

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
Глава 1. Теоретические аспекты выявления и коррекции нарушений звукопроизношения у детей со стертой дизартрией.....	9
1.1. Современные научные представления о дизартрии как о речевом нарушении.....	9
1.2. Особенности звукопроизношения при стертой дизартрии.....	18
1.3. Особенности изучения и коррекции нарушений звукопроизношения у детей со стертой дизартрией.....	31
Глава 2. Экспериментальное изучение нарушений звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией и описание методики.....	43
2.1. Организация экспериментального исследования	43
2.2. Анализ результатов экспериментального обследования детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией.....	49
Глава 3. Логопедическая работа по коррекции нарушений звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией.....	58
3.1. Использование нетрадиционного подхода в логопедической работе по коррекции звукопроизношения у детей со стертой дизартрией.....	58
3.2. Анализ результатов логопедической работы.....	71
Заключение.....	79
Список литературы.....	85
Приложения.....	94

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время у детей дошкольного возраста отмечается большое количество речевых расстройств, возникновение которых обусловлено органическим поражением центральной и периферической нервной системы.

Диагностика, проведение комплексного медико-педагогического воздействия, профилактика тяжелых речевых расстройств относятся к актуальным проблемам современной логопедии, неврологии и психиатрии.

Актуальность проблемы определяется большой частотой этих нарушений в структуре нервно-психических заболеваний у детей. Речевые нарушения отрицательным образом сказываются на общении и развитии ребенка, на процессах его нервно-психического становления в дошкольном возрасте. Они могут повлечь за собой отклонения в развитии памяти, мышления, воображения, а также сформировать комплекс неполноценности, выражающийся в трудности общения. Позднее речевые нарушения могут привести к школьной и социальной дезадаптации, к трудностям, иногда непреодолимым в обучении. Поэтому своевременное устранение речевых нарушений, в том числе и недостатков звукопроизношения, поможет предотвратить появление связанных с этим особенностей психического развития и трудностей в овладении навыками чтения и письма.

Тяжелым речевым расстройством, обусловленным органическим поражением нервной системы, является дизартрия, которая характеризуется нарушениями произносительной стороны речи, обусловленными недостаточностью иннервации речевого аппарата. В качестве ведущего дефекта при дизартрии выступает нарушение звукопроизношения и просодики, которое возникает в результате органического поражения центральной и периферической нервной системы.

Изучением дизартрии занимались Е.Н. Винарская, Л.С. Волкова, Л.Т. Журба, Л.В. Лопатина, Е.М. Мастюкова, К.А. Семенова, Н.В. Серебрякова, М.Е. Хватцев, М.Б. Эйдинова.

Дизартрия в неврологическом плане относится к нарушениям проводникового характера. К ней или даже к анартрии, т.е. невозможности процесса артикулирования, приводят нарушения проводимости подъязычного, языкоглоточного и блуждающего нервов по отдельности. Мозговые нарушения, выраженные не ярко, могут привести к возникновению стертой формы дизартрии, которая рассматривается как степень проявления этого речевого дефекта.

Исследования, которые проводились в массовых садах, показали, что от 40 до 60% детей старших и подготовительных к школе групп имеют отклонения в речевом развитии. При этом среди различных речевых нарушений очень часто встречается стертая дизартрия, которая относится к наиболее распространенным в логопедической практике нарушениям. Согласно приведенным Е.Ф. Архиповой данным, стертую дизартрию имеют до 50% детей в группах для детей с общим недоразвитием речи и до 35% детей в группах с фонетико-фонематическим недоразвитием [4].

Изучение стертой дизартрии является предметом исследования медицинских, педагогических и лингвистических дисциплин. Однако отсутствие единого терминологического подхода к обозначению этого речевого расстройства привело к тому, что в настоящее время существуют различные понятия, обозначающие одно нарушение речи: «стертая дизартрия», «мягкая» дизартрия, «дизартрический компонент», «минимальный дизартрический синдром», «минимальные дизартрические расстройства», «легкая степень дизартрии». Изучением стертой дизартрией занимались такие исследователи как Е.Ф. Архипова, Л.В. Лопатина, Р.И. Мартынова, Э.К. Макарова, Л.В. Мелехова, Н.В. Серебрякова, Е.Ф. Собонович, Т.В. Туманова.

Л.В. Лопатина [57] характеризует стертую дизартрию как речевую патологию, которая проявляется в расстройствах фонетического и просодического компонентов речевой функциональной системы и возникает вследствие невыраженного микроорганического поражения головного

мозга. К основным проявлениям стертой дизартрии необходимо отнести невнятную невыразительную речь, плохую дикцию, искажение и замену звуков в сложных по слоговой структуре словах.

При дизартрии, в том числе и стертой ее форме, коррекционная работа по автоматизации навыков правильного звукопроизношения затруднена, в связи с чем удлиняются сроки коррекционного воздействия. Для детей с данным речевым расстройством должна быть организована длительная, систематическая, индивидуальная логопедическая помощь.

Чтобы оптимизировать коррекционное воздействие, необходим поиск наиболее эффективных подходов к содержанию логопедической работы, направленной на устранение нарушений звукопроизношения детей со стертой дизартрией. В нашем исследовании мы попытаемся обосновать целесообразность и эффективность использования нетрадиционного подхода в логопедической работе.

В настоящее время перспективным средством коррекционно-развивающей работы, в том числе и с детьми со стертой дизартрией, являются нетрадиционные подходы [76]. В основу использования нетрадиционных подходов в отечественной педагогике положены базовые психолого-педагогические и методологические положения, разработанные Т.М. Грабенко, Н.С. Жуковой, А.В. Запорожцем, Л.В. Лопатиной, Е.М. Мастюковой, М.А. Поваляевой, Е.А. Пожиленко, Н.В. Серебряковой, Т.Б. Филичевой, М.И. Чистяковой, Д.Б. Элькониным.

Применение системы нетрадиционных форм коррекционной работы при стертой дизартрии наряду с традиционным подходом способствует следующим позитивным результатам: заинтересованность детей, развитие артикуляционной и пальчиковой моторики, творческой самостоятельности, памяти, внимания, мышления, совершенствование координации движений, расширение словарного запаса. При этом важно отметить их благотворное воздействие на развитие речевой коммуникации дошкольников в целом.

Цель: теоретическое и экспериментальное обоснование необходимости и эффективности использования нетрадиционного подхода в логопедической работе по коррекции нарушения звукопроизношения у детей со стертой дизартрией.

Задачи:

1. Анализ литературы по проблеме изучения и коррекции нарушений звукопроизношения при стертой дизартрии.
2. Разработка диагностического комплекса для изучения особенностей звукопроизношения у детей дошкольного возраста со стертой дизартрией.
3. Экспериментальное изучение особенностей звукопроизношения у детей дошкольного возраста со стертой дизартрией.
4. Проведение логопедической работы по коррекции нарушений звукопроизношения у детей дошкольного возраста со стертой дизартрией с применением нетрадиционных подходов.
5. Оценка эффективности проведенной коррекционной работы.

Гипотеза исследования: предположение, что использование нетрадиционных подходов в логопедической работе будет способствовать более эффективной коррекции нарушений звукопроизношения у детей со стертой дизартрией.

Объект исследования: нарушение звукопроизношения у детей дошкольного возраста со стертой дизартрией.

Предмет: использование нетрадиционных подходов в коррекции нарушений звукопроизношения у детей со стертой дизартрией.

Практическая значимость исследования. Составленный диагностический комплекс «Адаптированный диагностический комплекс оценки состояния артикуляционной, мимической моторики и звукопроизношения дошкольников со стертой дизартрией», методический материал по коррекции звукопроизношения у детей со стертой дизартрией с применением нетрадиционных подходов могут быть рекомендованы

практикующим учителям-логопедам, воспитателям логопедических групп, родителям детей со стертой дизартрией. Данный материал апробирован в процессе самостоятельной практической деятельности и внедрен в коррекционно-образовательный процесс логопедической группы МБДОУ «Детский сад № 10» г. Уссурийска.

Апробация материалов и результатов исследования проводилась в виде следующих публикаций:

- статья «Нетрадиционный подход в коррекции звукопроизношения у детей дошкольного возраста с дизартрией», журнал «Постулат» 2019 №2; [file:///C:/Users/1/Downloads/2429-2457-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/1/Downloads/2429-2457-1-PB%20(1).pdf)

- участие в IV межрегиональном конкурсе научно – исследовательских работ учителей, воспитателей и психологов массовых и специальных (коррекционных) образовательных учреждений «Интеграция науки и практики в сопровождении развития детей с ограниченными возможностями здоровья» (диплом III степени), статья «Особенности звукопроизношения у детей дошкольного возраста со стертой дизартрией», журнал «Постулат» 2020 №5; <http://e-postulat.ru/index.php/Postulat/issue/view/64>;

- статья «Взаимодействие учителя-логопеда с родителями детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией», Всероссийская конференция для педагогов «Педжурнал 2020», свидетельство о публикации № 767269 от 05 апреля 2020 года <https://pedjournal.ru/pub.html?id=767269>

Во Введении показано актуальность проблемы, цель, задачи и гипотеза исследования, объект и предмет исследования, новизна и практическая значимость исследования, апробация материалов и результатов исследования.

В первой главе работы «Теоретические аспекты выявления и коррекции нарушений звукопроизношения у детей со стертой дизартрией» рассматриваются теоретические аспекты выявления и коррекции нарушений звукопроизношения у детей со стертой дизартрией.

Во второй главе «Экспериментальное изучение нарушений звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией и описание методики» рассматривается описание диагностического комплекса, система оценивания нарушений звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией, анализ результатов диагностического обследования детей со стертой дизартрией.

В третьей главе «Логопедическая работа по коррекции нарушений звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией» описывается логопедическая работа по коррекции нарушений звукопроизношений у детей со стертой дизартрией при помощи нетрадиционного подхода, представлены результаты и эффективность проведенной работы.

В Заключение работы показаны выводы по всем структурным частям работы. Работа иллюстрирована таблицами.

Список литературы включает в себя 96 источников.

В конце работы представлено 3 приложения, которые включают в себя: бланк диагностического комплекса «Адаптированный диагностический комплекс оценки состояния артикуляционной, мимической моторики и звукопроизношения дошкольников со стертой дизартрией» (Приложение 1); конспекты занятий (Приложение 2); таблица «Индивидуальные показатели успешности выполнения заданий диагностического комплекса детей со стертой дизартрией на констатирующем и контрольном этапах» (Приложение 3).

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЫЯВЛЕНИЯ И КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ У ДЕТЕЙ СО СТЕРТОЙ ДИЗАРТРИЕЙ

1.1. Современные научные представления о дизартрии как о речевом нарушении

Согласно исследованиям зарубежных и отечественных ученых количество детей с речевыми расстройствами, обусловленными органическим поражением центральной и периферической нервной системы, постоянно увеличивается. Диагностика, проведение комплексного медико-педагогического воздействия, профилактика тяжелых речевых расстройств относятся к актуальным проблемам современной логопедии, неврологии и психиатрии.

Тяжелым речевым расстройством, обусловленным органическим поражением нервной системы, является дизартрия, которая характеризуется нарушениями произносительной стороны речи, обусловленными недостаточностью иннервации речевого аппарата. В качестве ведущего дефекта при дизартрии выступает нарушение звукопроизношения и просодики, которое возникает в результате органического поражения центральной и периферической нервной системы.

Дизартрия в неврологическом плане относится к нарушениям проводникового характера. К ней или даже к анартрии, т.е. невозможности процесса артикулирования, приводят нарушения проводимости подъязычного, языкоглоточного и блуждающего нервов по отдельности. Мозговые нарушения, выраженные не ярко, могут привести к возникновению стертой формы дизартрии, которая рассматривается как степень проявления этого речевого дефекта.

Анализ теоретических источников показал, что существуют различные определения дизартрий.

Дизартрия – это расстройство произносительной стороны речи, при которой страдает просодическая сторона звукового потока, фонетическая окраска звуков или неправильная реализация фонемных сигнальных признаков звукового строя речи (пропуски, замены звуков) [59].

К. Беккер и М. Совак [54] рассматривают дизартрию как нарушение координации речевого процесса, которое является симптомом повреждения моторного анализатора и эфферентной системы. При этом отмечают нарушение способности членения речи и артикуляции в целом.

Более полным и точным, на наш взгляд, является определение Е.М. Мастюковой [62], которая характеризует дизартрию как нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата.

Проблема дизартрии детского возраста в настоящее время интенсивно разрабатывается в различных направлениях: клиническое, нейролингвистическое, психолого-педагогическое. Наиболее подробно она описана у детей с церебральным параличом. Разработкой данной проблемы занимались Л.А. Данилова, Е.М. Мастюкова, И.И. Панченко, Е.Н. Правдина-Винарская, К.А. Семенова, М.Б. Эйдинова.

При дизартрии в качестве ведущего дефекта выступает нарушение звукопроизношения и просодики.

Наиболее часто (в 65-85% случаев) дизартрия сопутствует детскому церебральному параличу и имеет те же причины возникновения. В этом случае органическое поражение ЦНС происходит во внутриутробном, родовом или раннем периоде развития ребенка, обычно до 2-х лет. Среди наиболее частых перинатальных факторов дизартрии можно назвать токсикозы беременности, гипоксию плода, резус-конфликт, хронические соматические заболевания матери, патологическое течение родов, родовые травмы, асфиксию при рождении, недоношенность и др. Важно отметить, что степень выраженности дизартрии напрямую зависит от тяжести двигательных нарушений при ДЦП.

В раннем детстве поражение ЦНС и дизартрия у ребенка могут спровоцированы перенесенными нейроинфекциями (менингит, энцефалит), гнойным средним отитом, гидроцефалией, черепно-мозговой травмой, тяжелыми интоксикациями, нарушениями мозгового кровообращения, опухолью головного мозга. Причиной дизартрии могут стать пороки развития нервной системы, а также наследственные болезни нервной и нервно-мышечной систем.

Для всех форм дизартрии характерны нарушения артикуляционной моторики, проявляющиеся в нарушениях мышечного тонуса, характер которых зависит от локализации поражения мозга. Выделяют следующие формы нарушения мышечного тонуса в артикуляционной мускулатуре:

- спастичность артикуляционных мышц, которая может быть более локальной и распространяться только на отдельные мышцы языка;
- гипотония, при которой наблюдается тонкий язык, распластанный в полости рта, вялые губы, с отсутствием возможности их полного смыкания. В силу этого рот обычно полуоткрыт, отмечается выраженная гиперсаливация;
- дистония, когда в состоянии покоя в артикуляционном аппарате отмечается низкий мышечный тонус, а при попытках речи тонус резко нарастает. Характерная особенность этих нарушений – динамичность, непостоянство искажений, замен и пропусков звуков.
- наличие непроизвольных движений: гиперкинезов, тремора и дискоординационных расстройств;
- парезы и паралич;
- оральные синкинезии;
- речевые кинестезии.

Сочетаясь между собой, нарушения артикуляционной моторики составляют первый важный синдром дизартрии – синдром артикуляционных расстройств. Речевое дыхание нарушается из-за нарушений иннервации дыхательной мускулатуры.

Следующей особенностью дизартрии является нарушение голоса и мелодико-интонационные расстройства, которые вызывают парезы мышц языка, губ, мягкого нёба, голосовых складок, мышц гортани, нарушения их мышечного тонуса и ограничение их подвижности.

В зависимости от степени понятности речи для окружающих выделяются следующие степени тяжести дизартрии:

1 степень (стертая дизартрия) – дефекты звукопроизношения выявляются при специальном обследовании только логопедом;

2 степень – в целом речь остается понятной, но дефекты звукопроизношения заметны окружающим;

3 степень – речь пациента с дизартрией доступна пониманию только близкого окружения и частично посторонних людей;

4 степень – речь полностью отсутствует или непонятна даже самым близким людям (анартрия).

Клинико-физиологические аспекты дизартрии определяются локализацией и тяжестью поражения мозга. Нарушения звукопроизношения при дизартрии являются следствием поражения тех структур мозга, которые необходимы для управления двигательным механизмом речи. К таким структурам относятся: периферические двигательные нервы, идущие к мышцам речевого аппарата (языка, губ, щек, нёба, нижней челюсти, глотки, гортани, диафрагмы, грудной клетки); ядра этих периферических двигательных нервов, расположенные в стволе головного мозга; ядра, расположенные в стволе и в подкорковых отделах мозга и осуществляющие элементарные эмоциональные безусловно-рефлекторные речевые реакции типа плача, смеха, отдельных эмоционально-выразительных восклицаний.

При поражении перечисленных структур наблюдается картина периферического паралича (пареза), когда нервные импульсы не поступают к речевым мышцам, в них нарушаются обменные процессы, мышцы становятся вялыми, дряблыми, наблюдается их атрофия и атония, рефлексы

этих мышц исчезают в результате перерыва спинальной рефлекторной дуги и, как следствие, наступает арефлексия.

Обеспечение двигательного механизма речи также осуществляется более высоко расположенными мозговыми структурами, к которым относятся:

- подкорково-мозжечковые ядра и проводящие пути, которые осуществляют регуляцию мышечного тонуса и последовательность мышечных сокращений речевой мускулатуры, синхронность (координированность) в работе артикуляционного, дыхательного и голосового аппарата, а также эмоциональную выразительность речи. В результате поражения этих структур можно наблюдать отдельные проявления центрального паралича (пареза), сопровождающиеся нарушениями мышечного тонуса, усилением отдельных безусловных рефлексов, а также с выраженным нарушением просодических характеристик речи (громкости, плавности, темпа, эмоциональной выразительности, индивидуального тембра);
- проводящие системы, обеспечивающие проведение импульсов от коры мозга к структурам нижележащих функциональных уровней двигательного аппарата речи (к ядрам черепно-мозговых нервов, расположенных в стволе головного мозга). Поражение этих структур приводит к центральному парезу (параличу) речевой мускулатуры с повышением мышечного тонуса в мышцах речевого аппарата, усилением безусловных рефлексов и появлением рефлексов орального автоматизма с более избирательным характером артикуляторных расстройств;
- корковые отделы головного мозга, обеспечивающие не только более дифференцированную иннервацию речевой мускулатуры, но и формирование речевого праксиса. Поражение этих структур приводит к различным центральным моторным расстройствам речи.

С учетом локализации поражения речедвигательного аппарата различают следующие формы дизартрии:

- бульбарная дизартрия, связанная с поражением ядер черепно-мозговых нервов в продолговатом мозге;
- псевдобульбарная дизартрия, связанная с поражением корково-ядерных проводящих путей;
- экстрапирамидная (подкорковая) дизартрия, связанная с поражением подкорковых ядер головного мозга;
- мозжечковая дизартрия, связанная с поражением мозжечка и его проводящих путей;
- корковая дизартрия, связанная с очаговыми поражениями коры головного мозга [13].

Рассмотрим, чем характеризуется псевдобульбарная дизартрия, которая чаще всего диагностируется у детей дошкольного возраста. Данная форма дизартрии возникает в результате двустороннего поражения двигательных корково-ядерных путей, которые идут от коры головного мозга к ядрам черепных нервов ствола. Характерным ее проявлением является повышение мышечного тонуса по типу спастичности в артикуляционной мускулатуре. Активные движения мышц артикуляционного аппарата ограничены, а в тяжелых случаях – почти полностью отсутствуют, однако отмечается сохранность рефлекторных автоматических движений, усиление глоточного, нёбного рефлексов. Отмечается наличие синкинезий. Язык при псевдобульбарной дизартрии напряжен и оттянут кзади, его спинка закруглена и закрывает вход в глотку, кончик языка не четко выражен. Возможности ребенка в выполнении произвольных движений языком ограничены, он обычно может высунуть язык из полости рта, но с трудом удерживает высунутый язык по средней линии; отмечаются отклонения языка в сторону или же он опускается на нижнюю губу, загибаясь к подбородку. Боковые движения высунутого языка выполняются с малой амплитудой, в замедленном темпе, при этом кончик при всех его движениях остается пассивным и чаще всего напряженным. Особую грудность при псевдобульбарной дизартрии вызывает движение высунутого языка вверх с

загибанием его кончика к носу. При выполнении этого движения наблюдается повышение мышечного тонуса, пассивность кончика языка, а также истощаемость движения [73]. Важно отметить, что во всех случаях при псевдобульбарной дизартрии в первую очередь нарушаются наиболее сложные и дифференцированные произвольные артикуляционные движения, тогда как непроизвольные, рефлекторные движения чаще всего остаются сохранными. Наблюдаются избирательные трудности, которые возникают в произношении наиболее сложных по артикуляционным укладам звуков (р, л, ш, ж, ц, ч). Звук [Р] утрачивает вибрирующий характер, звонкость, часто заменяется щелевым звуком. При произнесении звука [Л] часто отсутствует определенный фокус образования, активный прогиб спинки языка вниз, можно наблюдать недостаточную приподнятость краев языка и отсутствие или слабость смычки кончика с твердым нёбом. В результате звук [Л] звучат как плоскощелевой звук.

Итак, при псевдобульбарной дизартрии нарушение произношения наиболее сложных по артикуляции переднеязычных звуков сочетается с искажением произношения и других групп звуков, сопровождаются нарушениями голоса, дыхания, интонационно-мелодической стороны речи, часто – слюноотделением.

По клинико-психологической характеристике дети с дизартрией представляют неоднородную группу, при этом четкая взаимосвязь между тяжестью дефекта и выраженностью психопатологических отклонений не прослеживается. Дизартрия может наблюдаться у детей с сохранным интеллектом, а легкие «стертые» проявления могут быть как у детей с сохранным интеллектом, так и у детей с олигофренией.

Дизартрия имеет различные проявления, которые в каждом из случаев возникновения выражены в разной степени. Общая моторика детей с дизартрией характеризуется ограничением объема активных движений. Дети быстро устают при функциональных нагрузках. У них значительно выражены трудности мелкой моторики. Это проявляется в том, что

дети плохо держат карандаш, при рисовании напрягают руки, они неловко работают с пластилином или выполняют аппликацию. Наиболее отчетливо нарушение тонких движений руки проявляется при выполнении проб – тестов пальчиковой гимнастики, когда движение по подражанию дети выполняют с трудом или совсем не могут выполнить без посторонней помощи. Именно поэтому такие дети часто избегают игры с мелкими деталями, конструкторами, пазлами [10].

Необходимо отметить патологические особенности, которые наблюдаются в артикуляционном аппарате. К таким особенностям относится паретичность мышц органов артикуляции, когда лицо гипомимично, мышцы лица при пальпации вялые; многие дети не удерживают позу закрытого рта, потому что из-за вялости жевательной мускулатуры нижняя челюсть не фиксируется в приподнятом состоянии; губы вялые, углы их опущены; губы во время речи остаются вялыми, из-за чего не производится необходимая лабиализация звуков, что ухудшает просодическую сторону речи. Язык при паретической симптоматике тонкий, вялый, располагается на дне ротовой полости, его кончик малоактивный. Мышечная слабость увеличивается при функциональных нагрузках (артикуляционных упражнениях).

Спастичность мышц органов артикуляции проявляется в амимичности лица, в твердых и напряженных мышцах лица при пальпации. Губы у такого ребенка постоянно находятся в состоянии полуулыбки и во время речи не принимают участие в артикуляции звуков [3]. Многие дети с подобной симптоматикой не умеют выполнять артикуляционное упражнение «Трубочка», при котором необходимо вытянуть губы вперед. Язык при спастическом симптоме часто толстый, без выраженного кончика, малоподвижный. Необходимо отметить наличие гиперкинезов, которые проявляются в виде дрожания, тремора языка и голосовых связок. При функциональных пробах и нагрузках проявляется тремор языка.

Кроме перечисленного выше, нужно отметить наличие в артикуляционном аппарате апраксии, которая проявляется в невозможности

выполнения определенных движений или при переключении от одного движения к другому. У одних детей можно наблюдать кинетическую апраксию, когда ребенок не в состоянии плавно переходить от одного движения к другому. У других детей отмечается кинестетическая апраксия. В этом случае ребенок производит хаотические движения, пытаясь «нащупать» нужную артикуляционную позу. Еще одной особенностью является наличие девиаций— отклонений языка от средней линии, которые проявляются также при артикуляционных пробах, и при функциональных нагрузках. Девиация языка сочетается с асимметрией губ при улыбке со сглаженностью носогубной складки.

Дети затрудняются в произнесении слов сложной слоговой структуры, они упрощают звуконаполняемость, опуская для этого некоторые звуки при стечении согласных. Интонационно - выразительная окраска их речи резко снижена. При этом следует отметить, что все указанные нарушения имеют индивидуальный характер и не обязательно проявляются у каждого ребенка.

Итак, отметим, что дизартрия как сложное нарушение речи, имеющее в качестве основной причины органическое поражение центральной нервной системы, может иметь разные формы и степень проявления, что обусловлено, прежде всего, особенностями проявления и локализацией поражения в коре головного мозга. Главными проявлениями дизартрии являются фонетические и фонематические нарушения, нарушения просодики и лексико-грамматического компонента языка, расстройство общей, мелкой и артикуляционной моторики.

Дизартрия может проявляться в разной степени тяжести. О легкой степени дизартрии, или ее стертой форме, речь пойдет в следующем параграфе.

1.2. Особенности звукопроизношения при стертой дизартрии

Одним из расстройств речи, наиболее часто встречающихся в детском возрасте, является стертая дизартрия (легкая степень дизартрии), при которой ведущими в структуре речевого дефекта являются стойкие нарушения звукопроизношения. Эти нарушения сходны с другими артикуляторными расстройствами и представляют значительные трудности для дифференциальной диагностики и коррекционно-логопедической работы. Данные положения приводятся в работах И.Б. Карелиной [39], Л.В. Лопатиной [56], Р.И. Мартыновой [59], Л.В. Мелеховой [63], Л.Ф. Спировой, Е.Ф. Соботович [75], О.А. Токаревой [79].

О.А. Токарева [79], впервые предложившая термин «стертая» дизартрия, охарактеризовала ее проявления как легкие (стертые) проявления псевдобульбарной дизартрии, которые отличаются особой трудностью преодоления.

М.П. Давыдова рассматривала стертую дизартрию как «нарушения звукопроизношения, вызванные избирательной неполноценностью некоторых моторных функций речедвигательного аппарата, а также слабостью и вялостью артикуляционной мускулатуры, можно отнести к легкой стертой псевдобульбарной дизартрии» [25, с. 13]. Она указывает на различный характер недостатков произношения, при этом основным признаком этого нарушения называется смазанность, размытость, нечеткость артикуляции, которые наиболее резко проявляются в речевом потоке.

А.Н. Корнев [48] определил это расстройство как избирательные, негрубые, но при этом достаточно стойкие нарушения звукопроизношения, которые сопровождаются легкими, своеобразными проявлениями иннервационной недостаточности органов артикуляции. При стертой дизартрии отсутствуют тотальные полиморфные нарушения звукопроизношения (как при дизартрии у детей с ДЦП), отсутствуют выраженные нарушения тонуса и сократительной способности

артикуляционных мышц. Автор рассматривает эту категорию нарушений произносительной стороны речи как занимающую промежуточное положение между дислалией и дизартрией.

По мнению Л.В. Лопатиной [57], стертая дизартрия проявляется в расстройствах фонетического и просодического компонентов речевой функциональной системы и возникает вследствие невыраженного микроорганического поражения головного мозга.

Изучение стертой дизартрии как речевого расстройства является предметом исследования медицинских, педагогических и лингвистических дисциплин. Однако отсутствие единого терминологического подхода к обозначению этого речевого расстройства привело к тому, что в настоящее время существуют различные понятия, обозначающие одно нарушение речи: «стертая дизартрия», «мягкая» дизартрия, «дизартрический компонент», «минимальный дизартрический синдром», «минимальные дизартрические расстройства», «легкая степень дизартрии». Изучением стертой дизартрии занимались такие исследователи как Е.Ф. Архипова, Л.В. Лопатина, Р.И. Мартынова, Э.К. Макарова, Л.В. Мелехова, Н.В. Серебрякова, Е.Ф. Собонович, Т.В. Туманова.

Исследования, которые проводились в массовых садах, показали, что от 40 до 60% детей старших и подготовительных к школе групп имеют отклонения в речевом развитии. При этом среди различных речевых нарушений очень часто встречается стертая дизартрия, которая относится к наиболее распространенным в логопедической практике нарушениям. Согласно приведенным Е.Ф. Архиповой данным, стертую дизартрию имеют до 50% детей в группах для детей с общим недоразвитием речи и до 35% детей в группах с фонетико-фонематическим недоразвитием [4].

Для раннего выявления этой формы дизартрии и правильной организации комплексного воздействия необходимо знать симптомы и причины возникновения, характеризующие это нарушение.

Причинами возникновения стертой дизартрии могут быть:

- отклонения во внутриутробном развитии (токсикозы, гипертония (повышенное давление) нефропатия во время беременности;
- инфекционные заболевания, перенесенные во время беременности;
- асфиксия новорожденных;
- стремительные или затяжные роды;
- длительный безводный период;
- механическое родовспоможение (щипцы, вакуум).

Вследствие действия различных причин наблюдаются неярко выраженные мозговые нарушения. Неярые, «стертые» нарушения со стороны черепно-мозговых нервов лежат в основе легких расстройств иннервации, т.е. нарушений функционирования двигательных нервов, обеспечивающих процесс нормальной речи. Это и приводит к неточности произношения.

Рассмотрим речевую симптоматику стертой дизартрии:

- нарушения звукопроизношения в виде отсутствия, замен, искажения звуков. У детей наблюдается упрощение артикуляции, т. е. замена сложных звуков более простыми по артикуляционно-акустическим признакам. Наиболее часто среди искажений встречается боковое произнесение свистящих, шипящих, переднеязычных звуков, смягчение твердых звуков;
- просодические нарушения, которые проявляются в монотонной и мало выразительной речи, чаще низком тембре, тихом голосе, замедленном или ускоренном темпе речи;
- нарушение фонематического слуха, что чаще носит вторичный характер, т. к. собственная «смазанная» речь ребенка не способствует формированию у него четкого слухового восприятия и контроля [3].

Стертая дизартрия чаще всего диагностируется после 5 лет. У значительной части детей с легкими проявлениями дизартрии раннее речевое развитие можно охарактеризовать как незначительно замедленное. К 4–5

годам ребенок с ранним церебральным (мозговым) поражением теряет большую часть симптоматики, но при этом у него может сохраняться стойкое нарушение звукопроизношения и просодики. Первые слова у ребенка обычно появляются к 1 году, фразовая речь формируется к 2–3 годам. При этом речь таких детей довольно долго остается неразборчивой, неясной, понятной только родителям. Таким образом, к 3–4 годам фонетическая сторона речи (внятность речи) у дошкольников со стертой дизартрией остается несформированной.

Е.Ф. Соботович и А.Ф. Чернопольская [75] выявили четыре группы детей в зависимости от проявлений нарушений двигательной стороны процесса произношения и с учетом локализации паретических явлений органов артикуляционного аппарата. Они выделили следующие виды стертой дизартрии:

- нарушения звукопроизношения, вызванные избирательной неполноценностью некоторых моторных функций речедвигательного аппарата (I группа);
- слабость, вялость артикуляционной мускулатуры (II группа).
- клинические особенности нарушений звукопроизношения, связанные с затруднением в выполнении произвольных двигательных актов (III группа);
- дефекты звуковой стороны речи, имеющиеся у детей с различными формами моторной недостаточности (IV группа).

Исследования Л.В. Лопатиной [57] и других ученых выявили у детей со стертой дизартрией нарушения иннервации мимической мускулатуры, которые проявляются в наличии сглаженности носогубных складок, асимметричности губ, трудности подъема бровей, зажмуривания глаз.

Как правило, для детей со стертой дизартрией характерными симптомами являются следующие: трудности переключения с одного на другое движение, сниженный объем движений губ и языка; неполный объем, приблизительный характер движений губ, трудности в растягивании губ.

Отмечается избирательная слабость некоторых мышц языка при выполнении соответствующих упражнений, неточность движений, трудности распластывания языка, подъема и удержания языка наверху, тремор кончика языка; у отдельных детей при повторном выполнении задания отмечается замедление темпа движений.

У многих детей отмечается быстрое утомление, повышение саливации, наличие гиперкинезов мышцы лица и язычной мускулатуры, отклонение языка (девиация) в некоторых случаях.

Отметим, что неразборчивая речь при стертой дизартрии обусловлена не только расстройством собственно артикуляции, но и нарушением окраски речи, ее мелодико-интонационной стороны, т.е. нарушением просодики. Стертая дизартрия характеризуется невыразительностью речи, монотонностью интонации, назальным оттенком произношения. Вместе с тем она может осложняться другими речевыми расстройствами, например фонетико-фонематическим недоразвитием, общим недоразвитием речи или заиканием.

Л.В. Лопатина [56] и О.Ю. Федосова [82], раскрывая вопросы дифференциальной диагностики стертой дизартрии и других нарушений звукопроизношения, отмечают, что она чрезвычайно затруднена. Нарушения фонетической стороны речи при стертой дизартрии, внешне сходны с другими звукопроизносительными расстройствами, но при этом имеют свой специфический механизм. Л.В. Лопатина и Н.В. Серебрякова указывают на то, что фонематические нарушения при стертой дизартрии с трудом поддаются коррекции и негативно влияют на формирование фонематической и лексико-грамматической сторон речи, затрудняют процесс обучения детей в школе [57].

Рассмотрим, каковы особенности звукопроизношения в общей произносительной картине при стертой дизартрии.

Е.Ф. Соботович и А.Ф. Чернопольская, рассматривая в качестве дифференциальных критериев произносительной стороны речи состояние

звукопроизносительной, просодической стороны речи, а также уровень сформированности языковых средств, выделили четыре группы детей со стертой дизартрией [75].

1 группа. Это дети, у которых наблюдается недостаточность некоторых моторных функций артикуляторного аппарата: избирательная слабость, паретичность некоторых мышц языка. Асимметричная иннервация языка, слабость движений одной половины языка являются причиной таких нарушений звукопроизношения, как боковое произношение мягких свистящих звуков [с'] и [з'], аффрикат [ц], мягких переднеязычных [т'] и [д'], заднеязычных [г], [к], [х], боковое произношение гласных [э], [и], [ы].

Асимметрическая иннервация передних краев языка приводит к боковому произношению всей группы свистящих, шипящих, звуков [р], [д], [т], [н]; в других случаях это является причиной межзубного и бокового произношения этих же звуков. Причинами этих нарушений, по мнению Е.Ф. Соботович [63], являются односторонние парезы подъязычного и лицевого нервов, которые носят стертый невыраженный характер. Небольшая часть детей этой группы имеет фонематическое недоразвитие, которое связано с искаженным произношением звуков, в частности, недоразвитием навыков фонематического анализа и фонематических представлений. У большинства детей этой группы уровень развития лексико-грамматического строя речи соответствует возрасту.

2 группа. У детей этой группы каких-либо патологических особенностей общих и артикуляционных движений не выявлено. Однако их речь характеризуется вялостью артикуляции, нечеткостью дикции, общей смазанностью речи. Основная трудность для детей заключается в произнесении звуков, требующих мышечного напряжения (сонорные, аффрикаты, согласные, особенно взрывные). Так, дети часто пропускают звуки [р], [л], заменяют их щелевыми либо искажают (губно-губной ламбдацизм, при котором смычка заменяется губно-губной фрикацией); в результате трудностей вибрации кончика языка наблюдается одноударный

ротацизм. Можно отметить расщепление аффрикат, которые чаще всего заменяются щелевыми звуками. Нарушение артикуляторной моторики обычно проявляется в динамических речедвигательных процессах. В целом речевое развитие детей чаще всего соответствует возрасту. Проявления неврологической симптоматики следующие: сглаженность носогубной складки, наличие патологических рефлексов (хоботковый рефлекс), девиации языка, асимметрия движений и повышенный тонус мышц.

3 группа. У детей имеются в наличии все необходимых артикуляторные движения губ и языка, однако они затрудняются в нахождении позиций губ и особенно языка по инструкции, по подражанию, на основе пассивных смещений, т.е. при выполнении произвольных движений и в овладении тонкими дифференцированными движениями. Особенность произношения у детей этой группы проявляется в замене звуков не только по месту, но и по способу образования, которая носит непостоянный характер. У детей отмечается фонематическое недоразвитие, выраженное в различной степени. Отмечаются некоторые колебания уровня развития лексико-грамматической стороны речи: от нормы до выраженного ОНР. Неврологическая симптоматика представлена повышением сухожильных рефлексов с одной стороны, повышенным или пониженным тонусом с одной или двух сторон. Характер нарушений артикуляторных движений можно рассматривать как проявления артикуляторной диспраксии.

4 группа. Эта группа представлена детьми с выраженной общей моторной недостаточностью, проявления которой достаточно разнообразны. У детей выявляется малоподвижность, скованность, замедленность, ограниченный объем движений. В отдельных случаях наблюдаются проявления гиперактивности, беспокойства, большое количество лишних движений. Эти особенности проявляются и в движениях артикуляторных органов: вялость, скованность движений, гиперкинезы, большое количество синкинезий при выполнении движений нижней челюстью, в лицевой мускулатуре, невозможность удержания заданного положения. Нарушения

звукопроизношения характеризуются заменами, пропусками, искажениями звуков. Неврологическое обследование детей данной группы выявляет симптомы органического поражения центральной нервной системы (девиация языка, сглаженность носогубных складок, снижение глоточного рефлекса). Уровень развития фонематического анализа, фонематических представлений, лексико-грамматической стороны речи может быть различным: от нормы до существенного ОНР.

Большинство авторов, занимающихся проблемой звукопроизношения при стертой дизартрии, отмечают полиморфное нарушение произношения, характерное для всех детей.

Этот факт подтверждают исследования Л. В. Лопатиной [56], согласно которым полиморфные нарушения детей со стертой дизартрией представлены следующим образом:

- нарушение двух фонетических групп звуков – 16,7%;
- нарушение трех фонетических групп звуков – 43,3%;
- нарушение четырех и выше фонетических групп звуков – 40%.

Нарушения произношения свистящих звуков являются самыми распространенными у дошкольников со стертой дизартрией. За ними следуют нарушения произношения шипящих звуков. К менее распространенным относятся нарушения произношения сонорных звуков [р] и [л]. Распространенность нарушения произношения различных групп звуков у детей характеризуется определенными особенностями, которые обусловлены сложным взаимодействием речеслухового и речедвигательного анализаторов и акустической близостью звуков.

Характер фонетико-фонематических нарушений при стертой дизартрии, по мнению Л. В. Лопатиной [55], определяется соотношением акустических и артикуляторных характеристик, присущих различным группам звуков. Отмечается, что группы акустически близких звуков усваиваются хуже, чем группы звуков акустически более далеких, хотя и более сложных по артикуляции.

Фонетико-фонематические нарушения при стертой дизартрии проявляются следующим образом:

- нарушения звукопроизношения, характеризующиеся одинаковым видом искажений различных групп звуков (23%) (межзубное и боковое произношение различных групп звуков);
- нарушения звукопроизношения, характеризующиеся различным видом искажений звуков (33,3%) (межзубный сигматизм и боковой ротацизм);
- искажение и отсутствие различных групп звуков (33,7%) (межзубный сигматизм и отсутствие звуков [р] и [л]);
- искажения и замена различных групп звуков (6,7%) (межзубный сигматизм и замена звука [ч] на звук [т']).

По мнению И.Б. Карелиной [39], звуками, которые наиболее трудны для произношения детей со стертой дизартрией, являются твердые свистящие: [с] – 98%, [з] – 96%. Для этих звуков характерно межзубное произношение, реже встречается губно-зубное и призубное произношение. Автор отмечает, что и в группе шипящих звуков наблюдаются аналогичные нарушения: [ш], [ж] – 95%. Иногда шипящие могут заменяться искаженными свистящими. Среди аффрикат чаще страдает произношение [ц] и составляет 95% от нарушений всей группы аффрикат. Нарушение произношения [ч] – 80%, отмечается реже. Звук [ц] – обычно на [с`] или искаженное [с], а звук [ч] заменяется на [т`] или искажается, звук [щ] – заменяется на искаженное [ч] или [ш], реже на звук [с`]. Сонорные звуки, согласно исследованиям автора, нарушаются следующим образом: среди нарушений произношения звука [л] преобладают нарушения, выражающиеся в искажении звука [л] – 85% (губно-губной, губно-зубной и межзубный ламбдацизм), замене звук [л`] на [j], частом отсутствии звука [л]. Среди расстройств произношения звуков [р], [р,] самым распространенным искажением является велярное произношение (80%). Звук [р`] иногда заменяется звуком [j]. Заднеязычные [г] и [к] заменяются на [т] и [д] или отсутствуют (25%). Основным вариантом

дефектного произношения твердых переднеязычных [т] и [д] является межзубное произношение, которое сочетается с межзубным произношением свистящих и шипящих. Частый дефект мягких переднеязычных [т'] и [д'] – боковое произношение, которое сочетается с боковым сигматизмом. Встречается смягченное произношение всех согласных, возникающие вследствие спастичного напряжения средней части спинки языка.

Остальные согласные обычно являются относительно сохранными. Твердые звуки у детей со стертой дизартрией нарушаются чаще, чем мягкие. Глухие и звонкие пары звуков в произношении нарушены одинаково.

Л.В. Лопатиной [56] были выделены три группы детей со стертой дизартрией, отличающиеся характерными нарушениями звукопроизношения.

Первая группа. Нарушения звукопроизношения проявляются в виде множественных искажений и отсутствии звуков. Фонематический слух сформирован полностью. Слоговая структура слов разной сложности не нарушена. Качество и объем активного и пассивного словаря соответствуют возрастной норме. Дети достаточно успешно овладевают навыками словоизменения и словообразования. В речи детей этой группы отсутствуют структурные или морфемные аграмматизмы. Связная монологическая речь формируется в соответствии с возрастными нормативами. В рамках психолого-педагогической классификации данную группу детей со стертой дизартрией можно отнести к группе с фонетическим недоразвитием (ФН).

Вторая группа. Экспрессивная речь оценивается удовлетворительно. Нарушение звукопроизношения проявляется во множественных заменах и искажениях. Фонематический слух детей этой группы нарушен незначительно, но при обучении их звуковому анализу возникают трудности. При воспроизведении слов сложной слоговой структуры наблюдаются перестановки и другие ошибки. Отстает от возрастной нормы не только активный, но и пассивный словарь. При грамматическом оформлении речи дети допускают ошибки (морфемные аграмматизмы). В связной монологической речи преобладает употребление

двухсловных, нераспространенных предложений. Согласно психолого-педагогической классификации эти дети относятся к группе с фонетико-фонематическим недоразвитием (ФФН).

Третья группа. Экспрессивная речь детей этой группы сформирована неудовлетворительно. В речи отмечаются импрессивные аграмматизмы. Нарушение звукопроизношения носит полиморфный характер и характеризуется множественными заменами, искажениями, отсутствием звуков. Выраженное нарушение фонематического слуха, которое наблюдается у детей этой группы, затрудняет овладение звуковым анализом. Нарушение слоговой структуры слов выражено в большей степени, чем у детей 1ой и 2ой групп. Значительно отстает от возрастных нормативов активный и пассивный словарь, а ошибки лексико-грамматического оформления речи носят множественный и стойкий характер. Данная группа детей со стертой дизартрией связной речью не овладевает и соотносится с общим недоразвитием речи (ОНР).

Фонетико-фонематические нарушения у детей со стертой дизартрией характеризуется следующими особенностями [3]:

1. Отсутствие и замены звуков. Сложные по артикуляции звуки заменяются простыми по артикуляции, например: вместо [с], [ш] – [ф], вместо [р], [л] – [л'], [й], вместо – глухих; свистящие и шипящие (фрикативные) заменяются звуками [т], [т'], [д], [д']. Отсутствие звука или замена его другим по артикуляционному признаку создаёт условия для смешения соответствующих фонем. При смешении звуков, близких по артикуляционным или акустическим признакам, у ребёнка формируется артикулема, но сам процесс фонемообразования при этом не заканчивается. Трудности различения близких звуков, принадлежащих разным фонетическим группам, в последствии приводят к их смешению при чтении и на письме. Количество неправильно употребляемых в речи звуков может достигать большого числа – до 16 – 20.

Чаще всего несформированными оказываются свистящие и шипящие ([с]-[с'], [з]-[з'], [ц], [ш], [ж], [ч], [щ]); [т'] и [д']; звуки [л], [р], [р']; звонкие звуки замещаются парными глухими; недостаточно противопоставлены пары мягких и твёрдых звуков; отсутствует согласный [й]; гласный ы.

Некоторые дети всю группу свистящих и шипящих звуков при произнесении заменяют более простыми по артикуляции взрывными звуками [т], [т'], [д], [д'].

Нужно отметить, что по специальному требованию некоторые звуки ребенок произносит правильно, но в речи их не употребляет или заменяет.

Часто наблюдается нестойкое употребление звуков в речи, когда одно и то же слово в разных контекстах или при неоднократном повторении ребенок произносит неправильно.

2. Замены группы звуков диффузной артикуляцией, когда вместо двух или нескольких артикуляционно-близких звуков ребенок произносит средний, неотчётливый звук. Например, вместо [ш] и [с] – мягкий звук [ш'], вместо [ч] и [т] – нечто вроде смягчённого [ч].

Причинами таких замен является недостаточная сформированность фонематического слуха или его нарушение.

3. Нестойкое употребление звуков в речи, когда некоторые звуки по инструкции изолированно ребёнок произносит правильно, но в речевом потоке они отсутствуют или заменяются другими звуками. Иногда одно и то же слово в разном контексте или при повторении ребёнок произносит различно. Бывает, что у ребёнка звуки одной фонетической группы заменяются, звуки другой – искажаются.

4. Искажённое произношение одного или нескольких звуков. Ребёнок может искаженно произносить 2-4 звука или говорить без дефектов, а на слух не различать большее число звуков из разных групп. Причиной искажённого произношения звуков обычно является недостаточная сформированность артикуляционной моторики или её нарушения.

Кроме перечисленных особенностей произношения и фонематического восприятия у детей со стертой дизартрией наблюдаются следующие характерные особенности: общая смазанность речи, нечеткая дикция, некоторая задержка в формировании словаря и грамматического строя речи (ошибки в падежных окончаниях, употребление предлогов, согласовании прилагательных и числительных с существительными). Отметим, что проявления речевого недоразвития у детей данной группы в большинстве случаев выражены не резко, разнообразные ошибки выявляются только при специальном обследовании речи.

Таким образом, стертая дизартрия является одним из расстройств речи, наиболее часто встречающихся в детском возрасте. В структуре речевого дефекта ведущими являются стойкие нарушения звукопроизношения, сходные с другими артикуляторными расстройствами и представляющие значительные трудности для дифференциальной диагностики и коррекционно-логопедической работы.

Нарушения звукопроизношения при стертой дизартрии характеризуются смещением, искажением, заменой и отсутствием звуков. Нарушения произнесения свистящих и шипящих звуков являются наиболее распространенным дефектом звукопроизношения. Менее распространенными оказываются нарушения произношения сонорных звуков [р] и [л]. Достаточно часто отмечается межзубное, боковое произношение. Дети испытывают трудности при произношении слов со сложной слоговой структурой, упрощают звуконаполняемость, опуская некоторые звуки при стечении согласных.

Для всех детей со стертой дизартрией характерно полиморфное нарушение произношения.

Поскольку дифференциальная диагностика стертой дизартрии чрезвычайно затруднена, а нарушения звукопроизношения у детей с этим речевым нарушением с трудом поддаются коррекции, очень важно

тщательно рассмотреть вопросы изучения и коррекции нарушений звукопроизношения у детей со стертой дизартрией.

1.3. Особенности изучения и коррекции нарушений звукопроизношения у детей со стертой дизартрией

Логопедическое обследование является важным этапом коррекционной работы. От всесторонней правильно проведенной диагностики зависит дальнейшее обучение ребенка и его будущее. Эффективность коррекционной работы логопеда определяется умением правильно оценить структуру дефекта и степень выраженности нарушений.

Рассмотрим несколько диагностических комплексов.

Тестовая методика Т.А. Фотековой [85] (адаптированная для детей дошкольного возраста) позволяет провести исследование состояния речевого развития дошкольников в сокращенном варианте, позволяющем оценить состояние основных компонентов экспрессивной речи ребенка. Сокращенный вариант диагностики состоит из четырех серий: исследование сенсомоторного уровня речи; исследование грамматического строя речи; исследование словаря и навыков словообразования; исследование связной речи.

Данная методика интересна тем, что имеет балльную систему оценки выполняемых речевых проб. Автор методики предлагает, высчитав процентное выражение успешности каждой серии, вычертить индивидуальный речевой профиль. Получив такой профиль, можно сразу вычленить как наиболее несформированные, так и наиболее благополучные компоненты речевой системы ребенка, и основываясь на этом, разработать коррекционную программу.

Экспресс-диагностика В.В. Коноваленко и С.В. Коноваленко [46], как и предыдущая, предназначена для оперативного массового обследования

звукопроизношения у детей дошкольного и младшего школьного возраста с целью выявления нуждающихся в логопедической помощи, что делает диагностику универсальной.

Авторы предлагают начать обследование с предварительной беседы, позволяющей составить общее впечатление о ребенке, его речевом развитии, произношении звуков. Обследование звукопроизношения проводится по схеме: звук – слог – слово – предложение – текст.

Подбор лексического материала осуществляется с учетом возраста испытуемых; доступности понимания и частоты употребления лексических единиц. Исходя из этих условий, предлагаемые слова должны быть понятными, знакомыми и общеупотребительными. С учетом позиции звука в слове диагностический материал должен содержать слова, в которых исследуемый звук находится в таких позициях как начало слова, середина, конец, стечение согласных. Однако звонкие согласные в конечной позиции не предлагаются, так как при произношении они оглушаются. Необходимо избегать слов, в которых могут быть противопоставленные друг другу звуки по артикуляции, фонетическому оформлению и смысловозначительной характеристике. Слово, включенное в процедуру обследования должно содержать лишь один трудный звук, чаще всего подверженный нарушениям (такowymi являются звуки из группы свистящих или шипящих или соноров). Слова для обследования должны быть различного слогового состава и звуконаполняемости.

Рассматриваемый диагностический комплекс предусматривает подборку заданий на исследование различных видов речи (сопряженной, отраженной, самостоятельной и спонтанной). Авторы предполагают, что в зависимости от исследуемого вида речи может меняться качество произносимого испытуемым звука, что является важным диагностическим показателем для построения дальнейшей коррекционной работы.

Для изучения состояния звукопроизношения детей 3 – 6 лет можно использовать тестовую диагностику Т.В. Кабановой, О.В. Домниной [38], которая включает в себя следующие направления: определение уровня понимания речи, сформированности предпосылок к ее развитию: фонематического слуха, готовности артикуляционного аппарата; изучение уровня активной речи; анализ состояния общей и мелкой моторики. Данная диагностика имеет балльно-уровневую систему оценки. Опыт показывает, что она удобна для диагностики; уточнения структуры речевого дефекта и оценки степени выраженности нарушений разных сторон речи (получение речевого профиля); построения системы индивидуальной коррекционной работы; комплектования подгрупп на основе общности структуры нарушения речи; отслеживания динамики речевого развития ребенка и оценки эффективности коррекционного воздействия.

Кроме того, для обследования детей с дизартрией может быть использован диагностический комплекс Л.А. Зайцевой [31]. Обследование звукопроизношения включено в общую схему обследования: общая моторика; мелкая моторика рук; строение артикуляционного аппарата; моторика артикуляционного аппарата; состояние мимики; звукопроизношение; слуховая функция; просодическая сторона речи; зрительная функция; стереогноз; состояние словарного запаса и грамматического строя речи; письменная речь; психическое состояние

В ходе изучения звукопроизношения проверяется изолированное произнесение звуков в следующей последовательности: гласные, согласные (губные, губно-зубные, задненебные, передненебные взрывные, шипящие, свистящие, аффрикаты, соноры). Затем проверяется умение произносить звуки в слогах, словах, фразовой речи. Применяются задания, состоящие в многократном повторении одного звука, так как при этом создаются условия, уменьшающие артикуляционное переключение с одного звука на другой. Это дает возможность обнаружить трудности иннервации артикуляционного акта, особенно в случаях «стертой» дизартрии.

Рассмотрим еще один диагностический комплекс. В него входит методика Г.В. Бабиной, направленная на обследование моторики артикуляционного аппарата, и тесты Л.А. Квинта для обследования произвольной мимической моторики (в модификации Г. Гельнитца) [7].

Г.В. Бабина предлагает следующие разделы обследования моторики артикуляционного аппарата:

- 1) исследование двигательной функции губ;
- 2) исследование двигательной функции челюсти;
- 3) исследование двигательных функций языка;
- 4) исследование двигательной функции мягкого неба.

Результаты выполнения оцениваются в баллах, что удобно для проведения количественного анализа.

Задания для обследования произвольной мимической моторики (тесты Л.А. Квинта в модификации Г. Гельнитца) проводятся в игровой форме, что соответствует ведущей деятельности детей старшего дошкольного возраста. Автор предлагает качество выполнения задания (полноценное, четкое; частичное, нечеткое; невыполнение) оценивать в соответствии с определенным количеством баллов (3; 2; 1) и, исходя из общего количества баллов, соотносить с уровнями (высоким, средним, низким).

Данный диагностический комплекс позволяет выявить общие уровни мимической и артикуляционной моторики, а также такие их особенности, как паретичность, спастичность мышц артикуляционного аппарата, гиперкинезы, апраксию, девиацию языка, гиперсаливацию и другие, что позволяет составить индивидуальные пути коррекции для каждого ребенка, имеющего дизартрию.

Таким образом, проведенный анализ диагностических методик позволяет систематизировать взгляды по рассматриваемой теме, а также обозначить и конкретизировать круг проблем, необходимых для детальной проработки в теории и на практике. Чем детальнее будет проведено обследование, чем точнее будет определена картина речевого нарушения, его

причины и проявления, тем правильнее будут определены направления коррекционного воздействия, формы, средства, методы и приемы, обеспечивающие эффективность логопедической работы.

Рассмотрим методики коррекции нарушений звукопроизношения при стертой дизартрии.

Так Е.Ф. Архипова [4] рекомендует комплексный подход в коррекционных мероприятиях, который включает в себя три блока: медицинский, психолого – педагогический, логопедическая работа.

Автор предлагает планировать логопедическую работу поэтапно. *Первый этап* логопедической работы, подготовительный, содержит следующие направления:

- нормализация мышечного тонуса мимической и артикуляционной мускулатуры;
- нормализация моторики артикуляционного аппарата;
- нормализация голоса;
- нормализация речевого дыхания;
- нормализация просодики;
- нормализация мелкой моторики рук.

Вторым этапом логопедической работы является выработка новых произносительных умений и навыков, что включает в себя следующие направления:

- выработка основных артикуляционных укладов для подготовки артикуляционной базы;
- определение последовательности работы по коррекции звукопроизношения. В зависимости от наличия патологической симптоматики в артикуляционной области последовательность работы над звуками определяется индивидуально;
- уточнение или развитие фонематического слуха.
- непосредственно вызывание конкретного звука;

- закрепление вызванного звука, т. е. его автоматизация. Е.Ф. Архипова предлагает следующую последовательность автоматизации поставленного звука: в слогах разной структуры (10 модулей), где все звуки произносятся утрированно, в словах разной слоговой структуры (13 классов слов), где закрепляемый звук находится в разных позициях (в начале, в конце, в середине). Затем его автоматизируют в предложении, насыщенном контрольным звуком.

- дифференциация поставленного звука в произношении с оппозиционными фонемами.

На *третьем этапе* логопедической работы проводится выработка коммуникативных умений и навыков. Одним из наиболее сложных направлений работы является формирование у ребенка навыков самоконтроля. Более традиционным направлением на этом этапе является введение звука в речь в учебной ситуации (заучивание стихов, составление предложений, рассказы, пересказы и т. п.).

Специфическим направлением этапа является включение в лексический материал просодических средств.

Четвертый этап логопедической работы – предупреждение или преодоление вторичных нарушений при дизартрии.

На данном этапе коррекционной работы Е.Ф. Архипова рекомендует обеспечить раннюю диагностику дизартрии, определение группы риска по дизартрии, а также организовать раннюю коррекционную работу.

Пятый этап логопедической работы предполагает подготовку ребенка с дизартрией к обучению в школе. Основные направления логопедической работы – формирование графомоторных навыков, психологической готовности к обучению, профилактика дисграфических ошибок.

Данная методика коррекционной работы универсальна для коррекции различных речевых нарушений, результативна, поэтапна, строится от простого к сложному, учитывает индивидуальные и возрастные особенности детей с дизартрией.

Авторскую систему коррекционно-педагогической работы предлагает Л.С. Волкова [53]. Логопедическая работа при дизартрии, как и в рассматриваемой выше методике, проводится поэтапно.

Первый этап, подготовительный, предполагает подготовку артикуляционного аппарата к формированию артикуляционных укладов, а у ребенка раннего возраста – воспитание потребности в речевом общении; развитие и уточнение пассивного словаря, коррекцию дыхания и голоса. Большое внимание уделяется развитию сенсорных функций. Методы и приемы работы дифференцируются в зависимости от уровня развития речи. Важным условием является проведение работы на фоне медикаментозного воздействия, физиолечения, лечебной физкультуры и массажа.

Второй этап включает в себя формирование первичных коммуникативных произносительных навыков. Основной его целью является развитие речевого общения и звукового анализа. Работа по коррекции артикуляционных нарушений включает в себя расслабление мышц артикуляционного аппарата, выработку контроля над положением рта, развитие артикуляционных движений, развитие голоса; коррекцию речевого дыхания; развитие ощущений артикуляционных движений и артикуляционного праксиса.

При проведении артикуляционной гимнастики Автор рекомендует большое значение уделять тактильно-проприоцептивной стимуляции, развитию статико-динамических ощущений, четких артикуляционных кинестезий.

На начальных этапах работа проводится с максимальным подключением других, более сохранных анализаторов (зрительного, слухового, тактильного). Многие упражнения рекомендуется проводить с закрытыми глазами, чтобы привлечь внимание ребенка к проприоцептивным ощущениям. Содержание артикуляционной гимнастики дифференцируется в зависимости от формы дизартрии и тяжести поражения артикуляционного аппарата.

Перед работой по развитию подвижности речевой мускулатуры проводят упражнения для мимических мышц лица.

При проведении артикуляционной гимнастики важным является развитие тонких и дифференцированных движений языка, активизация его кончика, ограничение движений языка и нижней челюсти. Развитие артикуляционной моторики ведется систематически, длительно, с использованием общего комплекса и специфических упражнений. Для облегчения работы могут быть использованы игры, подбор которых определяется характером и степенью тяжести поражения артикуляционной моторики, а также возрастом ребенка.

Для развития и коррекции голоса у детей с дизартрией Л.С. Волкова [53] предлагает использовать различные ортофонические упражнения, направленные на развитие координированной деятельности дыхания, фонации и артикуляции. Большое значение имеет активизация движений мягкого нёба: глотание капель воды, покашливание, зевота, произнесение гласного а на твердой атаке. Упражнения проводятся перед зеркалом, под счет.

Коррекция звукопроизношения строится на принципе индивидуального подхода. Способ постановки и коррекции звука выбирается индивидуально. Как отмечает Л.С. Волкова [53], при нарушениях произношения нескольких звуков важна последовательность в работе. Вызыванию и постановке звуков должна предшествовать работа на различение этих звуков на слух.

Основными методами работы являются двигательно-кинестетический и слухо-зрительно-кинестетический. В процессе логопедической работы устанавливаются межанализаторные связи между движением артикуляционных мышц и их ощущением, между восприятием звука на слух, зрительным образом артикуляционного уклада данного звука и двигательным ощущением при его произнесении.

В процессе работы для усиления звука и обогащения его моторным действием рекомендуется использовать прием одновременного

проговаривания звука и изображения его символа – писание и говорение. Для детей, которые не могут писать, звук может произноситься с одновременным похлопыванием пальцами или постукиванием ногой. После отработки новый звук закрепляется в различных слогах, переходя постепенно от простых упражнений к более сложным, увеличивая темп выполнения упражнений.

Коррекция звукопроизводительной стороны речи должна проводиться в сочетании с работой над ее выразительностью. Содержание и методы работы видоизменяются в зависимости от характера и тяжести дизартрии, от общего уровня речевого развития.

Важным в логопедической работе при дизартрии является не только формирование правильного произнесения звуков, а развитие и облегчение речевой коммуникации.

Как отмечает Л.С. Волкова [53], при дизартрии очень важна ранняя, длительная, систематическая коррекционная работа, успех которой зависит от взаимосвязи в работе логопеда и врача-невропатолога или психоневролога, логопеда и родителей, а при явных двигательных нарушениях – логопеда и массажиста, специалиста по лечебной физкультуре.

В целом Е.Ф. Архипова и Л.С. Волкова отмечают важность ранней диагностики и начала логопедической работы с детьми с речевыми нарушениями в первые годы жизни. Авторы указывают также на необходимость профилактики дизартрии – это профилактические осмотры детей первых лет жизни с перинатальной патологией, а также детей группы риска.

Таким образом, анализ диагностических методик по выявлению нарушений звукопроизношения позволил выделить факторы, которые могут иметь большое значение в проектировании диагностического инструментария, разработке алгоритма обследования, проведении процедуры обследования, а также при анализе полученных данных и разработке дальнейшей коррекционной работы. Совокупность описанных факторов позволит спроектировать оптимальный диагностический комплекс для

обследования звукопроизношения, что значительно повысит эффективность диагностической и коррекционной работы по данному направлению.

В коррекционных мероприятиях рекомендуется комплексный подход, который включает в себя три блока: медицинский, психолого-педагогический, логопедическая работа.

Логопедическая работа планируется поэтапно. На начальных этапах ее проводят с максимальным подключением других, более сохранных анализаторов (зрительного, слухового, тактильного). Коррекция звукопроизношения строится на принципе индивидуального подхода. Важным в логопедической работе при дизартрии является не только формирование правильного произнесения звуков, но и развитие и облегчение речевой коммуникации. Одним из наиболее сложных направлений работы является формирование у ребенка навыков самоконтроля. Важным этапом логопедической работы является подготовка ребенка с дизартрией к обучению в школе.

В целом отмечается важность ранней диагностики и начала логопедической работы с детьми с речевыми нарушениями в первые годы жизни. Указывается также на необходимость профилактики дизартрии – это профилактические осмотры детей первых лет жизни с перинатальной патологией, а также детей группы риска.

Представленные методики коррекционной работы универсальны для коррекции различных речевых нарушений, результативны, поэтапны, строятся от простого к сложному, учитывают индивидуальные и возрастные особенности детей с дизартрией.

Анализ теоретических источников по проблеме нашего исследования показал, что такое сложное нарушение речи как дизартрия, имеющее в качестве основной причины органическое поражение центральной нервной системы, может иметь разные формы и степень проявления. Это обусловлено, прежде всего, особенностями проявления и локализацией

поражения в коре головного мозга. Симптоматику дизартрии составляют фонетические и фонематические нарушения, нарушения просодики и лексико-грамматического компонента языка, расстройство общей, мелкой и артикуляционной моторики.

Дизартрия может проявляться в разной степени тяжести. В детском возрасте наиболее часто встречается ее легкая степень, или стертая дизартрия, при которой ведущими в структуре речевого дефекта являются стойкие нарушения звукопроизношения. Эти нарушения сходны с другими артикуляторными расстройствами и представляют значительные трудности для дифференциальной диагностики и коррекционно-логопедической работы.

Для всех детей со стертой дизартрией характерно полиморфное нарушение произношения. Звукопроизношение характеризуется смешением, искажением, заменой и отсутствием звуков. Нарушения произнесения свистящих и шипящих звуков являются наиболее распространенным дефектом звукопроизношения при стертой дизартрии. Менее распространенными оказываются нарушения произношения сонорных звуков [р] и [л]. Достаточно часто отмечается межзубное и боковое произношение. Дети испытывают трудности при произношении слов со сложной слоговой структурой, упрощают звуконаполняемость, опуская некоторые звуки при стечении согласных.

Проведенный анализ диагностических методик по выявлению нарушений звукопроизношения позволил выделить факторы, которые могут иметь большое значение в проектировании диагностического инструментария, разработке алгоритма обследования, проведении процедуры обследования, а также при анализе полученных данных и разработке дальнейшей коррекционной работы. Совокупность описанных факторов позволит спроектировать оптимальный диагностический комплекс для обследования звукопроизношения, что значительно повысит эффективность диагностической и коррекционной работы по данному направлению.

Анализ коррекционно-педагогических методик показал, что в коррекционных мероприятиях рекомендуется комплексный подход, который должен включать в себя три блока: медицинский, психолого – педагогический, логопедическая работа.

Логопедическая работа планируется поэтапно. На начальных этапах ее проводят с максимальным подключением других, более сохранных анализаторов (зрительного, слухового, тактильного). Коррекция звукопроизношения строится на принципе индивидуального подхода. Во всех случаях основной задачей логопедической работы при дизартрии является развитие и облегчение речевой коммуникации, а не только формирование правильного произнесения звуков. Наиболее сложным направлением работы является формирование у ребенка навыков самоконтроля. Один из этапов логопедической работы – подготовка ребенка с дизартрией к обучению в школе.

В целом отмечается важность ранней диагностики и начала логопедической работы с детьми с речевыми нарушениями в первые годы жизни. Указывается также на необходимость профилактики дизартрии – это профилактические осмотры детей первых лет жизни с перинатальной патологией, а также детей группы риска.

Представленные методики коррекционной работы универсальны для коррекции различных речевых нарушений, результативны, поэтапны, строятся от простого к сложному, учитывают индивидуальные и возрастные особенности детей с дизартрией.

ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СО СТЕРТОЙ ДИЗАРТРИЕЙ И ОПИСАНИЕ МЕТОДИКИ

2.1. Организация экспериментального исследования

Экспериментальное исследование проводилось на базе МБДОУ «Детский сад №10» г. Уссурийска Уссурийского городского округа. В эксперименте приняли участие 15 детей старшего дошкольного возраста с речевым нарушением стертая дизартрия.

Для проведения экспериментального изучения состояния звукопроизношения у детей со стертой дизартрией был разработан «Адаптированный диагностический комплекс оценки состояния артикуляционной, мимической моторики и звукопроизношения дошкольников со стертой дизартрией». За основу были взяты диагностические комплексы для оценки состояния артикуляционной и мимической моторики детей со стертой дизартрией, рекомендуемые Л.В. Лопатиной, Г.В. Дедюхиной. Обследование состояния звукопроизношения проводилось по общепринятой в логопедии методике, опубликованной в работах Н.С. Жуковой, Р.Е. Левиной, Е.М. Мастюковой, Т.Б. Филичевой, Г.В. Чиркиной (см. Приложение 1, стр. 94).

Диагностический комплекс включал в себя балльно-уровневую систему оценки качества выполнения диагностических проб. Эта система удобна для диагностики, построения системы индивидуальной коррекционной работы, отслеживания динамики речевого развития ребенка и оценки эффективности коррекционного воздействия.

Диагностическое обследование строилось по двум направлениям:

1. Изучение состояния артикуляционной и мимической моторики.
2. Изучение состояния звукопроизношения.

1. Оценка состояния артикуляционной и мимической моторики детей со стертой дизартрии проводилась по следующим позициям:

- состояние мышечного тонуса (гипертонус, гипотонус, дистония);
- возможность осуществления произвольных и непроизвольных движений (кинестическая, кинестетическая диспраксия, апраксия);
- качество артикуляционных и мимических движений (точность, ритмичность, амплитуда, сила мышечного сокращения, время фиксации артикуляционного уклада, количество правильно выполненных движений, переключаемость с одного движения на другое и др.).

В комплекс обследования артикуляционной и мимической моторики входили:

- обследование кинестетического орального (артикуляционного) праксиса;
- обследование кинетического орального праксиса;
- обследование динамической координации артикуляционных движений;
- обследование мимической мускулатуры;
- обследование мышечного тонуса и подвижности губ;
- обследование мышечного тонуса языка и наличия патологической симптоматики.

Процедура обследования кинестетического орального праксиса проводилась при помощи словесной инструкции, с использованием зеркала и без него. Ребенку предлагалось повторить за логопедом гласные звуки, согласные твердые и согласные мягкие звуки, слоги и сказать о положении губ и кончика языка при произнесении. Процедура обследования содержала пять заданий. Выполнение оценивалось по четырехбалльной системе:

- 4 балла – правильный ответ;
- 3 балла – самокоррекция или правильный ответ после помощи;
- 2 балла – поиск артикуляции, ответ с единичными ошибками;
- 1 балл – неточный ответ, неточное выполнение задания;
- 0 баллов – отсутствие ответа.

Максимальная оценка – 60 баллов.

Процедура обследования кинетического орального праксиса проводилась при помощи словесной инструкции перед зеркалом. Ребенку предлагалось отраженно за логопедом повторить упражнения («забор» - «окно» - «мост» - «парус» - «лопата» - «вкусное варенье»). Для оценки выполнения артикуляционного упражнения ребенку необходимо было удерживать органы артикуляции в нужном положении 5-7 секунд. Процедура обследования включала в себя пять заданий. Оценивались следующие качественные характеристики: точность выполнения движений; длительность удержания артикуляционной позы; симметричность; наличие синкинезий, гиперкинезов, саливации. Оценка осуществлялась следующим образом:

4 балла – правильное выполнение движения с точным соответствием всех характеристик предъявленному;

3 балла – замедленное и напряженное выполнение, быстрая истощаемость;

2 балла – время фиксации позы ограничено 1-3 секундами;

1 балл – выполнение с ошибками, длительный поиск позы, отклонения в конфигурации, синкинезии, гиперкинезы, гиперсаливация;

0 баллов – невыполнение движения.

Максимальная оценка – 20 баллов.

Процедура обследования динамической координации артикуляционных движений проводилась при помощи словесной инструкции перед зеркалом. Ребенку предлагалось отраженно за логопедом выполнить движения («качели»; «маятник»; поднять кончик языка на верхнюю губу, опустить на нижнюю, попеременно дотронуться кончиком языка до правого, затем до левого уголка губ; высунуть язык вперед, поднимая его кончик вверх; совершать одновременно движения нижней челюстью и высунутым языком вправо, влево), повторяя их по 4-5 раз. При оценке учитывались последовательность выполнения движений, возможность переключения с одного движения на другое, инертность движения, персеверации, темп

движений, амплитуда движений, точность выполнения движений, наличие синкинезий, гиперкинезов, саливации. Оценка была следующей:

4 балла – сравнительно точное выполнение движений, все движения координированы;

3 балла – замедленное и напряженное выполнение переключений с одного движения на другое;

2 балла – количество правильно выполненных движений ограничено двумя-тремя;

1 балл – выполнение с ошибками, длительный поиск позы, замена одного движения другим, синкинезии, саливация, гиперкинезы;

0 баллов – невыполнение движений.

Максимальная оценка – 20 баллов.

Процедура обследования мимической мускулатуры проводилась перед зеркалом сначала по образцу, затем по словесной инструкции. Ребенку предлагалось отраженно за логопедом выполнить движения (нахмурить брови; поднять брови; наморщить лоб; поочередно надуть щеки; втянуть щеки). Выполнение движений оценивалось следующим образом:

4 балла – точное выполнение заданий, отсутствие нарушений мышечного тонуса мимической мускулатуры и другой патологической симптоматики;

3 балла – неточное выполнение некоторых движений, незначительное нарушение тонуса мимической мускулатуры;

2 балла – единичные движения нарушены, единичные патологические симптомы;

1 балл – затруднения при выполнении движений, умеренно выраженное нарушение мышечного тонуса мимической мускулатуры (гипертонус, гипотония, дистония), сглаженность носогубных складок, синкинезии;

0 баллов – грубо выраженная патология мышечного тонуса мимической мускулатуры, гипомимия.

Максимальная оценка – 20 баллов.

Процедура обследования мышечного тонуса и подвижности губ проводилась при помощи словесной инструкции перед зеркалом. Ребенку предлагалось отраженно за логопедом выполнить движения («трубочка»; чередование «забор» - «трубочка»; поднять верхнюю губу, опустить нижнюю губу), выполнение которых оценивалось следующим образом:

4 балла – точное выполнение заданий, тонус в норме, губы подвижные;

3 балла – неточное выполнение движений, незначительное нарушение тонуса губной мускулатуры (гипертонус, гипотония, дистония);

2 балла – верхняя губа напряжена, ограничена ее подвижность;

1 балл – затруднения при выполнении движений, выраженное нарушение тонуса губной мускулатуры, губы малоподвижные;

0 баллов – невыполнение заданий, грубо выраженная патология.

Максимальная оценка – 12 баллов.

Процедура обследования мышечного тонуса языка и выявления наличия патологической симптоматики проводилась перед зеркалом при помощи словесной инструкции. Ребенку предлагалось отраженно за логопедом повторить движения («лопата»; «мост» из упражнения «окно»; «маятник»). Оценка выполнения движений была следующей:

4 балла – точное выполнение движений, отсутствие нарушений мышечного тонуса языка, патологической симптоматики;

3 балла – неточное выполнение заданий, незначительное нарушение тонуса языка (гипертонус, гипотония, дистония);

2 балла – затруднения при выполнении упражнений, умеренно выраженное нарушение мышечного тонуса языка, саливация, усиливающаяся при функциональной нагрузке, девиация языка;

1 балл – грубо выраженное нарушение мышечного тонуса языка, выраженная патологическая симптоматика (постоянная саливация, гиперкинезы, посинение кончика языка, девиация);

0 баллов – не выполняет задание.

Максимальная оценка – 12 баллов.

2. Изучение состояния звукопроизношения.

Процедура обследования звукопроизношения проводилась при помощи словесной инструкции. Ребенку предлагалось повторить слова и фразы, которые были подобраны на каждый изучаемый звук. Все звуки условно разделены на 6 групп: 1 – свистящие (С, Сь, З, Зь, Ц), 2 – шипящие (Ш, Ж, Ч, Щ), 3 – сонорные (Р, Рь), 4 – сонорные (Л, Ль), 5 – задненебные (К, Кь, Г, Гь, Х, Хь), 6 – средненебный (Й) и другие звуки. Произношение звуков каждой группы оценивается в отдельности:

5 баллов – правильное произношение всех звуков в любых речевых ситуациях;

2,5 балла – 1 или несколько звуков группы изолированно и отраженно произносятся правильно, но недостаточно автоматизированы;

1 балл – в любой позиции искажается или заменяется только один звук группы;

0 баллов – искажаются или заменяются несколько звуков группы или все.

Баллы, начисленные на каждую из шести групп, суммируются. Максимальная оценка – 30 баллов.

Диагностическое обследование проводилось в индивидуальной форме при помощи словесной инструкции, сидя перед зеркалом или без зеркала. Данные исследования заносятся в диагностическую карту. Максимальное количество баллов, которое каждый ребенок мог набрать за процедуру обследования, составляло 174. В конце исследования полученные баллы суммировались и переводились в процент успешности.

- высокий уровень – 80% – 100% (от 139,2 до 174 баллов),
- средний уровень – 60% – 79% (от 104,4 до 137,5 баллов),
- низкий уровень – 59% и менее (от 102,6 и менее баллов).

Таким образом, разработанный диагностический комплекс позволил нам оценить состояние артикуляционной и мимической моторики, звукопроизношения дошкольников со стертой дизартрией, оценить не только качественные показатели моторных и звукопроизносительных возможностей детей, но дать количественный анализ результатов, используя балльно-уровневую систему оценки выполнения диагностических заданий. В следующем параграфе мы представим результаты проведенного обследования с применением данного комплекса.

2.2. Анализ результатов экспериментального обследования детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией

Проведенное экспериментальное исследование подтвердило наличие у всех детей стертой дизартрии, при этом из 15 детей, участвовавших в эксперименте, 11 детей имеют еще и общее недоразвитие речи 3го уровня.

Проведя на констатирующем этапе экспериментального исследования логопедическое обследование детей старшего дошкольного возраста с использованием «Адаптированного диагностического комплекса оценки состояния артикуляционной, мимической моторики и звукопроизношения дошкольников со стертой дизартрией», мы увидели достаточно большой разброс балловых показателей по результатам выполнения всех

Таблица 1

**Результаты экспериментального обследования детей со стертой
дизартрией на констатирующем этапе**

Серия	№ пробы	Название проб	Количество баллов	
			макс балл	показатель
1	1	Обследование кинестетического орального праксиса	60	32 -54
1	2	Обследование кинетического орального праксиса	20	5 - 17
1	3	Обследование динамической координации артикуляционных движений	20	5 - 18
1	4	Обследование мимической мускулатуры	20	5 -20
1	5	Обследование мышечного тонуса и подвижности губ	12	5 - 12
1	6	Обследование мышечного тонуса языка и наличия патологической симптоматики	12	5 - 10
2	1	Исследование звукопроизношения	30	10 - 20
Итого			174	

При обследовании кинестетического орального (артикуляционного) праксиса при максимальном количестве 60 баллов получены показатели от 32 до 54 баллов. При обследовании кинетического орального праксиса дети демонстрировали результаты от 5 до 17 баллов при максимальных 20 баллах, при обследовании динамической координации артикуляционных движений – от 5 до 18 баллов при максимальных 20 баллах, при обследовании мимической мускулатуры – от 5 до 20 при том же максимальном количестве баллов. Результаты обследования мышечного тонуса и подвижности губ варьируются от 5 до 12 баллов при максимально возможных 12 баллах, мышечного тонуса языка – от 5 до 10 баллов при таком же максимальном количестве баллов. Значительный разброс балловых показателей был получен и при обследовании звукопроизношения.

Таким образом, на констатирующем этапе обследования устной речи у дошкольников со стертой дизартрией выявлены отклонения от нормативных показателей. При этом нарушения зафиксированы по всем уровням диагностики – сенсомоторного уровня и звукопроизношения.

Характеризуя нарушения в состоянии артикуляционного аппарата детей со стертой дизартрией, отметим, что у 2 детей (Семен Б., Вероника Н.) отмечена недостаточная подвижность артикуляционных мышц при произношении гласных и согласных звуков, артикулирование которых требует активных движений губ: округление и вытягивание. Так же в ходе обследования была отмечена ограниченная подвижность мышц языка в выполнении подъема кончика языка вверх в полости рта, что является причиной нарушения произношения шипящих и сонорных звуков. У Семена Б. выявлены парезы мышц языка, нарушен мышечный тонус, в результате чего ребенок не мог изменять положение языка, ему трудно было выполнять движение языком влево и вправо. У 3 детей (Федор О., Саша Т., Саша З.) выявлено наличие парезов и параличей, гиперсаливация. Эти дети не могли надувать щеки, вытягивать губы вперед и плотно смыкать их, затруднялись в поднятии кончика языка вверх, удерживании его в данном положении. Для 2 детей (Матвей К. и Боря Б.) представляли значительную трудность движения языком вправо и влево, а также переключение от одного движения к другому.

У 2 детей (Саша Т., Виолетта К.) были отмечены особенности строения органов артикуляционного аппарата. У Саши Т. губы были малоподвижными, при задании растянуть губы в улыбке, а затем переключить губы из положения улыбки в положение вытянутой трубочки ребенок испытывал затруднения, искал правильную позицию и совершал переходы от одного положения губ к другому с трудом и очень медленно. У Виолетты К. губы тонкие и укороченные, что мешало ребенку правильно удерживать необходимую артикуляционную позу и способствовало ухудшению речевого дыхания. Так же была отмечена недостаточная

амплитуда движений языка к верхним альвеолам, что является предрасполагающим фактором для нарушений произношения ряда звуков. В результате обследования на данном этапе было выявлено, что у двух детей отклонения в развитии движений языка обусловлены слабыми мышцами языка. Это затрудняло четкость и точность выполнения движений языка к верхней губе.

Предрасполагающим фактором межзубного произношения свистящих звуков, из-за чего произношение приобретало шепелявый оттенок, у Миланы С. явилась недостаточная подвижность кончика языка. У Артема П. при произнесении звука [С] наблюдался чрезмерный подъем спинки языка вверх, в результате чего звук смягчался. Также у этих детей (Милана С., Артем П.) отмечались аномалии в строении зубов, что проявлялось в виде отсутствия передних верхних резцов и затрудняло удерживание кончика языка в нужном положении и отрицательно сказывалось на качестве произношения. У этих детей нарушение звукопроизношения усугублялось ограниченной подвижностью мышц мягкого неба, что придавало речи небольшой назальный оттенок из-за утечки воздуха через нос.

Нарушенное произношение свистящих отмечено у 37,5 % детей, нарушение шипящих у 12,5%, нарушение соноров у 37,5 % детей. Нарушенное произношение звонких согласных отмечено у 12,5 % детей. Так, нарушение произношения свистящих звуков было выявлено у 37,5% детей. Из них у 25% детей выявлен межзубный сигматизм (Ева Г., Ваня Н., Семен Б., Лиза Л.), что связано с нарушением иннервации мышц кончика языка. У этих детей при произнесении свистящих звуков кончик языка просовывался между передними зубами и общее звучание носило оттенок шепелявости. Это было связано с тем, что мышцы языка слабые и необходимый для звучания шипящих звуков продольный желобок не образовывался, боковые края языка были опущены, воздушная струя в момент произнесения свистящих звуков была теплой и рассеянной. Остальные 12,5% случаев составил боковой сигматизм (Милана С.,

Матвей К.). У Миланы С. во время произношения кончик языка и передняя спинка были приподняты и примыкали к альвеолам верхних зубов, в результате средняя часть спинки языка так же была приподнята к небу, и желобок не образовывался. Боковые края языка были опущены и не прилегали к коренным зубам. Воздушная струя шла по обоим краям языка и слабо ощущалась тыльной стороной руки, поднесенной ко рту ребенка в момент произнесения. У Матвея К. кончик языка во время произнесения находился за нижними зубами, но отклонялся от средней линии и образовывал воздушную струю с правой стороны. Поэтому при произношении звуков слышался своеобразный хлюпающий звук. Причина этого – органическое поражение центральной нервной системы, которое носит при боковом сигматизме «мозаичный» характер, так как поражены отдельные мышечные пучки. Так же про боковой сигматизм можно сказать, что это стойкий дефект, не исчезающий спонтанно.

Шипящие звуки были нарушены у 12,5% детей. Парасигматизм шипящих звуков был отмечен у 2 детей. У Федора О. парасигматизм шипящих звуков проявлялся следующим образом: кончик языка, вследствие нарушения иннервации, был опущен и упирался в нижние десны, артикуляция происходила за счет задней части спинки языка и звучание было схоже со звучанием смягченного звука [Ш], но иногда у ребенка звук [Ш] звучал достаточно четко. У Семена Б. при произношении шипящих звуков вследствие повышенного мышечного тонуса в артикуляционной мускулатуре кончик языка был оттянут назад и спинка языка была закруглена, закрывая вход в горло, что нарушало произношение шипящих звуков.

Произношение сонорных звуков нарушено у 37,5% детей. Межзубный ламбдацизм отмечен у 3 детей, у которых также наблюдался межзубный сигматизм (Ваня Н., Семен Б., Лиза Л.). Это происходило вследствие того, что дети не могли удерживать язык в нужной позиции, но для того чтобы произнести звук, дети «закусывали» кончик языка резцами, компенсируя свой дефект. У данных детей выявлено нарушение мышечного тонуса в виде

атонии мышц кончика языка. Губно-зубной ламбдацизм выявлен у Евы Г., у которой при произношении звука [Л] образовывался звук, напоминающий звук [В] (лампочка – «вампочка», масло – «масво», ложка – «вошка»). Это можно объяснить тем, что нижняя губа приближалась к верхним резцам, язык при этом в образовании звука не участвовал. Причиной возникновения данного дефекта является паретическое состояние мышц кончика и средней части спинки языка.

У 2 детей (Виолетта К., Артем П.) выявлен увулярный ротацизм. Так, произношение звуков [Р] и [Рь] искажалось за счет вибрации маленького язычка – увулы. Причиной являются парезы мышц кончика языка. У Виолетты К. вибрация носила гармонический характер и не сопровождалась шумом.

Как отмечалось выше, нарушение произношения звонких согласных отмечено у 12,5% детей (Лиза Л., Забава М.). У Лизы Л. наблюдалось спастическое сокращение мышц голосового аппарата, что привело к отсутствию вибрации голосовых складок. В результате этого у девочки был нарушен процесс образования звонких согласных, которые заменялись на глухие согласные («вата»–«фата», «гусь»–«кусь»). В предложениях ошибки в произношении звонких звуков также носили характер замещения по звонкости - глухости. У Забавы М. была нарушена вибрация голосовых складок, это связано с паретичностью мышц голосового аппарата. Сила голоса у девочки была минимальной, вследствие чего произношение звонких согласных было недостаточно озвонченным.

После подсчета общего количества набранных за процедуру обследования баллов, дети были распределены по уровням успешности выполнения заданий диагностического комплекса. Результаты этого распределения представлены в таблице 2.

Из представленной таблицы видно, что из 15 детей со стертой дизартрией нет ни одного ребенка с высоким уровнем успешности. У 11 детей процент успешности выполнения составил от 104,4 до 137,46 баллов,

что соответствует среднему уровню. У 4 детей процент успешности составил от 102,66 баллов и менее, что соответствует низкому уровню. Эти показатели подтверждают, что у обследованных детей отмечаются нарушения сенсомоторного уровня и звукопроизношения.

Таблица 2

Уровни успешности выполнения заданий диагностического комплекса детьми со стертой дизартрией на констатирующем этапе

Количество детей	Уровни		
	Высокий	Средний	Низкий
15	-	11	4

Из представленной таблицы видно, что из 15 детей со стертой дизартрией нет ни одного ребенка с высоким уровнем успешности. У 11 детей процент успешности выполнения составил от 104,4 до 137,46 баллов, что соответствует среднему уровню. У 4 детей процент успешности составил от 102,66 баллов и менее, что соответствует низкому уровню. Эти показатели подтверждают, что у обследованных детей отмечаются нарушения сенсомоторного уровня и звукопроизношения.

Рассмотрим индивидуальные показатели процента успешности. Самый низкий показатель среднего уровня 104,5 баллов мы увидели у Саши З.. Данный процент успешности складывается из нарушений сенсомоторного уровня и звукопроизношения: проблемы в артикуляционной моторике: неточное выполнение заданий, поиск артикуляции, саливация, трудность переключения с одного движения на другое, ограниченная амплитуда движений; в мимической моторике: трудно поднять брови, надуть щеки; проблемы звукопроизношения: упрощение артикуляции, т. е. замена сложных звуков более простыми по артикуляционно – акустическим признакам. У Миланы С. и Гриши К. процент успешности составил 109 и 110 баллов соответственно, у Вероники Н. – 114,5 баллов, у Саши Т. – 116 баллов. У Виолетты К. процент успешности составляет 118 баллов, есть

проблема в анатомическом строении губ, из-за чего трудности в артикуляции и ухудшении речевого дыхания, также недостаточная амплитуда движений языка, парезы мышц кончика языка, увулярный ротацизм, упрощение артикуляции. У Артема П. – 122 балла, у Забавы М. – 123 балла, у Бори Б. – 126 баллов, у Вани Н. – 134 балла. Самый высокий показатель среднего уровня, граничащий с высоким уровнем, был выявлен у Евы Г. – 136 баллов.

Низкий уровень был выявлен у 4 детей из 15. Самый низкий показатель этого уровня 84 балла был отмечен у Матвея К.. Его процент успешности складывается из проблем в артикуляционной, мимической моторике и звукопроизношении: недостаточная подвижность отдельных мышечных групп, нарушение мышечного тонуса артикуляционной и мимической мускулатуры, наличие выраженной гиперсаливации, затруднения в подъеме и удерживании кончика языка вверх, «смазанная» речь, упрощение артикуляции. У Федора О. процент успешности составил 88,5 баллов, у Лизы Л. – 100 баллов. Процент успешности у Лизы Л. складывается из нарушений мышечного тонуса языка и губной мускулатуры, также выявлено спастическое сокращение мышц голосового аппарата, замена согласных по глухости - звонкости, межзубный сигматизм, межзубный ламбдацизм. У Семена Б. – 101 балл, что является самым высоким показателем низкого уровня.

Таким образом, полученные на констатирующем этапе данные позволяют судить о преимущественном среднем уровне успешности выполнения диагностических заданий у детей, участвовавших в эксперименте – у 11 детей из 15. Низкий уровень выявлен у 4 детей, а высокого уровня выявлено не было.

В ходе проведения диагностики мы выявили у детей со стертой дизартрией недостаточную подвижность отдельных мышечных групп речевого аппарата (губ, мягкого неба, языка), общую слабость всего периферического речевого аппарата вследствие поражения тех или иных

отделов нервной системы. Были отмечены следующие недостатки звукопроизношения: носовой оттенок при произношении согласных звуков, замены согласных по глухости - звонкости, межзубный сигматизм, боковой сигматизм, шипящий парасигматизм, губно-зубной парасигматизм, межзубный ламбдацизм, губно-зубной ламбдацизм, увулярный ротацизм. У этих детей наблюдается неврологическая симптоматика в виде стертых парезов, гиперкинезов, нарушений мышечного тонуса артикуляционной и мимической мускулатуры. Для детей со стертой дизартрией характерно упрощение артикуляции, т.е. замена сложных звуков более простыми по артикуляционно-акустическим признакам. Среди искажений наиболее часто встречается боковое и межзубное произношение свистящих, губно-зубной парасигматизм и ламбдацизм.

Обобщая вышесказанное, отметим, что полученные результаты свидетельствуют о наличии у детей дошкольного возраста со стертой дизартрией нарушений по всем показателям проведенного диагностического обследования. Это свидетельствует о необходимости проведения с детьми со стертой дизартрией систематической логопедической работы по нормализации мышечного тонуса, развитию артикуляционной моторики, звукопроизношения, что будет способствовать успешной коррекции звукопроизношения.

ГЛАВА 3. ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СО СТЕРТОЙ ДИЗАРТРИЕЙ

3.1. Использование нетрадиционного подхода в логопедической работе по коррекции звукопроизношения у детей со стертой дизартрией

Для оптимизации коррекционного воздействия необходим поиск наиболее эффективных подходов к содержанию логопедической работы, направленной на устранение нарушений звукопроизношения детей со стертой дизартрией. В нашем исследовании мы попытаемся обосновать целесообразность и эффективность использования нетрадиционного подхода в логопедической работе.

В настоящее время перспективным средством коррекционно-развивающей работы, в том числе и с детьми со стертой дизартрией, являются нетрадиционные подходы [76]. В основу использования нетрадиционных подходов в отечественной педагогике положены базовые психолого-педагогические и методологические положения, разработанные Т.М. Грабенко, Н.С. Жуковой, А.В. Запорожцем, Л.В. Лопатиной, Е.М. Мастюковой, М.А. Поваляевой, Е.А. Пожиленко, Н.В. Серебряковой, Т.Б. Филичевой, М.И. Чистяковой, Д.Б. Элькониным.

Применение системы нетрадиционных форм коррекционной работы при стертой дизартрии наряду с традиционным подходом способствует следующим позитивным результатам: заинтересованность детей, развитие артикуляционной и пальчиковой моторики, творческой самостоятельности, памяти, внимания, мышления, совершенствование координации движений, расширение словарного запаса. При этом важно отметить их благотворное воздействие на развитие речевой коммуникации дошкольников в целом.

Коррекционно-воспитательная работа с детьми, имеющими стертую дизартрию, включала в себя использование различных нетрадиционных методов: кинезиологию, логосказки, самомассаж, биоэнергопластику,

пескотерапию, Су-Джок терапию. Отметим, что эффективность их применения зависит от профессиональной компетенции педагога, умения использовать новые возможности, включать новые подходы к коррекционно-развивающему обучению в систему обучения каждого ребенка. При этом, любой практический материал можно условно разделить на две группы: во-первых, помогающий непосредственному речевому развитию ребенка и, во-вторых, опосредованный, к которому относятся нетрадиционные логопедические технологии.

Кратко охарактеризуем методы, которые мы использовали в логопедической работе с детьми со стертой дизартрией.

Су-Джок терапия ("Су " – кисть, "Джок" – стопа) является высокоэффективным, универсальным, доступным и абсолютно безопасным методом самооздоровления и самоисцеления путем воздействия на активные точки, расположенные на кистях и стопах, специальными массажными шарами. Их использование в сочетании с упражнениями по коррекции звукопроизношения способствует повышению физической и умственной работоспособности детей, создает функциональную базу для сравнительно быстрого перехода на более высокий уровень двигательной активности мышц и возможность для оптимальной целенаправленной речевой работы с ребенком, оказывая стимулирующее влияние на развитие речи.

Биоэнергопластика представляет собой соединение движений артикуляционного аппарата с движениями кисти рук. Она помогает активизировать естественное распределение биоэнергии в организме [11]. Термин состоит из двух слов: биоэнергия и пластика. Данная гимнастика является средством формирования речемыслительной деятельности и культуры устной речи детей, а включенные в нее артикуляционные упражнения могут быть использованы для развития гибкости и подвижности отдельных частей артикуляционного аппарата.

Кинезиология – наука о развитии головного мозга через движение. Ее применение способствует развитию межполушарного взаимодействия и

синхронизация работы полушарий, развитию мелкой моторики, способностей, памяти, внимания, речи, развитие мышления, устранению дислексии, патологических синкинезий [51].

Логосказки следует охарактеризовать как целостный педагогический процесс, который способствует развитию всех сторон речи, воспитанию нравственных качеств, а также активизации психических процессов (внимания, памяти, мышления, воображения) [33], [52].

Логосказки позволяют решить такие коррекционные задачи, как создание благоприятной среды для речевой активности и творчества ребенка; развитие всех сторон речевой функциональной системы; развитие психологической базы речи, взаимосвязь зрительного, слухового и моторного анализаторов.

Терапевтический эффект *игры с песком* впервые был замечен швейцарским психологом и философом Карлом Густавом Юнгом. Игра с песком – это естественная и доступная для каждого ребенка форма деятельности.

Игры с песком развивают тактильно-кинестическую чувствительность и мелкую моторику рук; снимают мышечную напряжённость; стабилизируют эмоциональные состояния, поглощая негативную энергию; развивают речевые возможности; способствуют расширению словарного запаса; помогают освоить навыки звуко-слогового анализа и синтеза; позволяют развивать фонематический слух и восприятие; способствуют развитию связной речи, лексико-грамматических представлений; помогают в изучении букв, освоении навыков чтения и письма [76]. Мы придерживаемся мнения, что данный метод можно рассматривать как универсальный для использования в логопедической, психологической и педагогической практике.

Мимическая гимнастика необходима для развития мышц лица, которые участвуют в мимическом и речеобразовательном процессе. Развивая

мимику, мы развиваем, создаем нейронные связи от коры головного мозга к мышцам лица.

Японская методика *пальцевого массажа и самомассажа* также активно применяется на логопедических занятиях.

По мнению японского ученого Намикоши Токухиро, массаж каждого пальца положительно влияет на определенный орган. Система упражнений для самомассажа (растирание подушечек пальцев, массаж ладонных поверхностей шариками «марблс», массаж грецкими орехами, шишками, массаж шестигранными карандашами) имеет позитивный эффект в работе с детьми с речевыми нарушениями, в том числе и со стертой дизартрией.

Одним из действенных способов является использование на занятиях элементов самомассажа ушных раковин. Такой вид массажа дети выполняют самостоятельно и при этом не требуются какие-то специальные условия.

Целью логопедического самомассажа, растирания подушечек пальцев, ладонных поверхностей предметами и природными материалами является стимуляция кинестетических ощущений мышц, участвующих в работе периферического речевого аппарата, нормализация мышечного тонуса данных мышц, развития межполушарных связей, развития мелкой моторики, релаксация, нормализация мышечного тонуса мышц и эмоциональной сферы детей, знакомство со свойствами природных материалов, не требуют финансовых затрат, всегда доступны [2], [68].

Применение данных методов коррекции нельзя рассматривать самостоятельными и самодостаточными, их использование, скорее всего, служит для создания благоприятного эмоционального фона, что, в конечном итоге, улучшает эффективность коррекционного воздействия.

В рамках заявленной гипотезы нами была разработана и апробирована система работы по коррекции звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией с использованием нетрадиционного подхода.

Система работы с использованием нетрадиционного подхода включала в себя несколько этапов. При выделении этапов были учтены следующие факторы – это особенности звукопроизношения у дошкольников со стертой дизартрией в онтогенезе, их связь с двигательным праксисом; результаты проведенного диагностического исследования на констатирующем этапе, выявившие индивидуальные особенности речевого развития каждого ребенка. Логопедическая работа с применением нетрадиционного подхода проводилась на индивидуальных занятиях, подгрупповых и фронтальных со всей группой детей.

На занятиях отрабатывались следующие задачи: развитие артикуляционной моторики, нормализация мышечного тонуса, развитие общей и мелкой моторики, умения работать по словесным инструкциям логопеда и по образцу, развитие самоконтроля и использование речевых навыков в связной речи, постановка звуков, их автоматизация и дифференциация, использование в связной речи. Для закрепления навыков, формируемых на логопедических занятиях, доступные задания и упражнения предлагались воспитателям для выполнения с детьми в свободное от занятий время, а также родителям для выполнения в домашних условиях.

В разработанной системе работы по коррекции звукопроизношения были соединены традиционная артикуляционная гимнастика, самомассаж и массаж, кинезиология, пальчиковые игры, логосказки, биоэнергопластика, пескотерапия, Су-Джок терапия. Логопедическая работа была построена по принципу от простого к сложному, с обязательным соблюдением последовательности и систематичности занятий.

Логопедическая работа с использованием нетрадиционного подхода содержала следующие этапы:

1. Подготовительный.
2. Выработка новых произносительных умений и навыков.
3. Выработка коммуникативных умений и навыков.

1. На *подготовительном этапе* проводилось знакомство дошкольников с органами артикуляции. Мы разучивали упражнения для языка, губ и нижней челюсти сначала по традиционной методике, работали индивидуально, с использованием зеркала, формировали при этом умение работать по словесным инструкциям логопеда и по образцу. Ежедневные занятия артикуляционной гимнастикой снижают интерес детей к этому процессу, что, в свою очередь, приводит к уменьшению эффективности от выполнения артикуляционных упражнений. Поэтому при показе артикуляционных упражнений мы одновременно рукой изображали движение языка, часто используя при этом муляж – игрушку Язычок. Дети рукой помогали себе выполнять артикуляционную гимнастику. Выполнение артикуляционной гимнастики с использованием биоэнергопластики помогало длительно удерживать интерес ребенка, создавало мотивационную готовность к занятиям, поддерживало положительный эмоциональный настрой детей. На этом же этапе знакомства с артикуляционным аппаратом использовались логопедические сказки о Язычке, когда дети выполняли артикуляционные упражнения в соответствии с содержанием сказки.

В начале обучения Семен Б., Федор О., имеющие низкий процент успешности, неправильно, неточно выполняли упражнения на переключение с одного движения на другое, на длительность удержания артикуляционной позы, у них отмечались гиперсаливация, синкинезии, поиск артикуляции, трудность подъема языка вверх. Поэтому для этих детей мы составляли дополнительные задания для выполнения дома с родителями и для закрепления воспитателем в свободное от занятий время.

Для усиления эффекта артикуляционной гимнастики и нормализации мышечного тонуса в работу с детьми был включен самомассаж лицевых мышц и ушных раковин, который проводился с использованием зеркала фронтально со всей группой детей. Дети выполняли приёмы самомассажа под руководством взрослого. Обучая детей самомассажу, мы показывали каждый

В содержание логопедических занятий на этом этапе была включена мимическая гимнастика, которая проводилась с использованием зеркала фронтально со всей группой детей. В начале логопедической работы детям сложно было выполнить мимические упражнения, выразить эмоции. Особенно это не удавалось Саше Т., Федору О., Грише К., Матвею К., Виолетте К.

Регулярно и согласно лексической теме в логопедическую работу включались упражнения для развития общей и мелкой моторики рук. В начале обучения детям достаточно трудно было сочетать выполнение движений пальчиковой гимнастики с одновременным проговариванием слов. Поэтому для закрепления отрабатываемого навыка пальчиковые игры включались в рекомендации для воспитателей и родителей.

Дети со стертой дизартрией плохо выполняли упражнения кинезиологии, где нужно было пальцы сложить колечком, выполнить очередность движений, которые необходимо было вначале выучить и запомнить.

При знакомстве с шариком Су – Джок некоторые дети (Боря Б., Матвей К., Забава М.) отказывались заниматься с ним из-за колких шипов. Но всем детям нравилось выполнять массаж с предметами и природными материалами. Дети сначала их изучали, исследовали, после чего проводился массаж.

На данном этапе проходила подготовка артикуляционного аппарата к формированию артикуляционных укладов, развитие общей и мелкой моторики, умения работать по словесным инструкциям логопеда и по образцу. Из-за того, что занятия были эмоциональны и привлекательны для детей, снизилась утомляемость, активизировались мыслительная деятельность и память.

2. На этапе *Выработка новых произносительных умений и навыков* были использованы следующие приемы: артикуляционная, мимическая и

биоэнергопластика, кинезиология, логосказки, пескотерапия. Почти во всех упражнениях акцент делался на движения рук. Начиная с постановки звуков, использовали жесты, речь соединяли с движением. Когда дети со стертой дизартрией усвоили все упражнения, в занятия включались сказки, стихи. Логопед читал сказку, а дети самостоятельно выполняли артикуляционные упражнения, сопровождая их движениями рук.

При постановке звука, автоматизации и дифференциации мы добавляли в свою работу упражнения с песком. Занятия в песочнице – это комфортная для ребенка среда, где на высоком эмоциональном уровне ребенка расширяются речевые возможности. Мы заметили, что частичный перенос логопедических занятий в песочницу даёт больший воспитательный и образовательный эффект, нежели стандартные формы обучения.

У Евы Г. и Вани Н. при выявленном межзубном сигматизме постановка свистящих звуков проводилась разными приемами. Еве Г. понадобилась механическая помощь, Ване Н. постановка свистящих звуков проводилась по подражанию. При автоматизации звука в слогах применялась Су – Джок терапия. Произнося слоги, дети нажимали на шипы, поглаживали, сжимали, катали шарик, надевали пружинки на каждый палец поочередно и прокатывали с одновременным проговариванием слогов. При автоматизации звуков в слогах и словах на индивидуальных занятиях применялась пескотерапия. Ребенку давались задания: прикоснуться ладошкой, ребром ладони, пальцами к поверхности песка с проговариванием звука, слога или слова; рисование на песке дорожек, волн, дождя, лесенок с проговариванием; закрепление образа букв, печатая их на песке; найти в песке предметы и назвать их, сохраняя правильную артикуляцию автоматизируемого звука; найти в песке животных с автоматизируемым звуком в названии, с определением места звука в слове (в начале, середине, в конце). Дети старались справиться с заданием, занимались с увлечением.

Система логопедической работы над боковым сигматизмом у Миланы С. проводилась с использованием Су – Джок терапии, пескотерапии. В

начале работы необходимо было научить Милану правильному укладу артикуляции звука. Постановка звука проводилась по подражанию, при закреплении звука шарик Су – Джок Милана С. сжимала между ладонями, выполняла прямые и круговые движения шарика между ладонями, перекачивала, передавала из руки в руку, нажимала пальцами на шипы. Каждое упражнение сопровождала закрепленным звуком. В дальнейшем при автоматизации звука каждое движение с шариком сопровождалось небольшим стихотворением, что повышало интерес к занятиям. Занимаясь в песочнице, Милана С. одновременно произносила звук и рисовала на песке пальчиком букву – символ звука, рисовала дождь, заборчик, лесенку, волны. В процессе работы над автоматизацией звука в слове Милане С. давалось следующее задание: в песочнице прошагать пальчиками слова, в названии которых есть закрепляемый звук, с одновременным их проговариванием. Также на каждое правильно произнесенное слово девочка получала шишку, ракушку, шарик стеклянный, из которых она могла составить узор в песочнице. Предлагалось задание для автоматизации звука с названием предметов: собрать в лес, зоопарк, зоомагазин тех животных, в названии которых есть поставленный звук.

У Федора О. на констатирующем этапе был выявлен парасигматизм шипящих из – за нарушения иннервации. Поэтому при постановке звука [Ш] для правильной артикуляции звука использовалась механическая помощь. На занятиях на этапе закрепления звука ребенок катал шарик по дорожке к игрушке змейке, одновременно произнося звук. При автоматизации звука в слове Федор О. использовал помощь руки (биоэнергопластика), произнося слова, в названии которых был звук [Ш]: ребенок рукой изображал поднятый в форме чашечки язычок. Автоматизация слогов проводилась с движениями пальцев рук: шаги пальчиками по столу и в песочнице, рисование узоров на песке, выполнение упражнения «Кулак – ладонь – ребро», рисование на песке буквы, символа изучаемого звука. Все упражнения проводились при совмещенном проговаривании речевого материала. С применением

пескотерапии проводилась автоматизация звука в словах. Давалось задание, когда ребенок должен был из всех найденных в песочнице предметов отобрать и назвать только те, в названии которых был звук [Ш]. Для разнообразия предлагалось задание отправиться в путешествие и найти предметы, животных или посуду с нужным звуком в названии. Для усложнения предлагалось дополнительно определить место звука в слове (в начале, середине, в конце).

После отработки и закрепления правильного произнесения в работу с Федором О. мы включили этап дифференциации звуков. Дифференциация звуков Ш – С и Ж – З проводилась с помощью руки: на шипящие звуки рука в форме чашечки поднималась вверх, на свистящие – рука опускалась вниз выпрямленной ладонью. Работа по дифференциации звуков в слогах и словах проводилась в песочнице с использованием мелких игрушек и предметов: необходимо было назвать их и разложить на две стопки.

Постановка правильной артикуляции звука [Л] у Лизы Л., у которой на констатирующем этапе был отмечен межзубный ламбдацизм, на данном этапе логопедической работы проводилась по подражанию с применением руки: ребенок рукой изображал положение языка при произнесении звука. Закрепление звука также проводилось при помощи упражнения «Салют»: ребенок должен был сжимать пальцы в кулачки и при произнесении звука резко выпрямлять. При автоматизации звука в слогах применялись колечки из шарика Су – Джок, которые надевались и снимались с пальцев или прокатывались по воображаемой дорожке Су – Джок с проговариванием слогов. Автоматизация звука в словах проводилась с применением и пескотерапии. Занимаясь в песочнице, ребенок должен был рисовать полоску на каждое правильно произнесенное слово или строить башню из стеклянных камней, ракушек, добавляя по одному предмету на каждое правильно произнесенное слово, печатать букву, символ изучаемого звука. Предлагались задания с поиском предметов в песке и названием их.

У Виолетты К. на констатирующем этапе был выявлен увулярный ротацизм. Постановка звука проводилась с механической помощью. В процессе автоматизации звука активно использовали пескотерапию: Виолетта К. выполняла шаги пальцами, рисовала пальцем узоры в песке с одновременным проговариванием звука [Р], пропечатывала букву Р. Такими же способами проводилась автоматизация звука в слогах. Использовали проговаривание звука, слогов с выполнением самомассажа. Для автоматизации звука в словах применяли Су – Джок терапию, упражнения выполнялись такие же, как в предыдущих заданиях.

3. На третьем этапе проводилась **выработка коммуникативных умений и навыков**. Направления работы данного этапа – это выработка самоконтроля и использование речевых навыков в связной речи.

На данном этапе были использованы пальчиковая гимнастика, логопедические сказки, массажи и самомассажи с речевым материалом, пескотерапия, Су – Джок, биоэнергопластика.

Ежедневно на занятиях использовалась пальчиковая гимнастика, отдельные игры и упражнения для развития тонких движений пальцев рук, которые сопровождались стихотворными текстами, скороговорками, чистоговорками. Такие упражнения очень эмоциональны и просты. Для того, чтобы заинтересовать детей и избежать однообразия в выполнении таких упражнений, пальчиковые игры были объединены в сказки и рассказы по темам.

На занятиях с песком придумывали и проигрывали сказки или пересказывали уже известные и любимые сказки, или строили города, всевозможные постройки и обыгрывали их.

У Евы Г. и Вани Н. в продолжение работы по устранению межзубного сигматизма автоматизация звука в связной речи проводилась с использованием логосказки и пальчиковой гимнастики, когда необходимо было рассказать стихи руками. Необходимо было рассказать стихотворение или сказку со словами, в которых присутствовал закрепляемый звук,

используя речь и движения руками (биоэнергопластика). В песочнице обыгрывали сказки, всевозможные постройки при помощи деревянных фигурок сказочных героев, деревянного строительного конструктора. В результате межзубный сигматизм удалось преодолеть достаточно быстро. При этом мы заметили, что у Евы Г. автоматизация звуков с использованием нетрадиционного подхода проходила быстрее, легче, чем у Вани Н.

У Миланы С. автоматизация звука в связной речи проводилась с использованием всех средств нетрадиционного подхода, но девочке больше всего нравилось заниматься в песочнице. Это мы учли, подбирая задания для логопедических занятий по устранению бокового сигматизма у ребенка. Для автоматизации ребенку были предложены стеклянные камни, деревянные сказочные герои, деревянный строительный материал, различные мелкие игрушки и предметы. Занимаясь в песочнице, Милана С. при помощи игрушек и предметов рассказывала стихи, чистоговорки, скороговорки, сказки. У ребенка выросла речевая активность, снизилась утомляемость и значительно ускорились сроки автоматизации.

У Федора О. автоматизация звуков в связной речи проводилась следующими средствами нетрадиционного подхода: биоэнергопластика с проговариванием чистоговорок, стихов, сказок; Су – Джок терапия, пальчиковые логосказки, показ и обыгрывание сказок, построек, придумывание историй в песочнице. В результате проведенной логопедической работы с применением нетрадиционного подхода у ребенка улучшилось звукопроизношение, выросла речевая активность, повысился интерес и мотивация к речевой деятельности.

В работе с Лизой Л. выработка коммуникативных навыков и умений проводилась чаще всего с применением Су – Джок с проговариванием речевого материала, пальчиковых логосказок, заучивание и рассказывание чистоговорок, скороговорок, стихов с помощью движений (биоэнергопластика).

У Виолетты К. закрепление произнесения звука [Р] в связной речи проводилось с использованием различных средств нетрадиционного подхода: проговаривание речевого материала с биоэнергопластикой, кинезиологией, Су – Джок терапия, пальчиковые логосказки, пескотерапия. Все движения совмещались со стихами, чистоговорками, скороговорками. Давались задания на рассказывание сказки с использованием рук, рассказывание скороговорок с одновременным массажем Су – Джок, показ сказки в песочнице с предварительной постройкой. В результате проведенной логопедической работы у Виолетты К. ускорились сроки автоматизации, улучшилось качество звукопроизношения (см. Приложение 2, стр. 103).

На этапе выработки коммуникативных навыков и умений автоматизация звуков проводилась в форме подгрупповых занятий, однако в ходе проведения этих занятий мы учитывали особенности звукопроизношения каждого ребенка, следили за правильным произнесением отработанных звуков. На занятиях у детей была достаточно высокая мотивация к качеству своего звукопроизношения, вырастала речевая активность.

Таким образом, использование нетрадиционного подхода в работе по коррекции нарушений звукопроизношения у детей со стертой дизартрией создавало высокую эмоциональную атмосферу у детей, что способствовало привлечению интереса детей к коррекционному процессу и существенно увеличивало эффективность занятий, способствовало не только формированию навыков правильного произнесения звуков, но и развитию артикуляционной, общей и мелкой моторики, совершенствованию координации движений, развитию основных психических функций (мышления, внимания, памяти, восприятия).

3.2. Анализ результатов логопедической работы

После завершения коррекционной работы над звукопроизношением у детей дошкольного возраста со стертой дизартрией было проведено повторное обследование по тем же направлениям, что и на констатирующем этапе. Сравнительные показатели результатов обследования детей на констатирующем и контрольном этапах экспериментального исследования представлены в таблице 3.

Таблица 3

Сравнительные показатели результатов обследования детей со стертой дизартрией на констатирующем и контрольном этапах экспериментального исследования

Серия	№ пробы	Название проб	Количество баллов		
			Мак балл	Констатирующий этап	Контрольный этап
1	1	Обследование кинестетического орального праксиса	60	32 -54	46 - 60
1	2	Обследование кинетического орального праксиса	20	5 - 17	10 - 20
1	3	Обследование динамической координации артикуляционных движений	20	5 - 18	11 - 20
1	4	Обследование мимической мускулатуры	20	5 -20	10 -20
1	5	Обследование мышечного тонуса и подвижности губ	12	5 - 12	10 - 12
1	6	Обследование мышечного тонуса языка и наличия патологической симптоматики	12	5 - 10	9 -12
2	1	Исследование звукопроизношения	30	10 - 20	22,5 - 30
Итого			174		

Как видно из таблицы, показатели экспериментального обследования детей со стертой дизартрией на контрольном этапе изменились. При обследовании кинестетического орального(артикуляционного) праксиса из 60 максимальных баллов были получены показатели в баллах от 46 до 60, что в сравнении с констатирующим этапом выше на 6 – 14 баллов. На контрольном этапе при обследовании кинетического орального праксиса получены показатели от 10 до 20 баллов из максимально возможных 20 баллов. В сравнении с констатирующим этапом этот показатель увеличился на 5 – 17 баллов. При обследовании динамической координации артикуляционных движений из 20 баллов, что составляет максимальное количество, были получены результаты в диапазоне от 11 до 20 баллов, по сравнению с показателями от 5 до 18 баллов на констатирующем этапе. При обследовании мимической мускулатуры на контрольном этапе дети демонстрировали показатели от 10 до 20 баллов при максимальных 20 баллах. В сравнении с констатирующим этапом мы отметили увеличение первоначальных результатов до 5 баллов. Обследование мышечного тонуса и подвижности губ на контрольном этапе показало результаты выполнения проб от 10 до 12 баллов при максимальных 12 баллах, обследование мышечного тонуса языка и наличия патологической симптоматики – от 9 до 12 баллов при максимальных 12 баллах. Исследование звукопроизношения – от 22,5 до 30 баллов при максимальных 30 баллах. В сравнении с констатирующим этапом этот показатель на контрольном этапе увеличился на 10 – 12,5 баллов.

Таким образом, на контрольном этапе эксперимента у дошкольников со стертой дизартрией выявлена положительная динамика по всем показателям: состояние артикуляционной и мимической моторики, звукопроизношение.

Подводя итоги контрольного этапа, можно сделать следующие выводы. У всех детей на контрольном этапе наблюдается выраженная положительная динамика. Характеризуя нарушения в состоянии артикуляционного аппарата

на констатирующем этапе, отметим, что у Семена Б. и Вероники Н. была отмечена недостаточная подвижность артикуляционных мышц, ограниченная подвижность мышц языка в выполнении подъема кончика языка вверх в полости рта. У Семена Б. выявлены парезы мышц языка, нарушение мышечного тонуса. После коррекционной работы улучшились точность выполнения движений языка, возможность переключения с одного движения на другое, темп и амплитуда движений, что в целом способствовало исправлению неправильного произношения шипящих и сонорных звуков. Также была отмечена положительная динамика в развитии подвижности мышц губ: дети овладели произношением звуков, требующих округления и вытягивания губ. У Федора О., Саши Т., Саши З. на констатирующем этапе было выявлено наличие парезов, параличей, гиперсаливации. Эти дети не могли надувать щеки, вытягивать губы вперед и смыкать их. затруднялись в подъеме кончика языка вверх, удерживании его в данном положении. У Саши Т. и Федора О. сохранилась ограниченная подвижность мышц языка в недостаточном подъеме кончика языка вверх в полости рта, хотя при этом у Федора О. отмечается сохранность рефлекторных автоматических движений. Всё это является следствием сохраняющейся ограниченной подвижности артикуляционных мышц, которая усиливается нарушениями мышечного тонуса, наличием непроизвольных движений (тремора, гиперкинезов). Кроме всего этого причинами сохраняющихся нарушений в состоянии артикуляционного аппарата являлись анатомические особенности строения органов артикуляционного аппарата: у Федора О. маленький язык с укороченной уздечкой. До коррекционной работы для двоих детей (Матвея К. и Бори Б.) трудность представляли движения языком вправо и влево, а также переключение от одного движения к другому. На контрольном этапе отмечается сравнительно точное выполнение движений языком, движения координированы.

На констатирующем этапе у двоих детей (Виолетты К., Саши Т.) были отмечены особенности строения органов артикуляционного аппарата. У

Виолетты К. губы тонкие и укороченные, у Саши Т. малоподвижные губы. Было выявлено, что у детей отклонения в развитии движений языка обусловлены слабыми мышцами языка. В процессе коррекционной работы удалось преодолеть проблемы в состоянии органов артикуляционного аппарата и укрепить мышцы языка.

Таким образом, можно сделать вывод, что проведенная коррекционная работа над состоянием органов артикуляционного аппарата, в ходе которой шла подготовка артикуляционного аппарата к формированию артикуляционных укладов, помогла преодолеть проблемы в состоянии органов артикуляционного аппарата, укрепить мышцы языка, губ, и показала положительные результаты.

На констатирующем этапе произношение свистящих звуков было отмечено в 37,5% случаев. Из них у 25% детей был выявлен межзубный сигматизм (Ева Г., Ваня Н., Семен Б., Лиза Л.), что связано с нарушением иннервации мышц кончика языка. У этих детей при произнесении свистящих звуков кончик языка просовывался между передними зубами и общее звучание носило оттенок шепелявости. В ходе контрольного обследования выяснилось, что нарушения звукопроизношения в виде межзубного сигматизма у Евы Г., Вани Н., Семена Б., Лизы Л. устранены. В процессе коррекционного воздействия удалось укрепить кончик языка, в результате чего стало возможным правильное формирование у детей уклада свистящих звуков. Также положительное влияние на нормализацию произношения свистящих звуков, оказал выработанный у детей самоконтроль за положением артикуляционных органов. Остальные 12,5 % случаев составил боковой сигматизм у Миланы С. и Матвея К. Можно отметить, что проведенная логопедическая работа способствовала преодолению нарушения звукопроизношения в виде бокового сигматизма у Миланы С.: девочка научилась правильно формировать артикуляционный уклад звука. Однако у Матвея К. даже после проведенных занятий по-прежнему слышался своеобразный хлюпающий звук. Причина этого –

органическое поражение центральной нервной системы, которое носит при боковом сигматизме «мозаичный» характер, так как поражены отдельные мышечные пучки. Про боковой сигматизм можно добавить, что это стойкий дефект, не исчезающий спонтанно. Работа с Матвеем К. по устранению бокового сигматизма будет продолжена.

На констатирующем этапе количество детей с нарушением произношения шипящих звуков у двоих детей (Федора О. и Семена Б.), что составило 12,5 %, был отмечен парасигматизм шипящих звуков. У Федора О. дефект сохранился вследствие нарушения иннервации. Мальчик научился произносить звук [Ш] достаточно четко, но этот навык не автоматизирован, и часто звучание звука [Ш] при его произнесении схоже со звучанием смягченного звука.

У 6 детей, а это 37,5 % от общего числа испытуемых, на констатирующем этапе было выявлено нарушение произношения сонорных звуков. До проведения коррекционной работы межзубный ламбдацизм был отмечен у 3 детей, у которых также наблюдался межзубный сигматизм (Ваня Н., Семен Б., Лиза Л.). У данных детей было выявлено нарушение мышечного тонуса в виде атонии мышц кончика языка. Можно отметить, что на контрольном этапе Ваня Н., Лиза Л., Семен Б. преодолели нарушения звукопроизношения в виде межзубного ламбдацизма. В процессе коррекционного воздействия удалось укрепить кончик языка, в результате чего стало возможным правильное формирование у детей звуков [Л] и [Ль]. Кроме этого положительное влияние на нормализацию произношения поставленных звуков, оказал выработанный у детей контроль за положением артикуляционных органов и систематические посещения коррекционно – развивающих занятий.

После проведения коррекционной у Евы Г. был устранен губно-зубной ламбдацизм. Девочка научилась правильно произносить звук [Л], который до начала занятий напоминал звук [В].

У Артема П. после проведения логопедической работы сохранился имеющийся увулярный ротацизм. В данном случае произношение звуков [Р] и [Рь] искажалось за счет вибрации маленького язычка – увулы. Малоэффективность коррекционного воздействия объясняется тем, что в данном случае у ребенка имелся спастический парез кончика языка, что вело к сохранению искаженного произношения звуков [Р] и [Рь].

На констатирующем этапе было отмечено нарушенное произношение звонких согласных у 2 детей: у Лизы Л. наблюдалось спастическое сокращение мышц голосового аппарата и у Забавы М. была нарушена вибрация голосовых складок, поэтому произношение согласных оставалось недостаточно озвонченным. Данное нарушение удалось преодолеть в ходе применения нетрадиционного подхода по коррекции звукопроизношения. Как показали результаты повторного обследования, девочки научились правильно произносить звонкие согласные.

Таким образом, на контрольном этапе после проведения коррекционной работы с использованием нетрадиционного подхода можно отметить положительные результаты. При этом остались дети, у которых сохранились нарушения, требующие более длительной логопедической работы. У Федора О. парасигматизм шипящих звуков сохранился вследствие нарушения иннервации. Работа по устранению бокового сигматизма с Матвеем К. будет продолжена. У Артема П. сохранился имеющийся увулярный ротацизм из-за спастического пареза кончика языка.

Подсчет общего количества набранных за процедуру обследования баллов показал, что произошло перераспределение детей по уровням успешности выполнения заданий диагностического комплекса. Результаты этого перераспределения представлены в таблице 4.

Из представленной таблицы видно, что на контрольном этапе 12 детей продемонстрировали высокий уровень, процент успешности выполнения составил от 142,5 до 174 баллов, тогда как на констатирующем этапе детей с таким уровнем выполнения диагностических заданий не было.

Таблица 4

**Уровни успешности выполнения заданий диагностического
комплекса детьми со стертой дизартрией на констатирующем и
контрольном этапах**

Кол-во детей	Уровни					
	Высокий		Средний		Низкий	
15	Констатир. этап	Контрол. этап	Констатир. этап	Контрол. этап	Констатир. этап	Контрол. этап
	-	12	11	3	4	-

На контрольном этапе у 3 детей процент успешности составил от 125 до 134 баллов, что соответствовало среднему уровню успешности. На констатирующем этапе детей со средним уровнем успешности было 11. На контрольном этапе из 15 детей со стертой дизартрией нет ни одного ребенка с низким уровнем успешности, а на констатирующем этапе было 4 детей, процент успешности которых составлял от 102,66 баллов и ниже. Эти показатели подтверждают, что на контрольном этапе у обследованных детей отмечаются улучшения артикуляционной, мимической моторики и звукопроизношения.

Анализ показателей индивидуальных уровней показал, что на контрольном этапе высокий уровень (от 139,2 до 174 баллов) наблюдался у 13 детей из 15. С показателем процента успешности 174 балла процедуру повторного обследования прошли 3 ребенка: Ева Г., Боря Б., Вероника Н. Показатели 169 баллов и 168 баллов получили соответственно Забава М. и Виолетта К.. У Вани Н. процент успешности 167,5 баллов. Милана С. получила 166 баллов, а у Гриши К. – 165,5 баллов. У Лизы Л. процент успешности 163,5 баллов. У Саши З. 160,5 баллов процент успешности. Саша Т. получил 159 баллов. У Семена Б. 142,5 баллов, что явилось самым низким процентом успешности высокого уровня.

Среднему уровню успешности (от 104,4 до 137,46 баллов) соответствовали показатели 3 детей: Артема П. (134 балла), Матвея К. (128 баллов) и Федора О. (125 баллов).

Таким образом, полученные на контрольном этапе данные позволяют судить о преимущественном высоком уровне успешности выполнения диагностических заданий у детей, участвовавших в эксперименте – у 12 детей из 15. Средний процент успешности выявлен у 3 детей, а низкого процента успешности выявлено не было (см. Приложение 3, стр. 117).

Можно сделать вывод, что проведенная нами логопедическая работа по коррекции звукопроизношения у детей со стертой дизартрией с использованием нетрадиционного подхода оказала положительное влияние на эффективность процесса коррекции нарушений у детей. Это свидетельствует о правильно подобранной системе коррекционных упражнений с использованием нетрадиционного подхода.

Обобщая вышесказанное, отметим, что выдвинутая нами гипотеза о том, что проведение коррекционной работы с детьми дошкольного возраста со стертой дизартрией с применением нетрадиционного подхода окажет положительное влияние на эффективность процесса коррекции звукопроизношения у детей со стертой дизартрией, нашла своё подтверждение. У детей на контрольном этапе значительно улучшилось звукопроизношение. Повысились результаты по следующим показателям: состояние артикуляционной моторики, состояние мимической мускулатуры, состояния мышечного тонуса языка и губ. Следовательно, успех коррекции звукопроизношения с применением нетрадиционного подхода зависит от поэтапной и систематической работы, которая требует специальных навыков, огромного трудолюбия и терпения со стороны логопеда, воспитателя, ребенка и его родителей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Период дошкольного детства является наиболее благоприятным для формирования и развития речи. От речевого развития зависят общее психологическое развитие ребенка, формирование сферы межличностного взаимодействия, а также развитие познавательных процессов: памяти, мышления, воображения, внимания. Важнейшим условием полноценного гармоничного развития личности ребенка является желание общаться, умение формулировать свои мысли, пользоваться в общении с окружающими правильной, выразительной речью.

Практика показывает, что количество дошкольников с речевыми нарушениями, обусловленными органическим поражением центральной и периферической нервной системы, постоянно увеличивается. Тяжелым речевым расстройством, обусловленным органическим поражением нервной системы, является дизартрия. Дизартрия – это нарушения произносительной стороны речи, обусловленные недостаточностью иннервации речевого аппарата.

В неврологическом плане дизартрия относится к нарушениям проводникового характера. Нарушения проводимости подъязычного, языкоглоточного и блуждающего нервов по отдельности приводят к дизартрии или даже к анартрии, т.е. невозможности процесса артикулирования. Не ярко выраженные мозговые нарушения могут привести к возникновению стертой формы дизартрии, которая может рассматриваться как степень проявления этого речевого дефекта.

Стертую дизартрию характеризуют как речевую патологию, проявляющуюся в расстройствах фонетического и просодического компонентов речевой функциональной системы и возникающую вследствие невыраженного микроорганического поражения головного мозга. К основным проявлениям стертой дизартрии относятся невнятная невыразительная речь, плохая дикция, искажение и замена звуков в сложных

по слоговой структуре слова. Для детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией характерны следующие особенности звукопроизношения: межзубное произношение переднеязычных звуков [т], [д], [н], [л], [с], [з] сочетается с отсутствием или горловым произношением звука [р]; боковое произношение свистящих, шипящих, звуков [р]-[р'], замена [р]-[р'] на [д]-[д']; шипящие звуки оформляются в более простом, нижнем произношении и заменяют свистящие звуки. Дети испытывают трудности при произношении слов со сложной слоговой структурой, упрощают звуконаполняемость, опуская некоторые звуки при стечении согласных. Для всех детей со стертой дизартрией характерно полиморфное нарушение звукопроизношения.

При дизартрии, в том числе и стертой ее форме, коррекционная работа по автоматизации навыков правильного звукопроизношения затруднена, в связи с чем удлиняются сроки коррекционного воздействия. Дети, имеющие стертую дизартрию, нуждаются в длительной, систематической, индивидуальной логопедической помощи.

Ввиду распространенности стертой дизартрии, трудности дифференциальной диагностики, проведения комплексного медико-педагогического воздействия, профилактики тяжелых речевых расстройств – это актуальная проблема современной логопедии, неврологии и психиатрии.

Для оптимизации коррекционного воздействия необходим поиск наиболее эффективных подходов к содержанию логопедической работы, направленной на устранение нарушений звукопроизношения детей со стертой дизартрией. В настоящее время перспективным средством коррекционно-развивающей работы, в том числе и с детьми со стертой дизартрией, являются нетрадиционные подходы.

Экспериментальное исследование проводилось на базе МБДОУ «Детский сад №10» г. Уссурийска Уссурийского городского округа. В эксперименте приняли участие 15 детей старшего дошкольного возраста с речевым нарушением стертая дизартрия.

Для проведения экспериментального изучения нарушений звукопроизношения детей со стертой дизартрией, был составлен «Адаптированный диагностический комплекс оценки состояния артикуляционной, мимической моторики и звукопроизношения дошкольников со стертой дизартрией». За основу были взяты диагностические комплексы для оценки состояния артикуляционной и мимической моторики детей со стертой дизартрией, рекомендуемые Л.В. Лопатиной, Г.В. Дедюхиной. Обследование состояния звукопроизношения проводилось по общепринятой в логопедии методике, опубликованной в работах Н.С. Жуковой, Р.Е. Левиной, Е.М. Мастюковой, Т.Б. Филичевой, Г.В. Чиркиной.

Диагностический комплекс включал в себя балльно-уровневую систему оценки качества выполнения диагностических проб, что удобно для диагностики, построения системы индивидуальной коррекционной работы, отслеживания динамики речевого развития ребенка и оценки эффективности коррекционного воздействия. Диагностическое обследование строилось по двум направлениям: 1) изучение состояния артикуляционной и мимической моторики; 2) изучение состояния звукопроизношения.

В результате проведенного экспериментального исследования был сделан вывод о том, что показатели состояния артикуляционной, мимической моторики и звукопроизношения свидетельствуют о наличии у детей дошкольного возраста со стертой дизартрией нарушений по всем направлениям проведенного диагностического обследования. Это свидетельствовало о необходимости проведения с детьми со стертой дизартрией систематической логопедической работы по нормализации мышечного тонуса, развитию артикуляционной и мимической моторики, что, на наш взгляд, должно было способствовать успешной коррекции нарушений звукопроизношения.

В рамках заявленной гипотезы нами была разработана и апробирована система логопедической работы по коррекции нарушений

звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией с использованием нетрадиционного подхода. Мы предположили, что использование нетрадиционного подхода будет способствовать сокращению сроков коррекционной работы, в частности автоматизации навыка правильного произнесения звуков, снизит энергетические затраты, повысит результат работы и мотивационный аспект у ребенка. В своей работе мы придерживались принципа «прежде всего – обучать, играя, а не просто играть».

Система логопедической работы включала в себя проведение индивидуальных, подгрупповых и фронтальных со всей группой детей занятий. На занятиях отрабатывались следующие задачи: развитие артикуляционной моторики, нормализация мышечного тонуса, развитие общей и мелкой моторики, умения работать по словесным инструкциям логопеда и по образцу, развитие самоконтроля и использование речевых навыков в связной речи, постановка звуков, их автоматизация и дифференциация, использование в связной речи. Для закрепления навыков, формируемых на логопедических занятиях, доступные задания и упражнения предлагались воспитателям для выполнения с детьми в свободное от занятий время, а также родителям для выполнения в домашних условиях.

Логопедическая работа с использованием нетрадиционного подхода содержала следующие этапы:

1. Подготовительный.
2. Выработка новых произносительных умений и навыков.
3. Выработка коммуникативных умений и навыков.

Коррекционно-воспитательная работа с детьми со стертой дизартрией предполагала использование различных нетрадиционных методов. Среди них можно назвать кинезиологию, логосказки, самомассаж, биоэнергопластику, пескотерапию, Су-Джок-терапию.

Занятия с использованием нетрадиционного подхода для коррекции звукопроизношения способствовали привлечению интереса детей к

коррекционному процессу, создавали высокий эмоциональный настрой, что существенно повысило эффективность логопедических занятий, способствовало не только формированию навыков правильного произнесения звуков, но и развитию артикуляционной, общей и мелкой моторики, развитию основных психических функций (мышления, внимания, памяти, восприятия), что благотворно влияет на развитие речевой коммуникации дошкольников в целом.

Обобщая вышесказанное, отметим, что выдвинутая нами гипотеза о том, что проведение коррекционной работы с детьми дошкольного возраста со стертой дизартрией с использованием нетрадиционного подхода окажет положительное влияние на эффективность процесса коррекции звукопроизношения у детей с дизартрией, нашла своё подтверждение. Полученные на контрольном этапе данные позволяют судить о преимущественном высоком уровне успешности выполнения диагностических заданий у детей, участвовавших в эксперименте – у 12 детей из 15. Средний уровень успешности выявлен у 3 детей. У детей на контрольном этапе значительно улучшилось звукопроизношение: у 12 детей из 15 полностью устранены нарушения звукопроизношения, выявленные на констатирующем этапе. С тремя детьми логопедическая работа должна быть продолжена: с одним из них – по закреплению правильного произнесения появившегося звука, с остальными – по формированию правильных артикуляционных укладов неправильно произносимых звуков.

Кроме положительной динамики в коррекции нарушений звукопроизношения было отмечено, что повысились результаты по следующим показателям: состояние артикуляционной моторики и мимической мускулатуры, состояние мышечного тонуса языка и губ. Следовательно, успех коррекции звукопроизношения с применением нетрадиционного подхода зависит от поэтапной и систематической работы, правильно подобранной системы коррекционных упражнений.

Список литературы

1. Акименко В. М. Новые логопедические технологии: учебно-методическое пособие. Ростов н/Д.: Феникс, 2008. 105 с.
2. Аммосова Н. С. Самомассаж рук при подготовке детей с речевыми нарушениями к школе // Логопед. 2004. № 6. С.78 -82.
3. Архипова Е.Ф. Стертая дизартрия у детей: учебное пособие для студентов вузов. М.: АСТ: Астрель, 2016. 319 с.
4. Архипова Е.Ф. Коррекционно - логопедическая работа по преодолению стертой дизартрии у детей. М.:АСТ: Астрель, 2008. 254 с.
5. Ахутина Т.В. Порождение речи. Нейролингвистический анализ синтаксиса: монография. М.: КД Либроком, 2012. 215 с.
6. Бабина Г.В., Белякова Л.И., Идес Р.Е. Практикум по логопедии: дизартрия: учебно-методическое пособие. М.: ЛитРес, 2020. 124 с.
7. Башмакова С. Б., Станилеско И. В. Современные исследования дизартрии в отечественной и зарубежной логопедии // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2016. – Т. 17. – С. 818–822. – URL: <http://e-koncept.ru/2016/46339.htm>.
8. Белова-Давид Р.А., Гриншпун Б.М. Нарушение речи у дошкольников. М.: Просвещение, 1969. 216 с.
9. Бельтюков В.И. Взаимодействие анализаторов в процессе восприятия и усвоения устной речи (в норме и патологии): монография. М.: Библио, 2004. 176 с.
10. Богомолова А.И. Логопедическое пособие для занятий с детьми. СПб.: Библиополис, 2004. 208 с.
11. Бушлякова Р.Г. Артикуляционная гимнастика с биоэнергопластикой. СПб.: Детство – Пресс, 2011. 240 с.
12. Ветрова В.В., Смирнова Е.О. Ребенок учится говорить. М.: Знание, 1988. 96 с.

13. Винарская Е.Н. Дизартрия. М.: АСТ: Астрель, Хранитель, 2006. 141 с.
14. Винарская Е.Н., Пулатов А.М. Дизартрия и ее топико-диагностическое значение в клинике очаговых поражений мозга. Ташкент: Медицина, 1989. 168 с.
15. Волкова Г.А. Психолого-логопедическое исследование детей с нарушениями речи. СПб.: Сайма, 1993. 61 с.
16. Воробьева Т.А., Крупенчук О.И. Мяч и речь. СПб.: Дельта, 2001. 96 с.
17. Выготский Л.С. Мышление и речь. М.: Национальное образование, 2019. 368 с.
18. Галигузова Л.Н., Смирнова Е.О. Ступени общения от года до семи лет. М.: Просвещение, 1992. 160 с.
19. Гейци Э.Д. Диагностика детей среднего и старшего дошкольного возраста. Новосибирск: Бора-Пресс, 2006. 567 с.
20. Грабенко Т. М., Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. Чудеса на песке. Песочная игротерапия. СПб.: Институт специальной педагогики и психологии, 2008. 50 с.
21. Грабенко Т. М., Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. Коррекционные, развивающие и адаптирующие игры. СПб.: Детство-Пресс, 2004. 64 с.
22. Грибова О.Е. Технология организации логопедического обследования. М.: Айрис-пресс, 2008. 96 с.
23. Грибова О.Е. Бессонова Т.П. Дидактический материал по обследованию речи детей. М.: АРКТИ, 2019. 70 с.
24. Гуровец Г.В., Маевская С.И. К вопросу диагностики стертых форм псевдобульбарной дизартрии // Вопросы логопедии. М.: Просвещение, 1982. С. 27-37.
25. Давыдова М. П. Коррекция речи у детей с дизартрией. Курск: Курск. областн. институт усовершенствов. учителей, 1991. 134 с.

26. Данилова Л.А. Методы коррекции речевого и психического развития детей с церебральным параличом. Л.: Медицина, 1977. 96 с.
27. Денисова Н.Е. Экспресс-диагностика детей первого года обучения, имеющих проблемы речевого развития // Дефектология. 1998. № 2. С.49 – 52.
28. Ефименкова Л.Н. Формирование речи у дошкольников. Дети с общим недоразвитием речи. М.: Просвещение, 1985. 112 с.
29. Жукова Н.С., Мастюкова Е.М., Филичева Т.Б. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников. М.: КнигоМир, 2011. 320 с.
30. Жукова Н.С. Отклонения в развитии детской речи: М.: УНПЦ Энергомаш, 2004. 128 с.
31. Зайцева Л.А. Обследование детей с речевой патологией: методические рекомендации. Мн.: НМЦентр, 1994. 20 с.
32. Зеэман М. Расстройства речи в детском возрасте. М.: Астрель, 2002. 299 с.
33. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Практикум по сказкотерапии. СПб.: РЕЧЬ, 2000. 310 с.
34. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д., Грабенко Т. М. Практикум по креативной терапии. СПб.: Речь, 2001. 400 с.
35. Ивчатова Л.А. Су-джок терапия в коррекционно-педагогической работе с детьми // Логопед. 2010. №1. С. 36-38.
36. Игры в логопедической работе с детьми: пособие для логопедов и воспитателей детских садов / Под ред. В.И. Селиверстова. М.: Просвещение, 1981. 192 с.
37. Инновация – в логопедическую практику: сборник статей / Под ред. О.Е. Громова. М.: Линка - Пресс, 2008. 228 с.
38. Кабанова Т.В., Домнина О.В. Тестовая диагностика: обследование речи, общей и мелкой моторики у детей 3-6 лет с речевыми нарушениями. М.: ГНОМ, 2010. 104 с.

39. Карелина И.Б. Дифференциальная диагностика стертых форм дизартрий и сложной дислалии // Дефектология. 2006. № 5. С. 10-14.
40. Каше Г.А. Подготовка к школе детей с недостатками речи. М.: Просвещение, 1985. 207 с.
41. Киселева В.А. Диагностика и коррекция стертой формы дизартрии. Пособие для логопедов. М.: Школьная Пресса, 2007. 48 с.
42. Кирьянова Р.А. Комплексная диагностика и ее использование учителем-логопедом в коррекционной работе с детьми 5-6 лет, имеющими тяжелые нарушения речи. СПб.: Каро, 2006. 368 с.
43. Кольцова М.М., Рузина М. С. Ребёнок учится говорить. Пальчиковый игротренинг. М.: У-Фактория, 2006. 224 с.
44. Кольцова М.М. Ребенок учится говорить. М.: Педагогика, 1973. 224 с.
45. Кольцова М.М. Двигательная активность и развитие функций мозга ребенка (роль двигательного анализатора в формировании высшей нервной деятельности). М.: Педагогика, 2003. 142 с.
46. Коноваленко В.В., Коноваленко С.В. Экспресс-обследование звукопроизношения у детей дошкольного и младшего школьного возраста: пособие для логопедов. М.: Гном, 2000. 16 с.
47. Коновская М.В. Нетрадиционные методы в логопедической практике // Педагогическое мастерство. М.: Буки-Веди, 2016. С. 132-134.
48. Корнев А.Н. Основы логопатологии детского возраста: клинические и психологические аспекты. СПб.: Речь, 2005. 380 с.
49. Коррекционно-педагогическая работа в дошкольных учреждениях для детей с нарушениями речи / Под ред. Ю.Ф. Гаркуша, В.Ю. Секачев. М.: Сфера, 2007. 128 с.
50. Крупенчук О.И. Уроки логопеда: Пальчиковые игры. СПб.: Литера, 2008. 32 с.
51. Липатова Т.В. Гимнастика мозга или образовательная кинезиология. Практическое пособие. Омск: 2008. 48 с.