит первые слова, основываясь на уже освоенных ему лепетных цепочках, по форме все более приближающихся к звуковой форме слов родного языка. Так, постепенно появляются ритмические сочетания разных слогов с ударением на первый слог – «та-тэ», «пэ-бэ» и другие, не обозначаемые на письме звуки.

С девятого месяца жизни ребенка доступным становится полное понимание и выполнение поручений: «подай», «принеси», «покажи».

К концу первого года жизни ребенка появляются первые слова, наибольшую часть которых составляют слова из парных слогов: *баба, nana*,

*мама, ляля* и др. Ближе к полутора годам ребенок понимает в речи все относящееся к его повседневной жизни [5].

Наиболее типичными возрастными недостатками звукопроизношения у детей трехлетнего возраста являются следующие:

1) согласные смягчаются, реже наблюдается обратное явление (замена мягких фонем твердыми);

2) большинством детей не произносятся шипящие [ш], [ж], [ч], [щ] и заменяются чаще свистящими [с], [з];

3) отсутствует звук [р];

4) звук [л] чаще всего смягчается. Нередко [л] заменяется [і].

Для детей пятого года жизни характерно значительное уменьшение числа неправильно произносимых звуков. Поэтому, к началу шестилетнего возраста почти всеми детьми произносятся правильно сложные по артикуляции звуки (шипящие; сонорный [р]) [31].

М. Ф. Фомичева указывает, что при условии правильного речевого воспитания и при отсутствии органических дефектов дети к шести годам овладевают всеми звуками родного языка и правильно употребляют их в собственной речи. Также, уже сформированной оказывается способность к их дифференциации [47].

Существуют различные мнения авторов по проблеме формирования и развития фонетико-фонематической стороны речи в онтогенезе.

Так, Левиной Р. Е. отмечается, что возникновению собственной речи предшествует появление понимания. Так, дети способны к восприятию обращенных к ним слов намного раньше появления собственных. Пополняемый ими пассивный словарный запас дает начало к дальнейшему их использованию. Зачатки импрессивной речи, доступные детям уже до года, проявляются в умении показать названного близкого человека, некоторые знакомые ребенку предметы окружающего быта.

Со временем это умение развивается, увеличивается количество предметов, указываемых, а значит понимаемых ребенком. Впоследствии

ребенок уже начинает использовать их в самостоятельной речи, тем самым расширяя свой словарный запас. А благодаря тому, что слышимые слова произносятся взрослыми в различных ситуациях, ребенку становится доступно усвоение их разнообразных значений. В процессе общения с окружающими ребенок упражняется в выборе новых слов. Так, при удачном подборе слова применение его повторяется, а при неудачном – заменяется на более подходящее в данной ситуации слово. Значимым является тот факт, что на протяжении всего дошкольного периода у ребенка проявляется неугасающий интерес к речи, сопровождаемый активным накоплением словарного запаса [31].

Появление первых слов с осмысленным их значением и понимания речи на основе средств языка, которые связаны с определенными фонемами, говорит о том, что речевое развитие переходит на новый уровень – период фонем. Так начинается активное усвоение звукопроизношения [50].

В процессе речевого восприятия дети сталкиваются со разнообразным множеством звучаний в ее потоке, так как фонемы в потоке речи изменяются. Они слышат различные вариации звуков, образующие непрерывные акустические компоненты посредством слияния в последовательности слогов. Ребенку необходимо извлечь из этого потока фонему, при этом не брать во внимание различные варианты ее звучания и опознать ее путем сопоставления с другой схожей фонемой. [54].

На этапе развития речи у ребенка формируется фонематический слух. Фонематический слух, как уже было сказано, служит при осуществлении различения и узнавания фонем, которые составляют звуковую оболочку слова. К концу второго года жизни фонематический слух уже полностью сформирован, а фонема, которая вычленяется из речевого потока, приобретает смысловозначительную роль.

Гвоздевым А. Н., проводившим исследования детской речи, подчеркивается тот факт, что общий порядок усвоения звуков опирается на совместную слаженную работу двух сфер: слуховой и моторной. Благодаря

работе слуховой сферы, ребенок способен на слух различить различные фонематические элементы, что носит регулирующую функцию при выработке произношения. Но для появления этих фонем в собственную речь ребенка, кроме слуховых представлений, необходимы еще отработанные навыки артикуляции. Данные навыки отрабатываются позднее, и с их выработкой фонематические элементы беспрепятственно используются в самостоятельной речи ребенка [17].

К двухгодовалому возрасту, ребенок способен различать звуки речи, но в процессе речевого развития осваиваются не отдельные фонемы, а целые их группы, объединенные отличительными признаками. Данный процесс идет последовательно: от более глубоких противопоставлений групп фонем к все более тонким отличительным признакам. Это подтверждают труды многих авторов (А. Н. Гвоздева, Н. А. Швачкина, К. Л. Джоунс), где также говорится о первоначальной дифференциации детьми наиболее грубо противопоставленных звуков (признаки гласности-согласности); далее формируются оппозиционные согласные [54].

Изучением последовательности восприятия и образования согласных звуков занимались такие авторы, как А. Н. Гвоздев, Н. И. Жинкин. Было установлено, что сначала ребенок дифференцирует наличие и отсутствие согласного, после дифференцирует их по признаку сонорности и шумности. Впоследствии ребенку уже доступна способность к дифференциации по признаку твердости-мягкости, далее глухости-звонкости. И только в последнюю очередь ребенок способен дифференцировать свистящие и шипящие согласные. Это объясняется тем, что освоение артикуляции данных звуков является сложным для ребенка. [17].

К пятилетнему возрасту ребёнок должен дифференцировать все звуки речи [9].

Известным ученым Н. Х. Швачкиным выделены следующие этапы развития фонематического слуха [8]:

1. Дифференциация наиболее грубо противопоставленных звуков: гласных и согласных;

2. Различение гласных звуков.

Сначала противопоставляются [и]-[у], [э]-[о], [и]-[о], [э]-[у]; затем – высокочастотные гласные [у]-[о], низкочастотные звуки [и]-[э]. Необходимо заметить, что некоторыми авторами указывается на наибольшую трудность дифференциации произношения [у]-[о] и [и]-[э].

3. Формирование оппозиционных отношений в числе согласных:

– определение в слове наличия или отсутствия согласного как широко обобщённого звука;

– противопоставление по типу сонорности и шумности звуков, не различая согласные внутри этих групп;

– различение твердости-мягкости;

– дифференциация сонорных [м-н], [р-л] между собой;

– различение взрывных и фрикативных звуков;

– противопоставление звонких и глухих согласных;

Архипова Е. Ф. отмечает, что самыми труднодоступными для различения на слух согласными звуками являются группы шипящих и свистящих [5].

У ребенка к 5-ти годам начинает свое активное формирование процесс фонематического восприятия. Известно, что навыки фонематического анализа – это более сложный аналитический процесс; данный анализ рассматривается как процесс умственного действия. Фонематический анализ включает действия разного плана: простые (узнавание звука на фоне слова и вычленения звуков из слова), сложные (определение количества звуков в слове, их последовательность) [8].

Важно следует отметить тот факт, что в онтогенезе простые формы звукового анализа формируются у ребенка спонтанно в процессе развития

устной речи. Сложные формы звукового анализа доступны ребенку только в процессе специально направленного обучения [46].

Так, ребенку легко выделить гласный звук из начала слова. Как и гласные, щелевые звуки, как более длительные, выделяются легче, чем взрывные. Правильно выделяются взрывные звуки, если они расположены в конце слова. Ряд звуков, состоящий из 2-3 гласных поддается анализу эффективнее, чем ряд, состоящий из согласных и гласных звуков. Это объясняется тем, что каждый звук в ряду гласных произносится почти так же, как он произносился бы изолированно. К тому же, каждый звук в данном ряду рассматривается как слог, а потому произносится более длительно [46].

Из вышесказанного необходимо сделать вывод, что формирование фонетико-фонематической стороны речи в условиях нормального развития ребенка оканчивается к 5-6 годам. Правильное звукопроизношение, сформированность фонематических процессов являются необходимыми компонентами при овладении навыками чтения и письма. Дети с нарушениями фонетико-фонематической стороны речи имеют трудности в усвоении букв, медленно читают, допускают дисграфические ошибки [47].

## **1.2. Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с псевдобульбарной дизартрией**

В практике логопедии наиболее часто встречающейся формой дизартрии является псевдобульбарная форма [18]. Псевдобульбарная дизартрия является сложным речевым расстройством, характеристикой которого является сочетание множественных нарушений моторной реализации речи. [36].

С точки зрения неврологии псевдобульбарная дизартрия имеет осложненный патогенез, ввиду того, что наряду с центральными спастическими параличами артикуляторных мышц, как правило,

наблюдаются также нарушения мышечного тонуса по типу гипо-, гипертонуса и дистонии и др. [7].

Известно, что псевдобульбарная дизартрия наблюдается у детей без выраженных двигательных нарушений, испытавших на себе влияние различных неблагоприятных факторов пренатального, натального и раннего постнатального развития (например, токсикоз беременности, острые и хронические заболевания матери в пренатальный период, асфиксия, травмы в период родов, резус-конфликтные ситуации, острое инфицирование детей в самом раннем возрасте и т.д.). В данных случаях псевдобульбарная дизартрия имеет легкую степень [19].

При анализе анамнестических данных детей с симптомами псевдобульбарной дизартрии, как правило, отмечается повышенное двигательное беспокойство, плач без причин и без отрыва, стойкое нарушение сна, слабый негромкий крик, отказ от грудного вскармливания или вялый акт сосания, частые поперхивания и срыгивания, быстрая утомляемость, низкая работоспособность [19].

Показатели психомоторного развития детей могут быть как при норме развития, а могут и отставать (реже опережать). Дети обычно бывают соматически ослабленными, часто болеющими [19].

Наличие у ребёнка симптомов органического поражения ЦНС является основным критерием диагностики псевдобульбарной дизартрии. Эти симптомы проявляются в виде расстройства двигательной сферы: в состоянии общей моторики, произвольной пальчиковой, артикуляционной и мимической мускулатуры [7].

В состоянии общей моторной сферы у детей с псевдобульбарной дизартрией отмечается неловкость движений, замедленный темп, скованность, недостаточность дифференцировки. Появляются трудности при выполнении таких наиболее сложных движений, которые требуют от ребенка точного управления движениями, четкой работы различных групп мышц, правильной пространственной, а также временной организации движений.

Ярко выраженными являются и нарушения мелкой моторной сферы (произвольной пальчиковой моторики), которые особенно выражено проявляются в нарушениях точности выполнения, быстроты принятия, удержания и координации движений пальцев рук [47].

В артикуляционной моторике и моторике мимической мускулатуры чаще наблюдаются нарушения мышечного тонуса (спастическое либо паретическое состояние, дистонии). Все эти симптомы при псевдобульбарной дизартрии у детей, не имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата проявляются в негрубой форме [19].

Также особенности артикуляционной моторики у детей с псевдобульбарной дизартрией обусловлены нарушением функций двигательных нервов, участвующих в артикуляции [47].

Так, при поражении подъязычного нерва наблюдаются различные ограничения движений артикуляционного органа – языка: в сторону, вверх, вперед. Часть корня языка пассивна, спинка напряженная, отмечается слабость одной половины языка, координация движений нарушена, их амплитуда сокращена, движения быстро истощаемы, отмечается гиперсаливация [7].

При поражении языкоглоточного и блуждающего нервов наблюдается недостаточное мышечное сокращение мягкого неба, отклонение язычка в сторону с паретическим состоянием небной занавески с противоположной стороны. Нарушения дыхания проявляются в слабой подаче воздушной струи, укороченности выдоха, прерывистости и др. [7].

При асимметрии лицевых нервов носогубная складка сглажена, что влечёт за собой слабое надувание щеки изолированно. Губы разомкнуты. Также поражение нижней ветви тройничного нерва приводит к слабой иннервации нижней челюсти, рот в данном случае, остаётся приоткрытым [7].

При обследовании мимической мускулатуры детям с псевдобульбарной дизартрией трудно выполнять задания на поднятие бровей, зажмуривание глаз, подмигивание. Объем и качество движений мышц щек снижено.

Нарушения наблюдаются при обследовании символического праксиса. Все это указывает на поражение лицевого нерва [19].

Таким образом, все компоненты моторной сферы детей с псевдобульбарной дизартрией характеризуются быстрой истощаемостью, низким качеством, слабостью движений. Их точность, плавность нарушается, все движения выполняются с недостаточной мышечной силой, объем неполный [7].

Важно отметить, особенности развития психических функций данной категории детей: отмечены нарушения внимания, памяти, эмоционально-волевой сферы и замедленное формирование ряда высших корковых процессов: пространственного гнозиса, фонематического анализа, конструктивного праксиса, наблюдается быстрая истощаемость нервных процессов [36].

Дошкольники, имеющие псевдобульбарную дизартрию, отличаются повышенной степенью тревожности, наиболее выраженной у детей с меланхолическим и холерическим темпераментом. Наименее ярко проявляется тревожность у детей-сангвиников и детей-флегматиков [36].

Внимание детей с псевдобульбарной дизартрией характеризуется пониженным уровнем устойчивости и переключаемости. Это подтверждают такие авторы, как Р. Е. Левина, Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина, А. В. Ястребова). Они отмечают недостаточные устойчивость, объем внимания, ограниченные возможности его распределения [52].

Низкий уровень произвольного внимания выражаются в следующем:

1. Дети быстро истощаемы в процессе деятельности, её продуктивность низкая, темп быстро падает;
2. Дети испытывают трудности планирования своих действий, поиска способов и средств, решения различных задач;
3. Распределение внимания между речью и практическим действием оказывается трудной, порой невыполнимой задачей;

4. Контроль деятельности являются несформированным или значительно нарушенным [25].

Дети затрудняются при выполнении заданий, где требуется применение методов классификации, сукцессии (установление последовательности), определение причинно-следственных связей и ориентировки во времени, группировки предметов и фигур по форме, цвету, величине. Все это говорит о недостаточном уровне словесно-логического мышления. В выполнении такого вида заданий также отмечается быстрая отвлекаемость, истощаемость внимания, проявляется негативизм [25].

Значительные отклонения выявлены в состоянии речеслуховой и зрительной памяти. Отмечены трудности запоминания отдельных слов, логически-смыслового запоминания текста, что может обуславливаться и нарушениями фонематического слуха.

Среди особенностей эмоционально-волевой сферы детей с дизартрией отмечена их легкая возбудимость, неустойчивость настроения, что часто приводит к проблемам поведения. У отдельных детей случаются аффективные вспышки [43].

Со стороны коммуникативной сферы, как отмечает Т. Б. Филичева, дети с псевдобульбарной дизартрией малоактивны, редко являются инициаторами общения в группе сверстников, не обращаются за помощью взрослого, не сопровождают рассказом игровые ситуации. Все это говорит о недостаточной коммуникативной направленности речи детей-дизартриков [50].

Психолого-педагогическое обследование данной группы детей выявляет также нарушение у них познавательной деятельности, недостаточность гностических и практических действий, что проявляется в будущем случаями возникновения дисграфий и дислексий. Таким образом, отсюда могут обнаруживаться трудности обучения, слабая, стабильно-низкая успеваемость в школе и, как правило, низкая самооценка [43].

При этом для данной категории детей велик риск возникновения школьной дезадаптации. У некоторого числа детей начинают развиваться

вторичные нарушения психогенного характера. Это происходит в связи с собственной оценкой, реакцией на свою несостоятельность и многочисленные ситуации «хронического неуспеха». Важно понимать, что чем больше требований по отношению к ребёнку в семье и школе, тем меньше уровень его адекватного реагирования на возникающие трудности [29].

Как показывают исследования, ведущим в структуре дефекта при дизартрии является стойкое нарушение фонетической стороны речи, которое с трудом поддается коррекционному воздействию и отрицательно влияет на формирование других сторон речи. В связи с этим дети по структуре речевого дефекта дети с дизартрией могут быть разделены на 3 группы:

1 группа – дети, имеющее только фонетическое недоразвитие речи (ФНР);

2 группа - дети с нарушениями звукопроизношения и фонематических процессов, т.е. фонетико-фонематическим недоразвитием речи (ФФНР),

3 группа - дети с общим недоразвитием речи (ОНР) [32].

Таким образом, у детей с псевдобульбарной дизартрией имеются разнообразные клинико-психолого-педагогические особенности, которые накладывают отпечаток на развитие ребенка в целом. Поэтому мы должны учитывать эти особенности при построении коррекционно-развивающей работы, а также при проведении диагностики, что позволяет нам наиболее эффективно провести работу по формированию фонетико-фонематической стороны речи [36].

### **1.3. Характеристика фонетико-фонематической стороны речи у детей с псевдобульбарной дизартрией**

Многими авторами (Е. Г. Корицкой, В. С. Минашиной, Е. Ф. Собонович и др.) отмечается, что в основе некоторых

звукопроизносительных расстройств лежат отклонения слухового восприятия. Но отклонения фонематического восприятия могут носить и вторичный характер. Как указывает Левина Р. Е., «такое явление наблюдается при нарушении речевых кинестезии, имеющих место при морфологических и двигательных поражениях органов речи» [32].

Артикуляционные трудности вызывают негативное воздействие на слуховое восприятие всей звуковой системы. Это также свидетельствует о том, что у детей с псевдобульбарной дизартрией имеется недоразвитие фонематических процессов. Смазанность речи не дает предпосылок для формирования четкого слухового восприятия и контроля. Так, неразличение собственных недостатков произношения и произношения окружающих затрудняет процесс «починки» собственной артикуляции с целью достижения необходимого акустического эффекта [36].

Особенности восприятия речи у детей с псевдобульбарной дизартрией до настоящего времени изучены недостаточно. Известно, что при овладении произносительной стороной речи сенсорный и моторный компоненты речи образуют единую функциональную систему, в которой акустические и двигательные образы связаны между собой. Так при нарушении функции речедвигательного анализатора между сенсорным и моторным компонентами образуются сложные отношения, которые резко отличаются от существующих в норме [36].

У детей с псевдобульбарной дизартрией наличие нечетких артикуляционных образов приводит к стиранию границ между акустическими различительными признаками звуков, что создает помеху для их дифференциации. Речедвигательный анализатор в данном случае играет тормозящую роль в процессе восприятия устной речи, обуславливая вторичные нарушения в слуховой дифференциации звуков. В свою очередь, отсутствие четкого слухового восприятия и контроля способствует стойкому сохранению дефектов произношения (особенно антропофонических дефектов по типу искажений) [32].

В исследовании И. Б. Карелиной «Логопедическая работа с детьми с минимальными дизартрическими расстройствами» отмечается, что общим характерным признаком для этой категории детей является сложное (полиморфное) нарушение звукопроизношения, т.е. нарушаются две или несколько групп звуков [26].

Наиболее трудными по артикуляции звуками для детей с псевдобульбарной дизартрией являются группы твердых свистящих и шипящих. Для свистящих характерен межзубный сигматизм, реже наблюдается губно-зубное и призубное произношение [26].

Среди аффрикат наиболее часто страдает произношение [ц], реже [ч]. Звук [ц] обычно заменяется на мягкий вариант [с] или искаженный [с]; [ч] – на мягкий [т'] или искажается, [щ] – на искаженный [ч] или [ш], реже на мягкий [с'] [26].

Нарушения сонорных звуков в основном выражаются в искажении звука [л] по типу губно-губного, губно-зубного и межзубного ламбдацизма. Мягкая пара заменяется на [j]. Часто [л], а также [р] могут отсутствовать. Среди недостатков произношения [р] самым распространенным антропофоническим дефектом является велярное произношение. Звук [р'] чаще заменяется на [j] [26].

Заднеязычные звуки [г], [к], [х] и их мягкие пары имеют нарушения по типу паракапацизмов (заменяются на переднеязычные [т], [д] и [с]) или отсутствуют.

Для рассматриваемой категории детей характерными являются дефекты смягчения всех согласных. [26].

Необходимо уточнить, что нарушения звукопроизношения у детей с псевдобульбарной дизартрией может зависеть от расположения звука в слове. Так, наибольшие трудности вызывают позиции звука в середине слова и в безударном слоге. Сложными по артикуляции также оказываются слова со стечением согласных. В данном случае один согласный звук выпадает [26].

Л. В. Лопатина отмечает, что у детей с подобными дефектами звукопроизношения могут быть трудности в овладении чтением и письмом. В этом случае одной работы по коррекции звукопроизношения недостаточно, и, чтобы предупредить возможные в дальнейшем трудности в обучении, даже обследуя дошкольников, необходимо выявлять у них уровень развития фонематических процессов. Только на основе тщательно проведенного обследования, полученных данных можно строить коррекционную работу [36].

Исходя из вышеизложенного, следует отметить, что решение проблемы формирования фонетико-фонематической стороны речи у детей с псевдобульбарной дизартрией имеет существенное значение в процессе разработки методов коррекционно-логопедического воздействия [50].

#### **1.4. Использование здоровьесберегающих технологий в логопедической работе с детьми, имеющими речевое недоразвитие**

В соответствии с Конституцией Всемирной организации здравоохранения состояние здоровья рассматривается не только как отсутствие болезней или физических дефектов, но и как состояние оптимального функционирования организма, полного физического, психического и социального благополучия человека [45].

В настоящее время отмечается устойчивая тенденция к существенному снижению показателей здоровья и темпов развития детей дошкольного возраста. Так, по предоставленным данным НИИ педиатрии, 20% дошкольников возраста 6-7 лет не готовы к обучению в школе. Из этого следует, что снижение первоначального уровня здоровья дошкольников, начинающих подготовку к обучению в школе, оказывает негативное влияние на возможности успешного получения образования [38].

Известным отечественным педагогом В. А. Сухомлинским было высказано утверждение о том, что забота о состоянии здоровья детей является важнейшим трудом воспитателя, поэтому во главе воспитательных педагогических мероприятий должна стоять забота об укреплении здоровья ребенка [12]

Из вышеуказанного следует, что здоровьесбережение определяется как специально организованное, преобразуемое во времени и в рамках определённой образовательной системы взаимодействие детей и педагогов, имеющее своей целью сбережение и обогащение состояния здоровья в процессе образования, воспитания и обучения [23].

В педагогике под термином «технология» понимается совокупность тех средств и методов обучения и воспитания, которые будут успешно способствовать реализации поставленных образовательных целей. Так, для здоровьесберегающих технологий данные цели будут направлены главным образом на здоровьесбережение [11].

В последние годы применение в логопедической практике различных форм здоровьесберегающих технологий является эффективным средством коррекционной работы с детьми, имеющими нарушения речи, в том числе и дошкольниками с псевдобульбарной дизартрией. Данные методы в комплексе с работой по коррекции речи помогают достичь успехов в устранении не только речевых трудностей, но и в общем оздоровлении детей дошкольного возраста.

В практике работы с детьми применяются различные здоровьесберегающие технологии:

1. Важным компонентом в оздоровлении детей с речевыми нарушениями является *дыхательная гимнастика*:

Целью данного вида работы является закрепление навыков нижне-диафрагмального дыхания как наиболее правильного типа дыхания; развитие силы, плавности, продолжительности выдоха. Также, помимо оздоровительного значения, работа над дыханием необходима при коррекции

звукопроизношения. В сочетании с фонацией происходит синтез голоса и дыхания.

Все дыхательные упражнения равномерно распределяются в течение всего занятия и проводятся в хорошо проветриваемом помещении. Их можно также использовать в качестве физкультминуток. Для дошкольников целесообразно проводить дыхательную гимнастику посредством игровых приемов (упражнения «Футбол», «Фокусы», «Листопад», «Шторм в стакане» и т.д.).

В процессе такой работы увеличивается объём, сила и глубина дыхания, координируются и ритмизируются дыхательные движения, и в целом улучшаются функции деятельности всех систем организма.

*Рекомендации по выполнению дыхательных упражнений:*

- сначала осуществляется сброс дыхания;
- воздух необходимо набирать через носовую полость, плечи подниматься не должны;
- выдох должен быть продолжительным и плавным;
- необходимо следить за положением щек: они должны быть втянуты (на ранних этапах их можно прижимать ладонями);
- упражнения можно выполнять в разных позициях: в положении стоя, сидя, лежа;
- многократное выполнение дыхательных упражнений может привести к головокружению, тошноте. Именно поэтому данные упражнения дозируются по всему занятию [30].

2. Одной из форм оздоровительной работы является *артикуляционная гимнастика*:

Данный вид работы проводится сначала по широкой программе: выполняются упражнения для всех подвижных частей артикуляционного аппарата вне зависимости от корригируемого звука, темы занятия, но исходя из выявленных потребностей ребёнка. Затем проводится специальная

артикуляционная гимнастика в соответствии с изучаемым звуком на данном занятии.

Для детей с псевдобульбарной дизартрией широко используются сохранные рефлекторные движения. Так, например, для перемещения языка вперед, ребенка просят выполнить облизывание ложки, при этом фиксируя внимание ребёнка на положении своего языка.

Важно отметить, что артикуляционная гимнастика подбирается с учётом данных обследования моторных функций. В начале проводится пассивная гимнастика с постепенным переходом в пассивно-активную. Целью пассивной гимнастики является включение в артикуляцию новых групп мышц, ранее не задействованных, либо увеличение интенсивности работы мышц, ранее включенных. Пассивная гимнастика заключается в выполнении движения только при помощи механического воздействия (зонда, шпателя и т.п).. Затем ребенку предлагается воспроизвести то же движение несколько раз без механической помощи, т. е. пассивное движение переводится в пассивно-активное, после – в активное, осуществляемое по словесной инструкции, под счет.

Каждое артикуляционное движение выполняется многократно с длительным удержанием позы. Логопеду при проведении артикуляционной гимнастики необходимо развивать произвольность, дифференцированность и контроль за выполнением артикуляционных движений [40].

3. Значительное развивающее, оздоравливающее воздействие оказывает работа по тренировке *тонкой моторики пальцев* рук.

Взаимосвязь речевого развития речи и формирования мелкой моторики доказана многими учеными.

Так, М. М. Кольцовой экспериментально было доказано, что при регулярном выполнении упражнений, направленных на развитие мелкомоторной сферы, речь не просто ускоряет свое развитие, но и оказывается более совершенно сформированной [28]. Л. В. Фомина при многолетнем обследовании детей, посещающих различные детские

учреждения, также обнаружила, что уровень речевого развития всегда находится в прямой зависимости от уровня развития тонких движений пальцев рук [21].

Работы отечественного физиолога В. М. Бехтерева показывают оздоравливающее влияние манипуляции рук на функционирование высшей нервной деятельности. Даже простые движения пальцев рук снимают не только физическое напряжение мелкой моторики, но и умственное напряжение во время длительной работы с ребенком [10].

Таким образом, связь развития мелкомоторной сферы и речи научно доказана, поэтому одним из этапов логопедической работы, направленной на комплексное здоровьесбережение детей, является выполнение пальчиковых упражнений [21].

Все упражнения выполняются в медленном темпе в течение нескольких минут, от 3 до 5 раз попеременно, затем — двумя руками вместе, проводится два-три раза в день. Логопеду необходимо следить за правильной постановкой кисти руки и точностью переключения с одного движения на другое. Словесные инструкции к выполнению упражнений предъявляются спокойным, ровным тоном голоса. В работе с дошкольниками целесообразно применяются наглядные материалы с изображением пальчиковых поз.

Каждое занятие имеет свою лексическую тему. Широко используются наглядно-методические пособия, разработанные Е. С. Анищенковой, Т. А. Ткаченко, Л. П. Савиной и др. [21].

4. Значимую роль в здоровьесбережении детей представляет собой *логопедический массаж*.

Задачами логопедического массажа являются:

- нормализация мышечного тонуса артикуляционного аппарата;
- активизация тех групп мышц, в которых была недостаточная сократительная способность;
- стимуляция кинестетических ощущений от органов артикуляции;

- формирование условий к развитию произносительных координированных движений органов артикуляции;

- афферентация в речевые зоны коры головного мозга.

В пособии Е. Ф. Архиповой «Логопедический массаж при дизартрии» представлены три комплекса дифференцированного логопедического массажа: при ригидном синдроме (повышенном тоне), при спастико-атактико-гиперкинетическом синдроме (проявление гиперкинезов, дистонии, атаксии), при паретическом синдроме (низком мышечном тоне).

Основными массажными движениями являются:

- поглаживание (осуществляется вдоль направления мышечных волокон);

- растирание (выполняется с фиксацией пальцев, активизируются жировые ткани);

- вибрация (производятся вибрационные движения пальцами рук);

- пощипывание (осуществляется захват мышечных волокон);

- постукивание (легкие постукивания пальцами).

Логопедический массаж проводится циклично (15-20 сеансов в зависимости от показаний) длительностью от 3 до 20 минут (в зависимости от возраста и тяжести нарушений) [4].

5. В логопедической практике активно используются приемы *самомассажа*, дополняющие воздействие основного логопедического массажа, которые выполняются самим ребенком. Главным преимуществом самомассажа над массажем, осуществляемым логопедом, является возможность его проведения не только на индивидуальных занятиях, но и фронтальных, с группой детей одновременно.

Цели самомассажа:

- стимуляция кинестетических ощущений мышц, участвующих в работе артикуляционного аппарата;

- нормализация тонуса данных мышц.

Логопедический самомассаж используется многократно посредством включения его в режимные моменты в условиях дошкольного учреждения (например, после утренней гимнастики, дневного сна).

Длительность одного сеанса самомассажа для дошкольников составляет 5-10 минут по 4-6 раз повторений.

Перед работой ребенок должен быть тщательно умыт, принять спокойную, расслабленную позу в положении сидя или лежа. Они могут сидеть на стульчиках или находиться в положении лежа.

При обучении приемам самомассажа логопед детально показывает каждый отрабатываемый прием на себе с обязательными словесными инструкциями. Вначале дети выполняют движения посредством зрительного контроля с помощью зеркала, а затем и без него. Далее, при успешном освоении движений самомассажа, в работу включается слуховой контроль: дети выполняют движения под счет в медленном темпе, под спокойную музыку или стихотворный текст. Благодаря данной работе у ребенка совершенствуется темпо-ритмическая сторона речи.

Логопедический самомассаж проводится в форме игр последовательно от выполнения массажа головы, мимических мышц лица к самомассажу губ и языка. Все упражнения должны быть комфортными для ребенка, проводиться в рациональной для детей дошкольного возраста, игровой форме [20].

6. Следующей эффективной технологией в работе, направленной на здоровьесбережение и оказывающая неоценимую помощь детям с дизартрией, является *биоэнергопластика*, которая заключается в содружественных движениях кистей рук и органов артикуляционного аппарата [14]

Такие исследователи как А. В. Ястребова. и О. И. Лазаренко утверждают, что движения общемоторной сферы, совместная работа мелкой и артикуляционной моторики движения руки и аппарата участвуют в активизации естественного распределения биоэнергии в организме. Это, в

свою очередь, положительно влияет на интеллектуальную деятельность детей с нарушениями речи, выполнение действий по анализу и синтезу, операций сравнения и обобщения [55].

Вначале необходимо провести обследование подвижности артикуляционного аппарата. После, подбираются упражнения с учётом корригируемых звуков. Все упражнения выполняются с сопровождающими движениями руки логопеда. На начальном этапе рука ребёнка не участвует в выполнении упражнений. Постепенно ребенок в процессе выполнения простых артикуляционных упражнений вовлекает действия ведущей руки (например, упражнение «Птенчики») сначала в медленном, затем ускоренном темпе.

Далее движения кисти добавляются ко всем классическим артикуляционным упражнениям. Динамические упражнения способствуют нормализации мышечного тонуса, переключаемости, точности и ритмичности движений. Статические упражнения усиливают работу мышечной силы, а также кинестетические ощущения от органов артикуляционного аппарата.

Данная работа проводится в течение двух месяцев, после чего к артикуляционным упражнениям подключается другая рука ребёнка и они выполняются с одновременными движениями обеих рук. С целью развития темпо-ритмической стороны речи используется счет, музыкальное сопровождение, небольшие стихотворения [14].

Перспективность использования биоэнергопластики в логопедической работе также обуславливается и благотворным влиянием на развитие координации, произвольности поведения, внимания, памяти и других психических процессов, участвующих в процессе учебной деятельности [55].

7. Элементы биоэнергопластики также находят свое отражение в *кинезиологии* – науке о развитии познавательных способностей и физического здоровья через осуществление двигательных упражнений.

Дошкольный и младший школьный возраст являются самыми благоприятным периодом для развития интеллекта, т.к. кора больших полушарий окончательно не сформирована. Здесь большую роль играет выполнение кинезиологических упражнений, благодаря которым проходят положительные структурные изменения.

Выделяют три блока упражнений:

1. Упражнения, повышающие тонус коры головного мозга (дыхательные упражнения, массаж биологически-активных точек).

2. Упражнения, направленные на улучшение процессов приёма и переработки информации (различные движения перекрёстно-латерального характера).

Цель: восстановление нарушенных межполушарных связей и функциональной асимметрии мозга.

3. Упражнения, повышающие контроль и регуляцию деятельности (движения и позы перекрёстного характера) [42].

Цель: восстановление связей различных отделов головного мозга, снятие эмоционального напряжения.

Занятия данного вида работы могут проходить как в индивидуальной, так и во фронтальной форме. Они проводятся в максимально положительной, доброжелательной и комфортной обстановке, желательно с сопровождением музыки. Постепенно задания могут усложняться, их объем может увеличиваться, ускоряется темп выполнения.

Также возможно использование данных упражнений в процессе учебной деятельности. В ситуации, когда дошкольникам надлежит интенсивная умственная нагрузка, кинезиологические упражнения выполняются перед началом работы.

Многие упражнения направлены на развитие одновременно физических и психофизиологических качеств, на сохранение здоровья детей, и профилактику отклонений в развитии.

Длительность занятий составляет от 10-15 до 20-35 минут в день. Проводятся ежедневно [42].

*Примерный комплекс кинезиологических упражнений, применяемый для дошкольников на логопедических занятиях:*

1) «Колено – локоть»: поднимание и сгибание левой ноги, касание правого локтя наоборот. Повторение 8–10 раз. Положение спины должно быть ровным.

2) «Колечко»: поочередное соединение большого пальца с остальными сначала поочередно, затем одновременно. Темп выполнения: быстрый.

3) «Кулак-ребро-ладонь»: выполнение данных положений на плоскости стола поочередно, затем одновременно по 6-8 раз. Выполняется под счет логопеда.

4) «Лезгинка»: поочередное выполнение положений «кулак развернут пальцами к себе, большой палец левой руки отстранен», «правая прямая ладонь в горизонтальном положении прикасается к мизинцу левой». Повторяется 4-6 раз. Темп: средний, нарастающий [42].

5) «Змейка»: руки скрещены, пальцы сцеплены в замок, руки вывернуты к себе. Логопед указывает на палец, не касаясь его, а ребенок должен поднять указанный палец. Все пальцы должны быть задействованы (указаны логопедом).

Таким образом, применение кинезиологической технологии способствует развитию пространственных представлений, улучшает внимание посредством произвольного контроля выполняемых инструкций, непосредственно развивает общую и мелкую сферы, снижает утомляемость, повышает активность, работоспособность ребенка [42].

8. Исследования корейского ученого Пак Чже Ву показали взаимовлияние отдельных телесных зон по принципу подобия. Так, высокоэффективным методом в работе по оздоровлению детей является *Су-Джок терапия*, основанная на воздействии точек, расположенных на кисти, которые соответствуют определенным органам и системам.

На коррекционных занятиях это достигается путем различных приспособлений: шариков, массажных мячей, грецких орехов, колючих мячей, валиков. При помощи колючих мячей, внутри которых расположены металлические кольца, дети выполняют самомассаж пальцев и ладоней, что благотворно влияет на мелкую моторику [24].

Задачи:

- стимуляция речевых зон коры головного мозга;
- нормализация мышечного тонуса;
- снижение двигательной и эмоциональной расторможенности;
- совершенствование навыков пространственной ориентации.

Этапами проведения данной терапии являются:

1. Ознакомление с правилами использования приспособлений Су-Джок.
2. Проведение упражнений и игр со специальными приспособлениями с целью закрепления полученных знаний.
3. Самостоятельное использование детьми и родителями приемов Су-Джок-терапии в соответствии с необходимыми потребностями ребенка.

Данная форма работы проводится как на индивидуальных, так и на подгрупповых или групповых занятиях [24].

Методы и приемы Су-Джок терапии:

- 1) Массаж шариком-«ежиком», соответствующий массажу мышц рук.
- 2) Массаж эластичным кольцом пальцев рук, подобный стимуляции работы внутренних органов.
- 3) Массаж ногтевых пластин кистей рук, соответствующий воздействию на головной мозг (массирование большого пальца) и на весь организм в целом (массирование других пальцев рук).
- 4) Массаж стоп, также соответствующий воздействию на весь организм посредством использования массажных, ребристых ковриков, дорожек.

Таким образом, результатами применения Су-Джок терапии являются:

- благоприятное оздоравливающее воздействие на весь организм;
- стимуляция речевых зон коры головного мозга;
- развитие двигательной координации, особенно мелкой моторной сферы;
- развитие произвольного внимания, память посредством выполнения словесных инструкций [1].

Су-Джок терапия способствует самооздоровлению путем воздействия на активные точки специальными приспособлениями, использование которых повышает физическую и умственную работоспособность детей, улучшает процесс логопедической коррекции [1].

Для осуществления коррекционно-образовательных и оздоровительных задач также широко используется *логопедическая ритмика*. Логоритмика является одной из составных частей коррекции речевых нарушений у детей дошкольного возраста. Осуществление движений одновременно с речью и музыкой требует достаточной собранности, сосредоточенности внимания, памяти, активизации мыслительной деятельности.

Оздоровительными задачами логоритмики являются:

- укрепление костно-мышечного аппарата;
- развитие дыхания, моторных, сенсорных функций,
- развитие координации движений;
- формирование правильной осанки, походки [15].

В логопедической практике удобно использование упражнений по методике Е. А. Алябьевой, не требующих музыкального сопровождения. Эти упражнения выполняются посредством использования стихотворного материала, который должен иметь определенный динамический размер, среднюю длину строки, насыщенную глагольную лексику, необходимую для демонстрации движений.

Данную работу можно использовать в различных видах деятельности: прогулках на природе, бытовой деятельности, в качестве физкультминутки [2].

### **Вывод по первой главе**

Анализ литературы показал, что фонетико-фонематическая сторона речи включает фонетическую и фонематическую части. Фонетическая составляющая – это акустические и артикуляционные особенности звуков (т.е. звукопроизношение и голос). Фонематическая составляющая – способность человека различать звуки речи, определять место звука в слове, их положение по отношению друг к другу, их последовательности в слове; способность к выделению отдельных слов во фразе, к определению места расположения слов по отношению друг к другу.

Существуют различные взгляды исследователей на развитие фонетико-фонематической стороны речи в онтогенезе, но все они отмечают, что этот процесс в норме завершается к 5-6 годам.

У детей с псевдобульбарной дизартрией фонетико-фонематические нарушения являются наиболее распространенными, ведущими в структуре речевого дефекта. Так как нарушения, возникающие при артикулировании звуков, не позволяют формироваться точности и правильности кинестетических ощущений. Это, в свою очередь влечет за собой недоразвитие фонематического слуха, которое, так же, тормозит процесс формирования правильного произношения звуков у дошкольников с псевдобульбарной дизартрией. Тесная взаимозависимость этих процессов становится причиной стойких нарушений звукопроизношения у дошкольников с псевдобульбарной дизартрией.

Самыми распространенными у данной категории детей оказываются нарушения произношения свистящих звуков. Далее следуют нарушения произношения шипящих звуков и нарушения произношения сонорных [р] и [л].

Наряду с недостаточностью звукопроизводительной и звукообразовательной сторон речи у детей с дизартрией отмечено нарушения внимания, памяти, эмоционально-волевой сферы и замедленное формирование ряда высших корковых процессов, что накладывает отпечаток на развитие ребенка в целом. Эти особенности также учитываются при построении системы коррекционной работы, что позволяет достигнуть наибольшей эффективности в формировании фонетико-фонематической стороны речи.

Теоретический обзор также показал успешное использование здоровьесберегающих технологий в логопедической работе, позволяющий повысить уровень физического и психического здоровья ребёнка, имеющего нарушения речи, что необходимо в вопросе решения проблем оздоровления детей дошкольного возраста.

## ГЛАВА 2. КОНСТАТИРУЮЩИЙ ЭКСПЕРИМЕНТ И ЕГО АНАЛИЗ

### 2.1. Организация и методология логопедического обследования

После теоретического обзора литературы по проблеме формирования фонетико-фонематической стороны речи у детей с псевдобульбарной дизартрией, было проведено экспериментальное исследование.

Место проведения эксперимента: Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение – детский сад компенсирующего вида № 452; г. Екатеринбург, ул. Электриков, 18а.

Сроки проведения эксперимента: сентябрь – ноябрь 2017 г.

В исследовании принимало участие 10 воспитанников, посещающих старшую группу детского сада, в возрасте от 6 до 7 лет.

Количество человек: 10 воспитанников (6 мальчиков и 4 девочки).

Структура речевого дефекта у детей: 7 детей с ОНР III уровня, 3 ребенка с ОНР IV уровня.

*Общая краткая характеристика детей:*

В процессе обследования отмечалось, что все дети имеют сниженную концентрацию и устойчивость внимания. Объем внимания также оказался слабо сформирован.

У детей часто возникали трудности при запоминании инструкций, материала, так как объем памяти был снижен.

Работоспособность в течение проведения обследования нередко ухудшалась. При этом сложность составляло выполнение тех заданий, которые требовали последовательности действий. Навыки самообслуживания детей соответствовали возрастному уровню.

На контакт дети вступили легко, были заинтересованы в выполнении заданий, входящих в обследование. Но часто отмечалось, что поведение

обследуемых нестабильно, что проявлялось в нарушениях дисциплины на занятии.

Также для обследуемых детей была характерна частая смена настроения, доминировал пониженный фон настроения.

*Методология констатирующего эксперимента*

Обследование детей было проведено по речевой карте, составленной Трубниковой Н. М. [44].

В процессе обследования был проведен сбор общих сведений, анамнестических данных, были обследованы строение, моторика и двигательные функции артикуляционного аппарата, его динамическая организация.

Обследование моторики включало:

- обследование состояния общей моторики;
- обследование произвольной моторики пальцев рук;
- обследование моторики артикуляционного аппарата.

Также значительное внимание уделялось обследованию следующих компонентов:

- фонетическая сторона речи: звукопроизношение и просодия
- слоговая структура слова;
- фонематический слух;
- звуковой анализ слова;
- понимание речи и активный словарь;
- грамматический строй речи.

В ходе констатирующего эксперимента полученные результаты обследования (приложение 4) были проанализированы.

Исследование состояния звукопроизношения включало задания на повторение ряда слов, содержащих обследуемый звук с оптического и акустического раздражителя. Также исследовалось употребление звука в собственной речи и изолированно.

В просодической стороне речи отмечались такие показатели, как голос, темп речи, мелодико-интонационная сторона речи, дыхание.

Обследование слоговой структуры слова проводилось по 13 классам А. К. Марковой, где ребенок также давал речевую реакцию на оптический, акустический раздражитель [5].

Задания на сформированность фонематического слуха включали:

- опознание фонем;
- различение фонем, близких по способу и месту образования и акустическим признакам: звонких и глухих, шипящих и свистящих, сонорных;
- повторение за логопедом слоговых дорожек, включающих близкие акустические признаки;
- выделение исследуемого звука среди слогов, слов; придумывание слов с заданным звуком;
- определение наличия звука в названии картинок;
- называние картинок и определение отличий в названиях;
- определение места звука в словах (начало, середина, конец).

В заданиях звукового анализа слов предлагалось определить количество, последовательность звуков в словах, придумать слова с заданным количеством звуков; определить отличие слов (Оля – Коля, крыша – крыса), закончить слова (*бара.., нету...*).

Обследование пассивного словаря содержало задания на понимание предложений; дети должны были осуществить показ называемых предметов, узнать предмет по описанию («Покажи, чем чистят зубы»), исправить неверные предложения («Коза принесла корм девочке»); для обследования активного словаря: подобрать синонимы к словам, назвать признаки предмета, действия людей, животных, времена года с их последовательностью.

Грамматический строй речи обследовался с помощью заданий на составление предложений по сюжетной картинке и серии сюжетных картинок, по опорным словам. Также детям предлагалось пересказать прослушанный знакомый (русская народная сказка «Репка») и незнакомый текст («Муравей и голубка» Толстого); предлагались задания на словоизменение (*Кого кормит девочка? Чего много в лесу?*), словообразование (*Шкаф какой? Как назовем маленький стол?*), употребление предлогов (*Где лежит карандаш? Откуда ты достал его? Куда он упал?*) [44].

## **2.2. Анализ результатов констатирующего эксперимента**

Анализ анамнестических данных показал, что у 90% обследованных детей имеется патология внутриутробного развития (токсикоз, угрозы выкидыша), родовая патология у 20% (досрочные роды) и у 50% детей наблюдались функциональные нарушения (отиты, ОРВИ). Таким образом, во всех случаях имеются осложнения в анамнезе.

Данные раннего развития и речевого анамнеза у 50 % детей не указали на наличие отклонений, в 30 % случаев данных не предоставлено, у 10% детей данные указывают на наличие прерывания речевого развития на фоне менингита, в другом случае, также у 10% выявлена задержка стадии лепета.

Обследование состояния общей моторики показало, что нарушение темпа движений (темп сниженный) характерно для 50% обследуемых. Статическая координация движений нарушена у 80% обследуемых, динамическая – у 40%.. Нарушения самоконтроля при выполнении двигательных проб выявлено у 20% обследуемых детей. Ритмическое чувство нарушено также у 20 % детей. Так, у 80% детей наблюдались покачивания в начале и в конце упражнения. При выполнении приседаний на

носах, 40% детей касались пола пятками. Заранее обусловленное – «запретное» движение повторяли 20% детей.

У 60 % обследуемых детей были выявлены нарушения произвольной моторики пальцев рук. Так, наличие синкинезий при выполнении проб отмечалось у 50% детей. У 40% детей отмечались нарушения динамической координации: не полный объем движений, замедленный темп выполнения. Нарушения в статической координации были выявлены у 20% детей: заданная поза не удерживалась, отмечалось напряжение пальцев рук.

При обследовании артикуляционного аппарата было установлено, что аномалии в строении органов артикуляции имеют 20% обследуемых: отклонения в строении твердого неба (высокое узкое твердое небо, готическое).

Обследование моторики артикуляционного аппарата показало, что наиболее сохранными являются движения губ и челюсти (движения губ затруднены только у одного ребенка). Нарушения моторики языка имеются у 100% детей: тремор в положении статики у 70% (наблюдается тремор), движения языка малоактивны у 50% детей (объем движений снижен).

Исследование динамической организации движений артикуляционного аппарата показало, что у 90% детей затруднен переход от одного движения к другому, присутствует замена движений. Движения артикуляционного аппарата вялые в 70 % случаев.

У всех обследуемых детей были выявлены нарушения при обследовании мимической мускулатуры: у 70 % обследуемых обнаружены содружественные движения мышц глаз; мимическая картина не четкая также у 70% детей. Исследование объема и качества движения мышц лба выявило нарушения у 60% детей. В 50 % случаев отмечается снижение объема и качества движений мышц щек.

Обследование состояния звукопроизношения показало, что для 60% детей характерно полиморфное нарушение звукопроизношения, для 40% –

мономорфное. У 70% обследуемых детей наблюдаются замены звуков, отсутствия – у 70%, искажения звуков – у 50 %, смешения – в 10%, случаев.

Распространённость дефекта произношения конкретных звуков при полиморфном нарушении:

*Антропофонические дефекты:*

- отсутствие сонорных звуков (при несформированности артикуляционных признаков): [р] – 70 %; [л] – 30%
- двугубный ламбдацизм – 30 %
- горловой ротацизм – 20 %;
- межзубный сигматизм свистящих звуков – 10% среди всех нарушений.

*Фонологические дефекты:*

- параротацизм – 70 %;
- параламбдацизм – 70 %;
- парасигматизмы шипящих звуков – 60 %.

Наличие дефектов звуков свидетельствует о том, что вышеуказанные нарушения звукопроизношения вызваны не только артикуляторными трудностями, но и сложностью при дифференциации акустических параметров.

Нарушение просодической стороны речи выявлено у 60 % детей. Дыхание этих обследуемых характеризовалось слабостью выдоха (продолжительность: 2-3 сек.).

Обследование слоговой структуры показало, что у всех детей слоговая структура сохранна, имеются негрубые нарушения, которые выражаются в упрощении слоговой структуры в словах со стечением согласных (*перекрестке* - *перекреске*), добавлении звуков (*тигр* - *тигар*).

Результаты обследования фонематического слуха показали, что различение фонем, близких по способу и месту образования и акустическим признакам затруднено у 90% детей. Так, 60% детей затруднялись при

различении звонких и глухих звуков: дифференциация [д]-[т] нарушена у 60% детей, [з]-[с] – у 50%, трудности различения [ш]-[ж] у наблюдались у 30% детей. Различение шипящих и свистящих нарушено у 40% дошкольников: дифференциация [ш]-[с] нарушена у 40% детей, трудности различения [ж]-[з] также у 30% обследуемых, твердости-мягкости сонорных [р] и [л] – 10%. Различение сонорных звуков нарушено у 20% детей: трудности дифференциации [р']-[л'] наблюдаются у 20% обследуемых.

Трудности звукового анализа при выделении последовательности звуков, определении количества гласных и согласных звуков испытывают все обследуемые дети. Так, все обследуемые не могли придумать слова, состоящие из 4, 5 звуков; назвать слова с 3, 4 слогами; назвать третий, пятый звуки в словах «огурец», «помидор».

Обследование понимания речи выявило 70% обследуемых, у которых возникают трудности понимания инверсионных конструкций, предлогов – 40%, трудности исправления предложений – у 30% обследуемых дошкольников, также у 20% обследуемых затруднение вызвало задание, в котором требовалось подобрать слово, наиболее подходящее по смыслу (в предложении *«утром к дому прилетела (стая, стайка, стадо) воробьев, где дети выбирали слово «стайка»*). И 20% затруднялись в понимании падежных окончаний существительных при просьбе *показать карандаш ручкой, ножницы линейкой*.

Помимо нарушений импрессивной речи, у всех обследуемых детей наблюдались нарушения и активного словаря. Подбор синонимов затруднен у всех обследуемых (100%), антонимов – у 80%; однокоренных слов – у 60%, трудности в определении признаков предметов наблюдались у 40% обследуемых. Трудности в определении последовательности времен года возникли у 10% обследуемых.

Нарушения грамматического строя речи выявлены у 100% обследуемых, а именно образование сложных слов (из 2 слов образовать одно) затруднено у 100% детей; нарушения в преобразовании единственного

числа имен существительных во множественное выявлены также у 100% детей, в образовании сложных форм прилагательных – у 60%; в образовании уменьшительных форм существительного – у 50 % обследуемых; падежных форм – 20% . Пересказ незнакомого текста вызвал затруднения у 30% детей, знакомого – 10%.

В ходе проведения констатирующего эксперимента в течение недели (с 6 по 10 ноября) также посещались индивидуальные и групповые занятия логопеда, с целью наблюдения за использованием здоровьесберегающих технологий в логопедической работе с детьми. Результаты наблюдения представлены в таблице 1:

*Таблица 1.*

*Результаты наблюдения за использованием в логопедической работе здоровьесберегающих технологий*

№ п/п	Этап работы	Содержание деятельности детей	Наличие элементов здоровьесберегающих технологий
1.	Развитие общей моторики	Не проводится	Отсутствуют кинезиологические, логоритмические упражнения.
2.	Развитие мелкой моторики	Раскатывание карандаша, лепка, собирание пазлов	Отсутствуют элементы Суджок терапии
3.	Развитие мимических мышц лица	Постукивание, растирание, пощипывание, поглаживание лица	Элементы самомассажа присутствуют, отсутствует логопедический массаж
4.	Развитие дыхания	Упражнение – «Шарик» в положении лежа, сидя	Дыхательная гимнастика
5.	Развитие артикуляционной моторики	Упражнения — «Улыбка», — «Хоботок», — «Заборчик», — «Лопата». Специальные упражнения для коррегируемых звуков: — «Горка», — «Чашечка», — «Индюк болбочет», — «Парус».	Артикуляционная гимнастика присутствует, отсутствуют элементы биоэнергопластики

Анализ проведенных наблюдений показал, что учитель-логопед в своей работе не всегда прибегает к здоровьесберегающим технологиям: используется лишь те элементы здоровьесберегающих технологий, которые включены в традиционную форму работы (пальчиковая, дыхательная, артикуляционная гимнастика). Отсутствует применение технологий биоэнергопластики, кинезиологии, Су-Джок терапии, упражнений логоритмики и логопедического массажа.

### **Вывод по второй главе**

Таким образом, в ходе констатирующего эксперимента было выяснено, что у всех детей имеются осложнения в анамнезе, и как следствие, нарушения деятельности центральной нервной системы. При проведении обследования, было отмечено, что все дети имеют нарушения мимической мускулатуры, что характерно для детей с псевдобульбарной дизартрией.

У 2 детей при этом отмечались аномалии в строении органов артикуляционного аппарата, что свидетельствует о наличии у них механической дислалии.

Фонетико-фонематическая сторона речи обследуемых детей характеризуется следующими особенностями:

Нарушение звукопроизношения в большинстве случаев носит полиморфный характер. Наличие дефектов звуков свидетельствует о том, что вышеуказанные нарушения звукопроизношения вызваны не только артикуляторными трудностями, но и сложностью при дифференциации акустических параметров.

Результаты обследования фонематического слуха показали, что различение фонем, близких по способу и месту образования и акустическим признакам затруднено у всех детей (наибольшую трудность для детей составляет различение фонем по звонкости-глухости).

Нарушения фонематического восприятия выражаются в основном в затруднениях сложных форм звукового анализа и синтеза. Детям не доступны

следующие пробы: определение количества звуков, места и последовательности звуков в словах. Таким образом, фонетико-фонематическое развитие детей, имеющих псевдобульбарную дизартрию, не соответствует онтогенезу.

На основе анализа результатов констатирующего эксперимента было установлено, что 7 детей имеют ОНР III уровня, обусловленное псевдобульбарной дизартрией, среди которых 2 ребенка помимо псевдобульбарной дизартрии имеют механическую дислалию. У 3 детей общее недоразвитие речи IV уровня, обусловленное псевдобульбарной дизартрией.

Также в ходе проведения констатирующего эксперимента по результатам наблюдения было выяснено, что учитель-логопед не всегда на логопедических занятиях с детьми прибегает к здоровьесберегающим технологиям.

# ГЛАВА 3. ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО ФОРМИРОВАНИЮ ФОНЕТИКО-ФОНЕМАТИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ У ДОШКОЛЬНИКОВ С ПСЕВДОБУЛЬБАРНОЙ ДИЗАРТРИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ

## **3.1. Теоретическое обоснование и принципы логопедической работы по формированию фонетико-фонематической стороны речи у детей с псевдобульбарной дизартрией**

Проблема формирования фонетико-фонематической стороны речи рассматривалась многими авторами: Т. Б. Филичевой, Г. В. Чиркиной, Р. И. Лалаевой, М. Ф. Фомичевой, Н. Х. Швачкиным, В. К. Орфинской, Г. А. Каше, А. В. Ястребовой, Т. В. Тумановой, С. Н. Сазоновой и другими [27].

Логопедическая работа по формированию фонетико-фонематической стороны речи строится на следующих теоретических положениях и принципах:

Принцип комплексности. Коррекция речи основана на тесном единстве с лечебными мероприятиями, направленными на развитие моторных функций. Сочетание логопедической работы с медицинскими мероприятиями (медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, лечебная физкультура и др.) является важным условием комплексного воздействия специалистов медико-педагогического блока. Необходимо согласование действий логопеда, невропатолога, терапевта и их общее решение при обследовании, постановке диагноза и медико-педагогической коррекции [33].

Принцип дифференцированного подхода. Выбор методов, форм, приемов коррекционно-логопедического воздействия зависит от степени тяжести речевого дефекта, его структуры, возраста, психологических особенностей детей. Необходимо учитывать, что органическое повреждение

центральной нервной системы, парциальность нарушений корковых функций проявляется в особенностях формирования сложных познавательных процессов, таких как мышление, восприятие, память, внимание и др. [33].

При этом необходимо опираться на сохраненные анализаторы (на зрительный — при выполнении артикуляционных упражнений перед зеркалом; на слуховой — когда движения сопровождаются четкой речевой инструкцией) [33].

Также следует помнить о необходимости гибкого сочетания различных видов и форм коррекционно-логопедической работы (индивидуальных, подгрупповых, фронтальных) [33].

Взаимосвязь развития речи и моторики. Еще В. М. Бехтерев пришел к выводу о тесной связи руки и речи, т.е. выводу о том, что развитие движений руки будет способствовать и речевому развитию [10].

Также, многочисленные исследования М. М. Кольцовой подтвердили, что речевая моторика взаимосвязана с моторикой артикуляционного аппарата, что обусловлено анатомо-физиологической близостью речевых зон коры головного мозга и зон, регулирующих движения руки. Таким образом, функционирование зон, обеспечивающих произвольные движения руки, вызывает активизацию, и даже созревание зон речи [28].

Необходимо сделать вывод, что развитие моторики пальцев рук в дошкольном возрасте обеспечивает готовность ребенка к овладению письмом [35].

Принцип развития (учета зоны актуального и ближайшего развития, по Л. С. Выготскому). Коррекционно-логопедические мероприятия осуществляется на основе положения о том, что процесс развития не совпадает с процессом обучения: развитие идет вслед за обучением. Процесс развития любой психической функции должен осуществляться постепенно, с учетом ближайшего уровня развития данной функции, то есть того уровня, на котором выполнение заданий осуществляется самостоятельно ребенком, возможна лишь незначительная помощь со стороны педагога. В связи с этим,

в ходе коррекционной работы используются задания, мотивирующие детей, стимулирующие их активность, способствующие переводу какого-либо действия из зоны ближайшего развития в зону актуального развития [32].

Также, необходимым является учет критических периодов развития речевой функциональной системы, когда еще не сформированная функция наиболее ранима и наиболее чувствительна к воздействию обучения [32].

Тесная взаимосвязь развития речи и познавательных процессов. Как указывают многие авторы (Л. С. Выготский, А. Н. Леонтьев, А. Р. Лурия) формирование речи подразумевает сначала анализ и сравнение речевых единиц, затем выделение и обобщение правил языка, т. е. сформированность словесно-логического типа мышления [32].

Именно поэтому, при работе над усвоением языковой системы необходимо основываться на развитии многих мыслительных операций: анализа, синтеза, сравнения, обобщения, а также абстракции [32].

Постепенность перехода от наглядно-действенного и наглядно-образного к словесно-логическому мышлению. Работа по коррекции нарушений речи должна учитывать выявленные специфические особенности высших психических функций детей. На начальных этапах обучения необходимо использовать более простые мыслительные операции (анализ, классификация) с опорой на наглядно-образное мышление; на последующих этапах обучения — более сложные мыслительные операции (обобщение, абстракция) с опорой, как на наглядно-образное, так и на словесно-логическое мышление. Это дает возможность сравнения, классификации, обобщения и в целом абстрагирования семантических и формально-языковых признаков единиц речи [41].

Принцип учета поэтапности формирования речевых навыков и умений. С учетом процесса поэтапности формирования умственных действий (по П. Я. Гальперину, А. Н. Леонтьеву) можно выделить следующие этапы формирования речевых умений:

1. Первоначальная дифференциация языковых, речевых единиц на основе наглядно-образного мышления (анализ, сравнение по значению на основе использования наглядного материала) с опорой на внешние действия;
2. Закрепление дифференциации при восприятии в импрессивной речи;
3. Интеоризация полученных речевых умений и навыков, перевод их во внутренний план, то есть выполнение действий в умственном плане, по представлению [34].

Наконец, необходима правильная оценка ребенка в ходе логопедического занятия. Так, Е. М. Мастюкова, М. В. Ипполитова отмечают, что в процессе логопедической работы нельзя прерывать речь ребенка словами: «Не верно», «Говори правильно», «Говори как я» и т.п. В противном случае могут возникнуть речевой негативизм. Более целесообразным является использование приемов игровой терапии в сочетании с индивидуальной работой над артикуляцией, фонацией и дыханием [37].

### **3.2. Содержание логопедической работы по формированию фонетико-фонематической стороны речи у дошкольников с псевдобульбарной дизартрией с использованием здоровьесберегающих технологий**

Обучающий эксперимент проводился на базе МБДОУ – детского сада компенсирующего вида № 452; г. Екатеринбург, ул. Электриков, 18а. Сроки проведения обучающего эксперимента: февраль – март 2018 г.

В ходе обучающего эксперимента было разделение на 2 группы: контрольную и экспериментальную. В контрольной группе находились 5 из обследованных детей (Вика, Миша, Лера, Слава, Полина), в экспериментальной группе было также 5 детей (Дима, Вова, Жанна, Егор, Соня). 7 детей имели ОНР III уровня, обусловленное псевдобульбарной

дизартрией, среди которых 2 ребенка помимо псевдобульбарной дизартрии имели механическую дислалию. У 3 детей общее недоразвитие речи IV уровня, обусловленное псевдобульбарной дизартрией.

Занятия с детьми экспериментальной группы проводились 2-3 раза в неделю в течение двух месяцев. Таким образом, с каждым ребенком было проведено 20 занятий в индивидуальной форме (всего в итоге проведено 85 занятий).

В основу работы в экспериментальной группе были положены методы здоровьесберегающих технологий, ранее подробно описанных. Перспективные планы коррекционной работы представлены в приложении 9.

В контрольной группе в период эксперимента логопедом проводились занятия в традиционной форме на основе программы Н. В. Нищевой: «Примерная адаптированная программа коррекционно-развивающей работы в группе компенсирующей направленности ДОО для детей с ТНР с 3 до 7 лет».

Основные направления и содержание логопедической работы по формированию фонетико-фонематической стороны речи у детей с псевдобульбарной дизартрией в экспериментальной группе:

*1. Развитие общей моторики с использованием кинезиологических упражнений, логопедической ритмики (рекомендуется всем обследуемым детям).*

Данные упражнения будут направлены на развитие одновременно физических и психофизиологических качеств.

Примерный комплекс кинезиологических и логоритмических упражнений, применяемый для развития общей моторики:

А) «Колено – локоть»: поднимание и сгибание левой ноги, касание правого локтя наоборот. Повторение 8–10 раз. Положение спины должно быть ровным.

Б) Упражнения «Весна пришла», «Веселый ручеек», «Облака», где используются движения с элементами статики (принятие и удержание позы),

динамики (запоминание серии движений и переключение с одного движения на другое), ритмического чувства (выполнение движений в заданном темпе и ритме) [47].

*2. Развитие мелкой моторики пальцев рук с использованием кинезиологических упражнений, Су-Джок-терапии.*

Цель данной работы также направлена на совершенствование динамической (*необходимой Соне, Лере, Мише, Диме*) и статической (*необходимой Вике, Егору, Диме*) координации движений.

На данном этапе продолжается использование кинезиологических упражнений, таких как «Змейка», «Кулак-ребро-ладонь», добавляются приемы Су-Джок-терапии (раскатывание шарика-«ежика», надевание колечек на каждый палец и т.д.) [37].

*3. Развитие мимических мышц лица посредством логопедического массажа и самомассажа.*

Перед работой над речевой мускулатурой проводятся упражнения с целью развития мимических мышц лица (*необходимо всем обследуемым детям*), подробнее описанные автором Е. Ф. Архиповой и представленные в приложении 2. Проводится логопедический массаж всей лицевой мускулатуры: поглаживание, растирание, легкое похлопывание ладонью по щекам, легкие пощипывающие движения пальцами по краю нижней челюсти снаружи, по подъязычной мышце и глоточно-нёбной мышце [47].

Также, ребенка учат выполнять самомассаж, хмурить брови, открывать, прикрывать и закрывать глаза, изолированно надувать щеки. Во время развития мимической мускулатуры ребенка учат произвольному проглатыванию слюны, открыванию, прикрыванию и закрыванию рта. [37].

*4. Дыхательная гимнастика (необходима Соне, Вике, Славе, Егору, Лере, Диме, Жанне):*

Целью данного вида работы будет являться развитие силы, плавности, продолжительности выдоха посредством игровых приемов (упражнения «Футбол», «Фокусы», «Листопад», «Шторм в стакане» и т.д.) [30].

5. Целью *артикуляционной гимнастики* с элементами *биоэнергопластики* является формирование и развитие правильных и четких движений органов артикуляционного аппарата, согласованных с движениями рук, необходимых для правильного звукопроизношения.

Артикуляционная гимнастика проводится сначала по широкой программе (упражнения даются для всех подвижных частей артикуляционного аппарата, вне зависимости от отрабатываемого звука, но исходя из выявленных потребностей детей). Наиболее распространённые артикуляционные упражнения представлены в приложении 1.

Все упражнения подразделяются и используются по своей направленности:

А) для выработки движений губ (*необходимо Диме, Вове*),

Б) для языка – направлены на развитие статических положений (*необходимо Соне, Вике, Егору, Диме,, Вове*) и на развитие его двигательных функций (*необходимо Соне, Лере, Мише, Диме*).

При достаточно правильном выполнении данных упражнений применяются элементы биоэнергопластики: артикуляционные упражнения согласуются с движениями рук ребенка. Сначала показ артикуляционного движения осуществляется одной рукой (ведущей), затем подключается действие второй руки.

Основные артикуляционные упражнения, сопряженные с движениями рук, представлены в приложении 10.

5. *Коррекция нарушений звукопроизношения (постановка, автоматизация, дифференциация)*

Способы и приемы постановки, автоматизации и дифференциации звуков подробно описаны в приложении 5.

А) постановка, автоматизация шипящих звуков [ш], [ж] (*необходима Славе, Полине, Лере, Мише, Диме, Жанне*); [щ] (*у Славы, Полины, Леры, Миши, Димы, Жанны*), и их дифференциация со свистящими.

Б) постановка, автоматизация звука [л] (*необходимо Соне, Полине, Лере, Егору, Мише, Диме*), [л'] (*необходимо Соне, Полине, Лере, Егору, Мише, Диме*).

В) постановка, автоматизация звуков [р], [ р'] (*у Сони, Леры, Славы, Егора, Миши, Димы, Вовы, Жанны*), в том числе и коррекция искажения звуков [р],[ р'] (*горловое произношение звука [р] наблюдается у Вики и Вовы*).

#### 6. Формирование фонематических процессов

Работа по развитию фонематического слуха, *необходимая Соне, Полине, Славе, Вове, Мише, Жанне, Егору, Лере, Диме* должна быть направлена на дифференциацию фонем, близких по способу и месту образования и акустическим признакам:

А) различение звонких и глухих звуков (*дифференциация [б]-[п], [д]-[т], [з]-[с] необходима Мише, Жанне, Егору, Лере, Диме; [ш]-[ж] необходима Славе, Лере, Жанне, Егору, Мише, Диме*);

Б) различение шипящих и свистящих (*дифференциация [ш]-[с] необходима Славе, Лере, Диме, Жанне, [ж]-[з] необходима Жанне, Лере, Славе, Диме*);

В) различение сонорных звуков (*дифференциация [р]-[л] необходима Полине, Вове, Соне*).

Далее работа будет направлена на развитие навыков звукового анализа (*необходима всем обследуемым детям*).

Система логопедической работы по формированию навыков фонематического восприятия строится в определенной последовательности, так как идет учет принципа речевого онтогенеза. Специфика речевого материала при формировании навыка фонематического анализа и синтеза отражена в приложении 3.

Таким образом, основными направлениями и содержанием логопедической работы по формированию фонетико-фонематической

стороны речи у дошкольников с псевдобульбарной дизартрией и использующей здоровьесберегающие технологии являются:

1. Развитие общей моторики с применением кинезиологических и логоритмических упражнений.
2. Развитие пальчиковой моторики с применением Су-Джок терапии.
3. Развитие артикуляционной моторики с элементами биоэнергопластики.
4. Развитие дыхания посредством применения дыхательной гимнастики, включения кинезиологических упражнений.
5. Развития мимических мышц лица посредством применения логопедического массажа и самомассажа.
6. Коррекция нарушения звукопроизношения (постановка, автоматизация, дифференциация звуков).
7. Формирование фонематического слуха и фонематического восприятия.

### **3.3. Контрольный эксперимент и его анализ**

После завершения работы по формированию фонетико-фонематической стороны речи у дошкольников с псевдобульбарной дизартрией с использованием здоровьесберегающих технологий был проведен контрольный эксперимент, заключающийся в процедуре повторного обследования детей. Методика контрольной диагностики была аналогична констатирующей. Целью контрольного эксперимента является выявление динамики проведенной работы в экспериментальной группе в сравнении с результатами проведенной работы логопедом в контрольной.

Сравнительные результаты диагностики моторных функций, фонетико-фонематической стороны речи детей контрольной и экспериментальной групп представлены в виде гистограмм (рис.1, 2 на стр.58-59).

Так, обследование состояния общей моторики детей в контрольной группе не выявило динамику показателей, что указывает на недостаточность проведения работы по развитию общей моторики учителем-логопедом. Напротив, в экспериментальной группе была выявлена положительная динамика. Нарушение темпа движений, характерное для 40% экспериментальной группы до обучающего эксперимента, на период контрольного этапа не выявлено. Также на 40% улучшились показатели статической координации движений.

Показатели оценки состояния произвольной моторики пальцев рук у детей контрольной группы оставались неизменными. Дети также испытывали трудности принятия пальчиковых поз, наблюдались синкинезии, темп выполнения был низким. В экспериментальной группе произошли положительные изменения данных показателей у 40% детей (устранена напряженность пальцев рук, увеличен темп выполнения движений).

Обследование моторики артикуляционного аппарата показало, что у детей контрольной группы наблюдались небольшие положительные изменения моторики языка в положении статики (у 20% детей преодолен тремор и поиск артикуляции). У 40% детей экспериментальной группы, имеющих поиск артикуляционной позы, ограниченность движений артикуляционного аппарата, удалось полностью устранить данные нарушения.

Исследование динамической организации движений артикуляционного аппарата детей контрольной группы не выявило положительной динамики. У детей экспериментальной группы в 80% случаев улучшилась плавность движений, снизилась моторная напряженность, повысилась точность выполнения артикуляционных поз. У 60 % детей движения

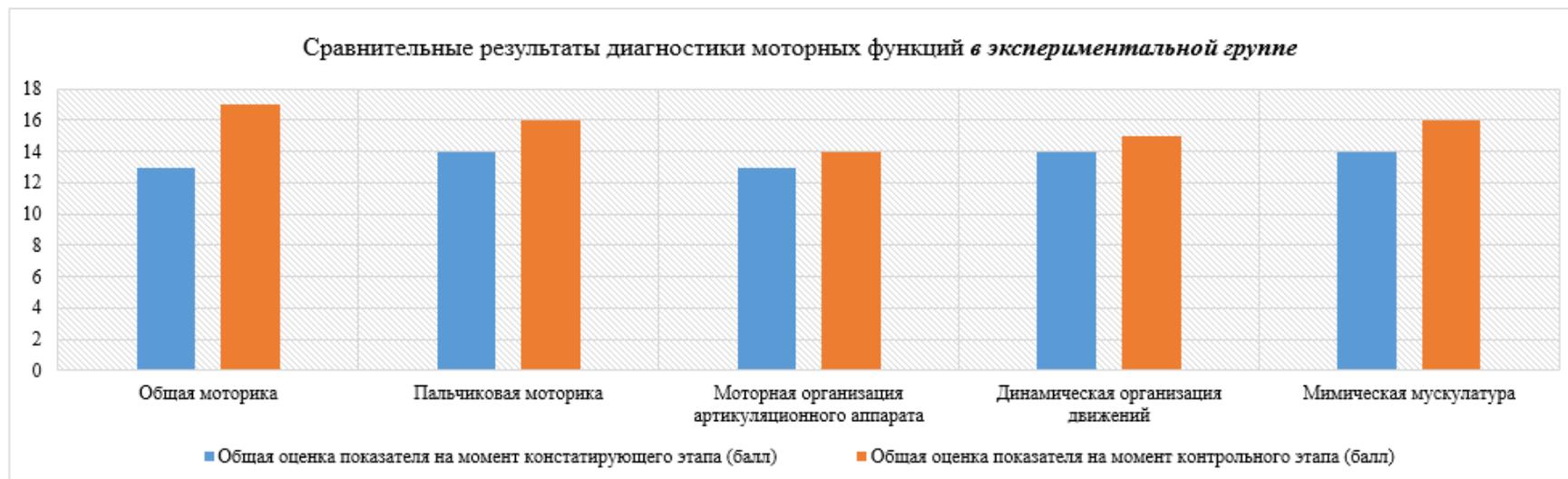
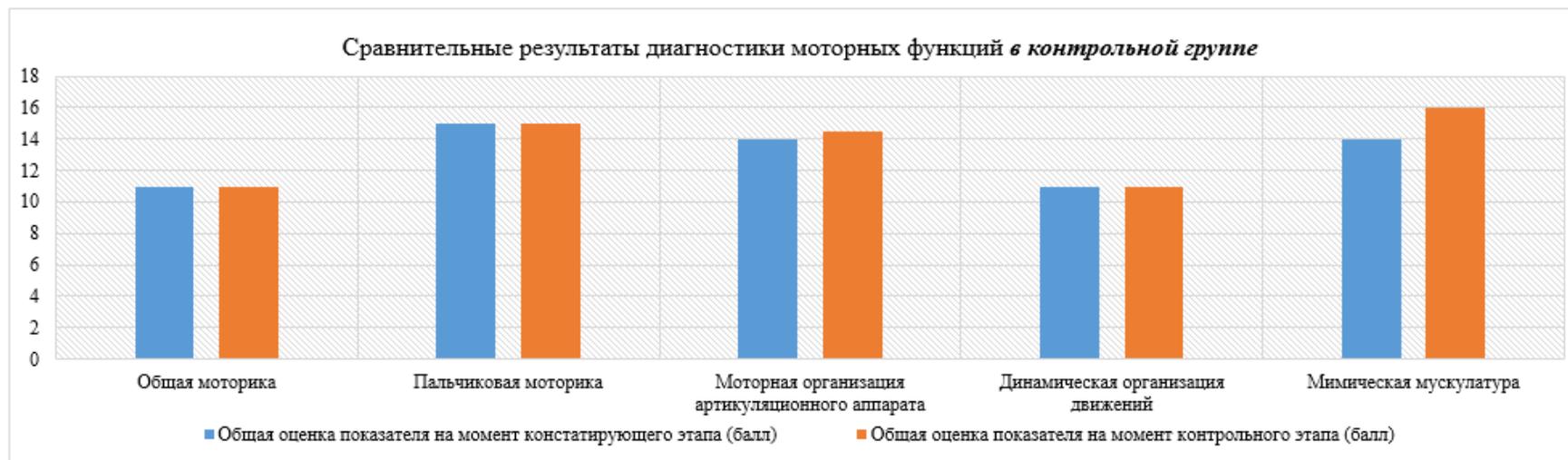
артикуляционного аппарата стали более активными, преодолены затруднения при переходе от одного движения к другому.

У всех детей обеих групп были выявлены положительные изменения при обследовании мимической мускулатуры, но показатели детей экспериментальной группы оказались выше. В контрольной группе у 80 % обследуемых преодолены нарушения по типу содружественных движений мышц глаз; у 60% детей повысилась четкость произвольного формирования мимических поз, объем и качество движений мышц лба.

В экспериментальной группе у 80% детей устранены синкинезии при движениях мышц глаз. В 80% случаев повысился объем и качество движений мышц щек. Высокие показатели обеих групп указывают на эффективность использования самомассажа и логопедического массажа при развитии мимической мускулатуры.

Обследование состояния звукопроизношения показало, что положительная динамика характерна также для обеих групп. В экспериментальной группе в 60% случаев наличия полиморфного нарушения нескольких групп звуков положительные изменения происходили внутри двух фонетических групп (поставлены и автоматизированы звуки из группы шипящих, сонорных). В остальных случаях полиморфное нарушение приобрело характер мономорфного (у 20% детей устранено нарушение одной группы звуков). Также у 20% детей дефекты звукопроизношения были полностью устранены. В контрольной группе в 40% случаев полиморфное нарушение приобрело характер мономорфного; полностью устранены нарушения звукопроизношения у 20% детей; в 40% случаев полиморфного нарушения положительные изменения происходили внутри двух фонетических групп.

Значительная динамика наблюдалась при обследовании просодической стороны речи детей экспериментальной группы, тогда как у детей контрольной группы показатели повысились на небольшом уровне. Из всех детей экспериментальной группы, имеющих нарушения просодики (80%),



*Рис.1. Сравнительные результаты диагностики моторных функций детей контрольной и экспериментальной групп*

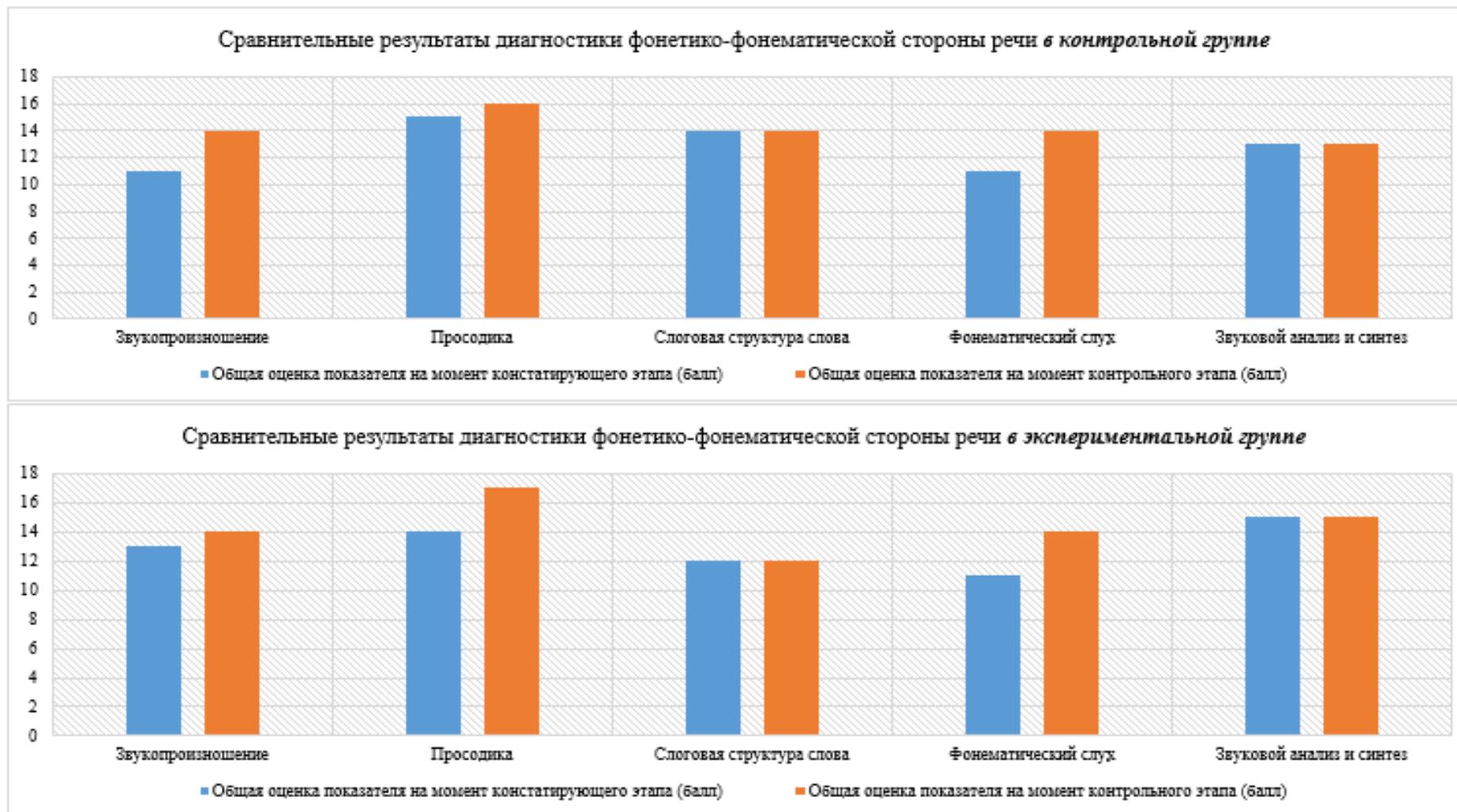


Рис.2. Сравнительные результаты диагностики фонетико-фонематической стороны речи детей контрольной и экспериментальной групп

продолжительность выдоха увеличилась у 80% обследуемых, у 40% – нормализовался темп речи.

Обследование слоговой структуры показало, что трудно преодолимыми нарушениями слоговой структуры являются нарушения, которые выражаются в упрощении слоговой структуры многосложных, трехсложных слов со стечением согласных (*перекрестке – перекреске*), добавлении звуков (*тигр – тигар, термометр – термометар*). Положительная динамика в устранении данных нарушений в обеих группах не была выявлена.

Результаты обследования фонематического слуха показали, что приблизительно одинаковая положительная динамика присуща обеим группам. Так, у 40% детей экспериментальной группы нарушения звукоразличения были устранены полностью, у 40% обследуемых исключены трудности различения звонких и глухих звуков: дифференциация [д]-[т] у 20% детей, [з]-[с] – у 20%. Возможность дифференциации соноров [р']-[л'] появилась также у 20% обследуемых. В контрольной группе у 40% детей проведена дифференциация [ш]-[с], устранены трудности различения [ж]-[з], звонких и глухих звуков также у 20% обследуемых.

Обследование звукового анализа не выявило динамику в обеих группах. Дети также испытывали трудности при выделении последовательности звуков, определении количества гласных и согласных звуков.

### **Вывод по третьей главе**

Сравнительные результаты проведенной работы в экспериментальной группе, использующей здоровьесберегающие технологии и проведенной работы логопедом в контрольной, показали преимущественную положительную динамику у детей экспериментальной группы.

Значительный прирост показателей у детей, с которыми проводилась логопедическая работа с применением здоровьесберегающих технологий, наблюдался в моторной сфере. Так, применение кинезиологических и логоритмических упражнений позволило повысить уровень развития общей

моторики (у детей повысился темп, ритм выполнения движений). Применение Су-Джок терапии показало преимущественное развитие пальчиковой моторики детей экспериментальной группы. Так же у этой группы детей повысилась точность выполнения артикуляционных упражнений, снизилась моторная напряженность за счет включения в работу элементов биоэнергопластики.

Напротив, большая часть показателей моторных функций детей контрольной группы оставалась неизменной. Исключение составлял показатель развития мимической мускулатуры, где логопед использовал прием самомассажа. Можно сделать вывод, что частичное использование данной здоровьесберегающей технологии и повысило показатель развития мимических мышц лица у детей контрольной группы.

Уровень сформированности фонетико-фонематической стороны речи детей на момент контрольного обследования показал приблизительно одинаковую положительную динамику в обеих группах. Преимущественная положительная динамика наблюдалась при обследовании просодической стороны речи детей экспериментальной группы, тогда как у детей контрольной группы показатели повысились на небольшом уровне.

Таким образом, можно сделать вывод, что использование здоровьесберегающих технологий в логопедической работе позволит значительно повысить уровень развития моторной сферы, просодической стороны речи. Это будет являться необходимой подготовительной частью в коррекции нарушений фонетико-фонематической стороны речи у дошкольников с псевдобульбарной дизартрией, что также будет направлено на повышение показателей их здоровья.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе обзора литературы по проблеме исследования таких авторов как Е. Ф. Архипова, В. И. Бельтюков, Н. И. Жинкин, Н. Х. Швачкин были определены основные закономерности становления фонетико-фонематической стороны речи у детей с нормальным речевым развитием.

Теоретическое и практическое изучение проблемы показало, что фонетико-фонематические нарушения являются распространенными, ведущими в структуре речевого дефекта у детей с псевдобульбарной дизартрией. Как указывают Р. И. Лалаева, Т. Б. Филичева взаимозависимость процессов формирования правильного произношения звуков и распознавания звуков на слух и является причиной стойких нарушений звукопроизношения у детей с псевдобульбарной дизартрией.

Исследования А. Н. Корнева, Е. А. Стребелевой, А. А. Твардовской, А. В. Ястребовой и других авторов позволили сделать вывод, что наряду с недостаточностью звукопроизносительной и звукоразличительной сторон речи у детей с дизартрией отмечается нарушения внимания, памяти, эмоционально-волевой сферы и замедленное формирование ряда высших корковых процессов, что накладывает отпечаток на развитие ребенка в целом.

При решении задачи по вопросу использования здоровьесберегающих технологий в логопедической работе с детьми, опираясь на данные Конституции ВОЗ, НИИ педиатрии, было выяснено, что в настоящее время отмечается устойчивая тенденция к существенному снижению показателей здоровья и темпов развития детей дошкольного возраста. Поэтому эти особенности также учитываются при построении системы коррекционной работы, что позволяет достигнуть наибольшей эффективности в формировании фонетико-фонематической стороны речи.

При проведении констатирующего эксперимента были изучены особенности развития обследуемых детей в пренатальном, перинатальном и постнатальном периодах, состояние моторной сферы, звукопроизношения, фонематических процессов, лексической и грамматической сторон речи.

При анализе полученных данных нами было выяснено, что у всех детей имеются осложнения в анамнезе, и как следствие, нарушения деятельности центральной нервной системы. При проведении обследования было отмечено, что все дети имеют нарушения мимической мускулатуры.

Нарушения звукопроизношения в большинстве случаев носит полиморфный характер. Результаты обследования фонематического слуха показали, что различие фонем, близких по способу и месту образования и акустическим признакам затруднено у всех детей (наибольшую трудность для детей составляет различие фонем по звонкости-глухости). Нарушения фонематического восприятия выражаются в основном в затруднениях сложных форм звукового анализа и синтеза.

При наблюдении индивидуальных и групповых занятий логопеда было выяснено, что учитель-логопед не всегда на в своей работе прибегает к здоровьесберегающим технологиям: используется лишь те элементы здоровьесберегающих технологий, которые включены в традиционную форму работы (пальчиковая, дыхательная, артикуляционная гимнастика). А применение таких технологий как биоэнергопластика, кинезиология, Суджок терапия, упражнения логоритмики и логопедический массаж отсутствует.

Исходя из полученных результатов констатирующего эксперимента, были определены основные направления логопедической работы по формированию фонетико-фонематической стороны речи у дошкольников с псевдобульбарной дизартрией, в которой будут использоваться здоровьесберегающие технологии.

Логопедическая работа с детьми экспериментальной группы длилась в течение двух месяцев. Было проведено 85 занятий в индивидуальной форме. Результаты работы были также проанализированы.

В ходе сравнения результатов констатирующего и контрольного экспериментов была выявлена преимущественная положительная динамика развития всей моторной сферы, просодической стороны речи детей экспериментальной группы, что говорит об эффективности использования здоровьесберегающих технологий в логопедической работе как подготовительного этапа при формировании фонетико-фонематической стороны речи у дошкольников с псевдобульбарной дизартрией.

Таким образом, цели и задачи выпускной квалификационной работы выполнены.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акименко, В. М. Новые логопедические технологии [Текст] : уч.-метод. пособие / В. М. Акименко. – Ростов н/Д : Феникс, 2009. – 105 с.
2. Алябьева, Е. А. Логоритмические упражнения без музыкального сопровождения [Текст] : метод. пособие / Е. А. Алябьева. – М. : СФЕРА, 2006. – 64 с.
3. Аманатова, М. М. Развитие фонематических процессов на логопедических занятиях [Текст] / М. М. Аманатова // Логопедия. 2007. – № 1. – С. 27-34.
4. Архипова, Е. Ф. Логопедический массаж при дизартрии [Текст] / Е. Ф. Архипова. – М. : Астрель, 2008. – 128 с.
5. Архипова, Е. Ф. Ранняя диагностика и коррекция проблем развития. Первый год жизни ребенка [Текст] / Е. Ф. Архипова. — М. : «МОЗАИКА-СИНТЕЗ», 2012. — 34 с.
6. Балобанова, В. П. Диагностика нарушений речи у детей и организация логопедической работы в условиях дошкольного образовательного учреждения [Текст] / В. П. Балобанова, Л. Г. Богданова, Л. В. Венедиктова. – СПб. : Детство-пресс, 2001. – 240 с.
7. Беккер, К. П. Логопедия [Текст] : пер. с нем. / К. П. Беккер, М. Совак. — М. : Медицина, 1981. — 288 с.
8. Бельтюков, В. И. Об усвоении звуков речи детьми [Текст] / В. И. Бельтюков. – М. : Просвещение, 1964. – 91 с.
9. Бельтюков, В. И. Об усвоении ребенком звуковой (фонемной) системы звуков [Текст] / В. И. Бельтюков, А. Д. Салахова // Вопросы психологии. – 1975. – № 4. – С. 71-76.
10. Бехтерев, В. М. Мозг и его деятельность [Текст] / В. М. Бехтерев ; под ред. А. В. Гервера. — М. : Гос. изд-во, 1928. — 327 с.

11. Бим-Бад, Б. М. Педагогический энциклопедический словарь [Текст] / Б. М. Бим-Бад. – М., 2002. С. 191
12. Богина, Т. Л. Охрана здоровья детей в дошкольных учреждениях [Текст] : метод. пособие / Т. Л. Богина. – М. : Мозаика-Синтез, 2006. – 160 с.
13. Борисенко, М. Г. Развитие общей моторики [Текст] / М. Г. Борисенко, Н. А. Лукина. – СПб. : Паритет, 2003. – 160 с.
14. Бушлякова, Р. Г. Артикуляционная гимнастика с биоэнергопластикой [Текст] / Р. Г. Бушлякова. – М. : Изд-во «Детство-Пресс», 2011. – 240 с.
15. Волкова, Г. А. Логопедическая ритмика [Текст] : учеб. для студ. высш. учеб. заведений / Г. А. Волкова. – М. : ВЛАДОС, 2002. – 272 с.
16. Волосовец, Т. В. Основы логопедии с практикумом по звукопроизношению [Текст] : учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Н. В. Горина, Н. И. Зверева ; под. ред. Т. В. Волосовец. – М. : Издательский центр «Академия», 2003. – 200 с.
17. Гвоздев, А. Н. Вопросы изучения детской речи [Текст] / А. Н. Гвоздев. – М. : Изд-во АПН РСФСР, 1961. – 471 с.
18. Горшенева, С. В. Проблемы диагностики дизартрических расстройств в детском возрасте [Текст] / С. В. Горшенева, О. Ю. Федосова // Логопед в дет. саду. – М. : ОБРАЗОВАНИЕ ПЛЮС, 2009. – № 8. – С. 34-42
19. Гуровец, Г. В. К вопросу диагностики стертых форм псевдобульбарной дизартрии [Текст] / Г. В. Гуровец, С. И. Маевская // Вопросы логопедии. – М., 1982. – № 2. – С. 75
20. Дьякова, Е. А. Логопедический массаж [Текст] : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е. А. Дьякова. – М. : изд. центр «Академия», 2005. – 96 с.
21. Железнова, Е. С. Организационно-педагогическое применение здоровьесберегающих технологий в работе учителя-логопеда в специализированной группе [Текст] / Е. С. Железнова. – М., 2014. – 15 с.

22. Жинкин, Н. И. Речь как проводник информации [Текст] / Н. И. Жинкин. — М. : Наука, 1982. — 159 с.
23. Золотухина, И. П. К вопросу о педагогическом моделировании здоровьесберегающего пространства образовательного учреждения [Текст] / И. П. Золотухина // Совет ректоров. — М. : ООО "Образование 3000", 2013. — № 6. — С. 73–76.
24. Ивчатова, Л. А. Су-Джок терапия в коррекционно-педагогической работе с детьми [Текст] / Л. А. Ивчатова // Логопед. — 2010. — №1. — С. 36-38
25. Калягин, В. А. Логопсихология [Текст] : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / В. А. Калягин, Т. С. Овчинникова. — М. : Изд. центр «Академия», 2006. — 98 с.
26. Карелина, И. Б. Логопедическая работа с детьми с минимальными дизартрическими расстройствами [Текст] : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.03 / И. Б. Карелина ; Росс. кад. Обр. — М., 2000. — 172 с.
27. Каше, Г. А. Программа воспитания и обучения детей с фонетико-фонематическим недоразвитием речи (7 год жизни) [Текст] / Г. А. Каше, Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина. — М. : АПН СССР, 1986. — 49 с.
28. Кольцова, М. М. Двигательная активность и развитие функций мозга ребенка [Текст] / М. М. Кольцова. — М. : Педагогика, 1973. — 132 с.
29. Корнев, А. Н. Основы логопатологии детского возраста: клинические и психологические аспекты [Текст] / А. Н. Корнев. — СПб. : Речь, 2006. — 380 с.
30. Краузе, Е. Н. Логопедический массаж и артикуляционная гимнастика [Текст] : практ. пособие / Е. Н. Краузе. — СПб. : КОРОНА принт, 2004. — 80 с.
31. Левина, Р. Е. Воспитание правильной речи у детей [Текст] / Р. Е. Левина. — М. : Изд-во АПН РСФСР. — 1958. — 31 с.
32. Левина, Р. Е. Основы теории и практики логопедии [Текст] : учеб. пособие / под ред. Р. Е. Левиной. — М. : Альянс, 2013. — 368 с.

33. Левченко, И. Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата : учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений [Текст] / И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько. – М. : Издательский центр «Академия», 2001. – 192 с.

34. Леонтьев, А. А. Язык, речь, речевая деятельность [Текст] / А. А. Леонтьев. – М. : Просвещение, 1969. – 214 с.

35. Лопатина, Л. В. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами [Текст] : учеб. пособие / Л. В. Лопатина ; под ред. Е. А. Лотиновой. — СПб. : Изд-во «Союз», 2005. — 192 с.

36. Лопатина, Л. В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников (коррекция стертой дизартрии) [Текст] : учеб. пособие / Л. В. Лопатина, Н. В. Серебрякова. – СПб. : Изд-во «СОЮЗ», 2000. – 192 с.

37. Мастюкова, Е. М. Нарушение речи у детей с церебральным параличом [Текст] : кн. для логопеда / Е. М. Мастюкова, М. В. Ипполитова. – М. : Просвещение, 1985. – 211 с.

38. Параничева, Т. М. Функциональная готовность к школе детей 6-7 лет [Текст] / Т. М. Параничева // Журнал «Новые исследования». – М. : Институт возрастной физиологии, 2012. – № 3. – С. 135-144.

39. Поваляева, М. А. Справочник логопеда [Текст] / М. А. Поваляева. — Ростов н/Д : «Феникс», 2002. – 448 с.

40. Приходько, О. Г. Логопедический массаж при коррекции дизартрических нарушений речи у детей раннего и дошкольного возраста [Текст] / О. Г. Приходько. – СПб. : КАРО, 2008. – 160 с.

41. Стребелева, Е. А. Формирование мышления у детей с отклонениями в развитии [Текст] : кн. для педагога-дефектолога / Е. А. Стребелева. — М. : ВЛАДОС, 2005. — 180 с.

42. Твардовская, А. А. Логопсихология. Конспект лекций [Текст] / А. А. Твардовская. – Каз., 2014. – 45 с.

43. Трубникова, Н. М. Структура и содержание речевой карты [Текст] : учебно-метод. пособие / Урал. гос. пед. ун-т / Н. М. Трубникова. – Екатеринбург, 1998. – 51 с.

44. Устав (Конституция) Всемирной Организации Здравоохранения [Электронный ресурс]. Женева : Изд-во "Медицина", 1968. URL: <http://docs.cntd.ru/document/901977493> (дата обращения: 01.10.2017).

45. Филичева, Т. Б. Дети с фонетико-фонематическим недоразвитием. Воспитание и обучение [Текст] / учеб-метод. пособие для логопедов и воспитателей / Т. Б. Филичева, Т. В. Туманова. – М. : «Издательство ГНОМ и Д», 2000. – 80 с.

46. Филичева, Т. Б. Основы логопедии [Текст] / Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, В. Г. Чиркина. – М. : Просвещение, 1989. – 223 с.

47. Фомичева, М. Ф. Воспитание у детей правильного звукопроизношения [Текст] / учеб. пособие для учащихся пед. уч-щ по спец. «Дошк. воспитание» / М. Ф. Фомичева. – М. : Просвещение, 1989. – 239 с.

48. Фомичева, М. Ф. Воспитание у детей правильного произношения [Текст] / М. Ф. Фомичева. – М. : Просвещение, 1971. – 240 с.

49. Хватцев, М. Е. Логопедия [Текст] : книга для препод. и студ. высш. пед. учеб. заведений. Книга 1 / М. Е. Хватцев. – М. : ГИЦ ВЛАДОС, 2009. – 272 с.

50. Хватцев, М. Е. Логопедия: работа с дошкольниками [Текст] : пособие для логопедов и родителей / М. Е. Хватцев. — М. : Аквариум, 1996. — 384 с.

51. Чиркина, Г. В. Методы обследования речи детей [Текст] : пособие по диагностике речевых нарушений / Г. В. Чиркина. – М. : АРКТИ, 2003. – 240 с.

52. Чиркина, Т. В. Основы логопедической работы с детьми [Текст] / Т. В. Чиркина. — М. : ЛИТУР, 2007. — 24 с.

53. Швачкин, Н. Х. Возрастная психоллингвистика [Текст] : учеб. пособие / К. Ф. Седова, Н. Х. Швачкин. – М. : Лабиринт, 2004. – 330 с.

54. Ястребова, А. В. Хочу в школу: Система упражнений, формирующих речемыслительную деятельность и культуру устной речи детей [Текст] / А. В. Ястребова, О. И. Лазаренко. – М. : АРКТИ, 1999. – 136 с.