



МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ГУМАНИТАРНО-
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(ФГБОУ ВО «ЮУрГГПУ»)

ФАКУЛЬТЕТ ИНКЛЮЗИВНОГО И КОРРЕКЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КАФЕДРА СПЕЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКИ, ПСИХОЛОГИИ И ПРЕДМЕТНЫХ
МЕТОДИК

«Коррекция просодической стороны речи у детей младшего школьного возраста с
дизартрией»

Выпускная квалификационная работа
по направлению 44.03.03

Специальное (дефектологическое) образование
Направленность (профиль) «Логопедия»
Форма обучения очная

Проверка на объем заимствований:
69 % авторского текста
Работа реком. к защите
рекомендована/не рекомендована
«16» 02 2021 г. 19
зав. кафедрой _____
специальной педагогики, психологии
и предметных методик

Выполнила:
Студентка группы ОФ-406/101-4-1
Байгильдина Алина Ринатовна

Научный руководитель:
к.п.н., зав. кафедрой СПП и ПМ
Дружинина Лилия Александровна

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	3
<u>ГЛАВА 1. АНАЛИЗ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ВОПРОСУ ИССЛЕДОВАНИЯ</u>	
1.1. Дизартрия. Основные понятия и клиническая характеристика.....	6
1.2. Психолого-педагогическая характеристика младших школьников с дизартрией	11
1.3. Особенности состояния просодической стороны речи у младших школьников с дизартрией	18
1.4. Методики по коррекции просодической стороны речи у младших школьников с дизартрией	25
Выводы по первой главе	28
<u>ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО ИЗУЧЕНИЮ ПРОСОДИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДИЗАРТРИЕЙ</u>	
2.1. Методика обследования просодической стороны речи у детей младшего школьного возраста с дизартрией... ..	29
2.2. Результаты и анализ состояния просодической стороны речи у детей младшего школьного возраста с дизартрией	41
2.3. Комплекс дидактических игр по коррекции просодической стороны речи у детей с дизартрией	48
Выводы по второй главе	63
<u>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</u>	64
<u>СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ</u>	67
<u>ПРИЛОЖЕНИЯ</u>	72

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время наблюдается увеличение количества детей, имеющих отклонение в речевом развитии. Среди многих заболеваний логопеды всё чаще отмечают расстройства просодической стороны речи. Расстройство просодики оказывает существенное влияние на формирование коммуникативной функции речи, так как снижает её разборчивость и внятность, окружающим сложно воспринять данную речь, а у самого ребёнка патологические изменения силы голоса, темпа, ритма, тембра и логического ударения нередко сопровождаются вторичными психологическими отклонениями. Расстройства просодической стороны речи у детей входят в структуру речевых нарушений при заикании, дизартрии, моторной алалии, ринологии. Степень отрицательного влияния на личность в целом и отдельные её проявления зависят от характера расстройства.

В связи с этим возникает настоятельная необходимость своевременного преодоления встречающихся у детей расстройств просодической стороны речи. Важно знать специальные методы и приёмы, которые должны проводиться для предупреждения и коррекции просодики речи. Дети, не получившие своевременной помощи, приобретают с годами стойкую неполноценность голосового аппарата и снижение коммуникативной функции речи. Правильное использование специальной методики коррекции просодической стороны речи у школьников с речевой патологией позволяет быстрее устранить нарушение звуковой, темпо - ритмической, тембральной стороны речи и логического ударения и восстановить её коммуникативную функцию. Поэтому одной из актуальных задач по коррекции просодической стороны речи у детей школьного возраста является ранняя коррекционная логопедическая работа.

Объект исследования: развитие просодической стороны речи у детей младшего школьного возраста

Предмет исследования: дидактические игры как средство коррекции просодической стороны речи у детей с дизартрией

Цель исследования: теоретически изучить и практически обосновать необходимость работы по коррекции просодической стороны речи у детей младшего школьного возраста с дизартрией посредством дидактической игры.

Задачи исследования:

1. Изучить и проанализировать психолого-педагогическую литературу по вопросам исследования.
2. Изучить и проанализировать состояние просодической стороны речи у детей младшего школьного возраста с дизартрией.
3. Разработать комплекс дидактических игр по коррекции нарушений просодической стороны речи у детей младшего школьного возраста с дизартрией.

Теоретико-методологической основой исследования явились концепции общей и специальной психологии, педагогики (Л.С. Выготский, В.В. Давыдов, Д.Б. Эльконин), представления о структуре и проявлениях нарушений в речевом развитии младших дошкольников (Н.С. Жукова, Р.Е. Левина, Р.И. Лалаева)

Методы исследования: теоретические (изучение и анализ литературы по теме исследования), эмпирические (наблюдение, беседа, сравнение) и методы качественной и количественной оценки результатов.

База исследования: исследование проводилось на базе МАОУ СОШ №14 г. Челябинска. В эксперименте принимала участие 1 группа детей младшего школьного возраста 7 лет. Экспериментальную группу составили 3 школьника логопедической группы данной школы с заключением ОНР III уровня речевого развития с минимальными дизартрическими расстройствами. Всего было обследовано 3 человека, из них мальчиков – 2 (66%), девочек – 1 (34%).

Структура работы: выпускная квалификационная работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованных источников и приложения.

ГЛАВА 1. АНАЛИЗ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ВОПРОСАМ ИССЛЕДОВАНИЯ

1.1 Дизартрия. Основные понятия и клиническая характеристика.

Дизартрия — нарушение звукопроизносительной стороны речи, обусловленное органической недостаточностью иннервации речевого аппарата. Термин «дизартрия» образован от греческих слов *arthson* — сочленение и *dys* — частица, означающая расстройство. [15]

Общие клинические признаки дизартрий у детей являются достаточно близкими к тому, что имеется у взрослых, а именно:

- нарушение мышечного тонуса;
- нарушение артикуляционной моторики;
- нарушение голосообразования;
- нарушение дыхания.

Все эти признаки дизартрий у детей, как и взрослых, вызваны нарушением иннервации мышц периферического речевого аппарата, т.е. при дизартрии нарушается двигательный механизм речи вследствие органического поражения центральной нервной системы. В структуру речевого дефекта входит нарушение звукопроизносительной и просодической сторон речи. [1]

Нарушения звукопроизношения при дизартрии проявляются в разной степени и зависят от характера и тяжести поражения нервной системы. Отдельные искажения звуков наблюдаются в легких случаях, "смазанная речь", в более тяжелых, имеются искажения, замены и пропуски звуков, страдает темп, выразительность, модуляция, в целом произношение становится невнятным [5].

Основными признаками дизартрии являются дефекты звукопроизношения и голоса, сочетающиеся с нарушениями речевой, прежде всего артикуляционной моторики и речевого дыхания. При дизартрии, в

отличие от дислалии, может нарушаться произношение, как согласных, так и гласных звуков. Нарушения гласных классифицируются по рядам и подъемам, нарушения согласных - по наличию и отсутствию вибрации голосовых складок, способу и месту артикуляции, наличию или отсутствию дополнительного подъема спинки языка к твердому нёбу [25].

Клиническое, психологическое и логопедическое изучение детей с дизартрией показывает, что эта категория детей очень неоднородна с точки зрения двигательных, психических и речевых нарушений.

Причинами дизартрии являются органические поражения ЦНС в результате воздействия различных неблагоприятных факторов на развивающийся мозг ребенка во внутриутробном и раннем периодах развития. Чаще всего это внутриутробные поражения, являющиеся результатом острых, хронических инфекций, кислородной недостаточности (гипоксии), интоксикации, токсикоза беременности и ряда других факторов, которые создают условия для возникновения родовой травмы. В значительном числе таких случаев при родах у ребенка возникает асфиксия, ребенок рождается недоношенным.

Классификация клинических форм дизартрии основывается на выделении различной локализации поражения мозга. Дети с различными формами дизартрии отличаются друг от друга специфическими дефектами звукопроизношения, голоса, артикуляционной моторики, нуждаются в различных приемах логопедического воздействия и в разной степени поддаются коррекции. [15]

В основу классификации положены принцип локализации, синдромологический подход, степень понятности речи для окружающих. Наиболее распространенная классификация в отечественной логопедии создана с учетом неврологического подхода на основе уровня локализации поражения двигательного аппарата речи (О.В. Правдина).

Формы дизартрии:

Бульбарная дизартрия

(от лат. *bulbus*. — луковица, форму которой имеет продолговатый мозг) проявляется при заболевании (воспалении) или опухоли продолговатого мозга. При этом разрушаются расположенные там ядра двигательных черепно-мозговых нервов (языкоглоточного, блуждающего и подъязычного, иногда тройничного и лицевого).

Характерным является паралич, или парез мышц глотки, гортани, языка, мягкого нёба. У ребенка с подобным дефектом нарушается глотание твердой и жидкой пищи, затруднено жевание.

Подкорковая дизартрия

Возникает при поражении подкорковых узлов головного мозга. Характерным проявлением подкорковой дизартрии является нарушение мышечного тонуса и наличие гиперкинеза. Гиперкинез — насильственные произвольные движения (в данном случае в области артикуляционной и мимической мускулатуры), не контролируемые ребенком. Эти движения могут наблюдаться в состоянии покоя, но обычно усиливаются при речевом акте.

Характерным признаком подкорковой дизартрии является нарушение просодической стороны речи — темпа, ритма и интонации.

Мозжечковая дизартрия

Характеризуется скандированной «рубленой» речью, иногда сопровождается выкриками отдельных звуков. В чистом виде эта форма у детей наблюдается редко.

Корковая дизартрия

Представляет большие трудности для выделения и распознавания. При этой форме нарушается произвольная моторика артикуляционного аппарата.

Псевдобульбарная дизартрия

Наиболее часто встречающаяся форма детской дизартрии.

Псевдобульбарная дизартрия является следствием перенесенного в раннем детстве, во время родов или во внутриутробном периоде органического поражения мозга в результате энцефалита, родовых травм, опухолей, интоксикации и др. У ребенка возникает псевдобульбарный паралич или парез, обусловленный поражением проводящих путей, идущих от коры головного мозга к ядрам языкоглоточного, блуждающего и подъязычного нервов. По клиническим проявлениям нарушений в области мимической и артикуляционной мускулатуры он близок к бульбарному. Однако возможности коррекции и полноценного овладения звукопроизводительной стороной речи при псевдобульбарной дизартрии значительно выше. [15]

Основными симптомами дизартрии являются дефекты звукопроизношения и голоса, сочетающиеся с нарушениями речевой, прежде всего артикуляционной моторики и речевого дыхания.

Помимо этого в **симптоматике дизартрии** выделяют речевые и неречевые симптомы. К *неречевым* относят: массивные нарушения двигательного аппарата или двигательной сферы; нарушение эмоционально-волевой сферы; нарушение психического развития; нарушение познавательной деятельности; своеобразное формирование личности; нарушение артикуляции, дыхания, мышечного тонуса.

Выявляются патологические особенности в артикуляционном аппарате. Паретичность мышц органов артикуляции проявляется в следующем: лицо гипомимично, мышцы лица при пальпации вялые; позу закрытого рта многие дети не удерживают, т.к. нижняя челюсть не фиксируется в приподнятом состоянии из-за вялости жевательной мускулатуры; губы вялые, углы их опущены; во время речи губы остаются вялыми и необходимой лабиализации звуков не производится, что ухудшает просодическую сторону речи. Язык при паретической симптоматике тонкий, находится на дне полости рта, вялый, кончик языка малоактивный. При функциональных нагрузках (артикуляционных упражнениях) мышечная

слабость увеличивается. Спастичность мышц органов артикуляции проявляется в следующем: лицо амимично, мышцы лица при пальпации твердые, напряженные. Губы у такого ребенка постоянно находятся в полуулыбке: верхняя губа прижимается к деснам. Во время речи губы не принимают участие в артикуляции звуков [27]

Многие дети, у которых отмечается подобная симптоматика, не умеют выполнять артикуляционное упражнение "трубочка", т.е. вытянуть губы вперед, и др. Язык при спастическом симптоме чаще изменен по форме: толстый, без выраженного кончика, малоподвижный. Гиперкинезы при дизартрии проявляются в виде дрожания, тремора языка и голосовых связок. При функциональных пробах и нагрузках проявляется тремор языка. Апраксия при дизартрии выявляется одновременно в невозможности выполнения каких-либо произвольных движений руками и органами артикуляции. В артикуляционном аппарате апраксия проявляется в невозможности выполнения определенных движений или при переключении от одного движения к другому. Можно наблюдать кинетическую апраксию, когда ребенок не может плавно переходить от одного движения к другому. У других детей отмечается кинестетическая апраксия, когда ребенок производит хаотические движения, "нащупывая" нужную артикуляционную позу. Девиация, т.е. отклонения языка от средней линии, проявляется также при артикуляционных пробах, при функциональных нагрузках. Девиация языка сочетается с асимметрией губ при улыбке со сглаженностью носогубной складки. [28]

Интонационно - выразительная окраска речи детей с дизартрией резко снижена. Заметны нарушения тембра речи, голосовых модуляций, темпа речи, дыхания [15]

Следует отметить, что все указанные нарушения имеют индивидуальный характер и не обязательно проявляются у каждого ребенка.

Выраженность той или иной совокупности признаков позволяет детей с проявлениями дизартрии условно разделить на 3 группы:

— *Дети с нарушениями звукопроизношения и просодики.* Общий уровень речевого развития таких детей достаточно высокий, они владеют связной речью и имеют богатый словарь. Трудности проявляются при произношении слов со сложной слоговой структурой, либо при усвоении и воспроизведении предлогов. У таких детей часто встречаются нарушения пространственной ориентации.

— *Дети с нарушением звуковой и просодической стороны речи в сочетании с недоразвитием фонематического слуха.* В речи детей встречаются единичные лексико-грамматические ошибки, нарушения в словообразовании. Как правило, словарь ограничен, отстает от возрастной нормы.

— *Дети с полиморфными нарушениями звукопроизношения и недостаточным развитием просодической стороны речи.* В речи ярко выражены ошибки дифференциации звуков, составлении связных высказываний, грамматическом строе предложений. Словарь значительно отстает от возрастной нормы.

Дизартрия является наиболее частым речевым нарушением у детей. Клинические особенности и степень выраженности нарушений зависит прежде всего от локализации и степени тяжести мозгового поражения.

1.2. Психолого-педагогическая характеристика младших школьников с дизартрией

Накопленные сведения о дизартрических нарушениях позволили выделить несколько классификаций. В отдельную группу были выделены минимальные дизартрические расстройства (И.Б. Карелина) или стертая дизартрия (Е.Ф. Архипова). Вопросы развития речи при стертой дизартрии

изучали также О.В. Правдина, Л.В. Лопатина, О.А. Токарева, Г.Г. Гуцман, Р.И. Мартынова, Л.В. Мелехова, И.И. Панченко, Э.Я. Сизова, Э.К. Макарова, Е.Ф. Собонович и др.

Под стертой дизартрией Е.Ф. Архипова рассматривает вид речевого нарушения, при котором все симптомы (неврологические, психологические, речевые) выражены в стертой форме. Стертую дизартрию можно спутать с дислалией. Отличие в том, что у детей со стертой дизартрией наблюдается наличие очаговой неврологической микросимптоматики [3].

О.Ю. Федосова отмечает, что стертая дизартрия – одно из наиболее часто встречающихся в детском возрасте расстройств речи, при котором ведущими в структуре речевого дефекта являются стойкие нарушения звукопроизношения, сходные с другими артикуляторными расстройствами и представляющие значительные трудности для дифференциальной диагностики и коррекции.

Л.В. Лопатина считает, что стертая дизартрия – это речевая патология, проявляющаяся в расстройствах фонетического и просодического компонентов речевой функциональной системы и возникающая вследствие невыраженного микроорганического поражения головного мозга [21].

И.Б. Карелина ввела терминологию, где стертая дизартрия трактуется как минимальные дизартрические расстройства (МДР). Автор приводит критерии дифференциальной диагностики стертой дизартрии и дислалии. Наличие или отсутствие симптомов органического поражения центральной нервной системы служит критерием при дифференциальной диагностике нарушений звукопроизношения [16].

На сложность дифференциальной диагностики и длительность формирования нормированного звукопроизношения указывает О.В. Правдина. Она пишет, что более легкие степени дизартрии встречаются значительно чаще (чем «чистая» дизартрия), легко с обычными формами дислалии, но дают о себе знать особой трудностью их преодоления.

По мнению Р.И. Мартыновой [27] при МДР неврологическая симптоматика не резко выражена, имеются парезы отдельных мышечных групп, отмечается нечеткое произношение, назализация, дисфония, просодические расстройства, короткое и поверхностное дыхание.

Т.Б. Филичева, Н.А. Чевелева отмечают, что в специальные детские сады нередко попадают дети с внешними симптомами, сходными с проявлением сложной дислалии, отягощенной фонематическим недоразвитием. Однако боковое произношение многих фонем, появление излишней слюны в момент речи, неумение удерживать ту или иную артикуляционную позу продолжительное время, нижняя артикуляция некоторых верхних звуков свидетельствуют о наличии легкой степени дизартрии. Обследование подвижности речевых органов, а также качества движений языка, их точности и силы позволило авторам выявить следующие особенности: постепенно меняющееся положение языка (он то лежит спокойно, то оттягивается внутрь рта, то выгибается кверху, то отклоняется в сторону), лишние движения (язык высовывается резко вперед, становится длинным, узким), прежде чем язык примет нужное положение. Это свидетельствует об изменениях тонуса мышц языка, одной его половины или только кончика. Легко обнаруживается неточность и недостаточность силы движений языка, а иногда и его вялость. Такие явления обусловлены гиперкинезами языка, постоянно подвижного, как бы не находящего нужного положения [34]. Выявляется замедление темпа движений, их неточность, язык отклоняется в сторону и не сможет находиться в спокойном состоянии. Все это свидетельствует о наличии мышечной и иннервационной недостаточности в органах артикуляции.

Упоминание о подобных фактах имеются в исследованиях И.И. Панченко, которая при тщательном обследовании у детей с дислалией обнаружила незначительные нарушения иннервации мышц артикуляционного аппарата, выражающиеся в очень легкой степени явлениях спастического пареза и расстройствах звукопроизношения, что проявлялось в

боковом, межзубном произнесении звука и в других нарушениях. По мнению И.И. Панченко, такие проявления следует относить к нарушениям дизартрического характера, имеющим легкую степень выраженности [28]

На сходство внешних проявлений легкой степени дизартрии и сложной дислалии указывает Р.И. Мартынова. При тщательном обследовании и функциональных нагрузках (повторные движения, силовые напряжения) Р.И. Мартыновой были выявлены симптомы органического поражения ЦНС в виде стертых парезов, изменения тонуса мышц, гиперкинезов в мимической и артикулярной мускулатуре, патологических рефлексов [27]

Вопросы диагностики и проявления легкой степени дизартрии, в частности, бокового сигматизма, подробно освещены в работах Э.Я. Сизовой, в которых рассматривается его нейрофонетическая характеристика, способы диагностики и механизмы. Автор приходит к заключению, что подобные нарушения произношения обусловлены поражением центральной нервной системы и являются расстройствами дизартрического ряда; они носят стертый характер в связи с избирательной неполноценностью различных участков языка и артикуляционной мускулатуры.

Для глубокого понимания легкой степени дизартрии важно изучение как речевой, так и неречевой симптоматики. Это положение обосновано в работах Р.И. Мартыновой, которая провела сравнительное изучение физического, неврологического и психолого-педагогического статуса детей с легкой степенью дизартрии и функциональной дислалией. Исследование показало некоторое отставание в физическом развитии, наличие неврологической микросимптоматики, изменения со стороны вегетативной нервной системы, часто носящие «мозаичный» характер, особенности психических процессов (мышления, памяти, внимания), задержку темпа психического развития. Для многих детей характерно замедленное формирование пространственно-временных, оптико-пространственных представлений, оптико-пространственного гнозиса, фонематического

анализа, конструктивного праксиса.

Двигательные нарушения проявляются в более поздних сроках формирования двигательных функций (возможности самостоятельно садиться, ползать с поперечным выносом вперед руки и противоположной ноги, ходить, захватывая предметы кончиками пальцев и манипулировать с ними.

Наблюдения Р.И. Мартыновой нашли подтверждение в исследовании Л.В. Лопатиной, которая отмечает наличие очаговой неврологической симптоматики, минимальной мозговой дисфункции у рассматриваемой категории детей. Автором была установлена менее выраженная контактность, неустойчивость интереса и внимания, отвлекаемость, пассивность при выполнении мыслительных операций, быстрая утомляемость, в некоторых случаях отказ от задания, проявления негативизма [13]

В исследованиях, посвященных проблеме речевых нарушений при легкой степени дизартрии, отмечается, что наиболее стойкими, выраженными» ведущими в структуре речевого дефекта у детей с рассматриваемой патологией являются нарушения звукопроизношения, имеющие свой специфический механизм, отличающийся от механизмов дислалии. Фонетические нарушения являются распространенными, имеют стойкий характер, сходны по своим проявлениям с другими артикуляторными расстройствами и представляют значительные трудности для дифференциальной диагностики и коррекции. Эти нарушения обусловлены органической недостаточностью иннервации мышц речевого аппарата.

По мнению О.Ю. Федосовой, недостаточно тонкая дифференцировка артикуляционных движений нижней челюсти, языка, губ ведёт к нечеткому звучанию гласных. Так, например, звук [у] приближается к [о], звук [и] к [э]. Могут быть замены на гласные, близкие по артикуляции [а=о], [о=у],[э=и]. Гласные иногда« смягчаются». Согласные нарушаются по-разному,

например, при произнесении [т], [д] кончик языка находится между зубами (неравномерность поражения черепно-мозговых нервов), передняя часть спинки языка смыкается с твёрдым нёбом [27].

При спастическом парезе корень языка прикасается к тонически напряжённому мягкому нёбу и язычку, под воздействием воздушной струи язычок вибрирует, тело языка, опущенное на дно полости рта, во время произнесения остается неподвижным, что приводит к искаженному произнесению [р]. Задняя область полости рта сужена приподнятым корнем языка и получается звук, близкий к [и, j, ы, э]; возможны близкие замены на фонемы [д, л], отдалённые замены на [в, г, к] (при спастике).

По мнению А.М. Пискунова, массивный корень языка и его напряжение приводят к задненёбному (носовому) оттенку при произнесении [л], похожему на [г, х], [н, г]; при интенсивной моторике в органах артикуляции кончик языка может прилегать к твёрдому нёбу на значительном участке, получается звук, похожий на мягкий [л'] или французский [L]. При произнесении [с], [з], [ш] и [ж] корень языка приподнят к мягкому нёбу, что приводит к носовому сигматизму.

Фонетико-фонематические расстройства при легкой степени дизартрии, по мнению Г.В. Гуровец, СИ. Маевской [14], связаны с особенностью паретических явлений в различных группах мышц. Нарушение подвижности кончика языка отражается на произнесении шипящих и [р]. Тенденция к напряжению корня языка, смещение его кзади, выгнутость « горбом» приводит к велярному или увулярному произношению звука [р], гортанному произношению заднеязычных.

Авторы отмечают, что среди искажений наиболее часто встречается боковое произношение свистящих, шипящих и звука [р], типично упрощение артикуляции - щелевые становятся плоскощелевыми. У детей наблюдаются смешения, пропуски, замены сложных звуков более простыми по акустико-артикуляционным признакам: щелевые заменяются взрывными,

звонкие – глухими, шипящие – свистящими, твердые – мягкими, ротовые – носовыми, аффрикаты расщепляются(ц-с, т; щ-ш; ч-т).

Ряд авторов отмечает, что в основе некоторых звукопроизносительных расстройств при стертой дизартрии могут лежать отклонения слухового восприятия. Однако они могут оказаться производными, т.е. носить вторичный характер. Как указывает Р.Е. Левина, такое явление наблюдается при нарушении речевых кинестезии, имеющих место при морфологических и двигательных поражениях органов речи. Для детей с указанной речевой патологией трудновыполнимыми оказываются различение близких по своему звучанию слов (на материале картинок), подбор картинок на заданный звук, узнавание слогов [17]

Артикуляторные затруднения оказывают влияние на слуховое восприятие всей звуковой системы данного языка. Смазанная, невнятная речь этих детей не дает возможности для формирования четкого слухового восприятия и контроля. Это еще более усугубляет нарушения звукопроизношения, так как неразличение собственного неправильного произношения и произношения окружающих затормаживает процесс «подлаживания» собственной артикуляции с целью достижения определенного акустического эффекта.

Л.В. Мелехова отмечает, что кроме моторной недостаточности наблюдается отсутствие точного восприятия ребёнком собственного произношения звуков, при котором в речи имеются разнообразные замены звуков и фонетические искажения. Этот недостаток выявляется в периоде автоматизации уже исправленных (за достаточно короткие сроки) звуков, при этом ребенок не в состоянии контролировать себя, не отличая в своем произношении правильные и неправильные звуки. В речи другого лица ему доступно это различие. Ребенку не удаётся сосредоточить слуховое внимание и кинестетическое восприятие во время речи.

Л.В. Лопатина считает, что у детей со стертой дизартрией отмечается

расхождение между умением произносить звуки изолированно и в речевом потоке. Изолированно звуки произносятся правильнее, в речи – неясно, нечетко, т.к. слабо изолируются и дифференцируются. Для этих детей характерно полиморфное нарушение звукопроизношения. Наиболее распространенным является нарушение произношения трёх групп звуков(свистящих, шипящих, [р] или [л]). Наиболее сохранными, оказываются заднеязычные звуки и звук [ц]. На первом месте у детей – нарушение произношения, проявляющееся одновременно в искажении и отсутствии различных групп звуков. На втором месте по распространённости стоят нарушения звуков, характеризующиеся различными видами искажения нескольких групп звуков. Далее следуют искажения, для которых характерен одинаковый вид искажений различных групп звуков. Менее распространёнными являются звукопроизносительные расстройства, проявляющиеся в одновременных искажениях и заменах звуков. Случаи только замен и отсутствия звуков не наблюдаются. Среди искажений в группе свистящих, шипящих, переднеязычных звуков и звука [л], самым распространённым является межзубное произнесение. Исследование Л.В. Лопатиной показало, что для данной категории детей характерно полиморфное нарушение звукопроизношения [21]

1.3. Особенности состояния просодической стороны речи у младших школьников с дизартрией

У детей с дизартрией, в том числе и с минимальными дизартрическими расстройствами, наблюдаются нарушения просодической стороны речи.

Е.Ф. Архипова дает следующую характеристику просодической стороны речи при стертой дизартрии:

- интонационно-выразительная окраска речи детей со стертой дизартрией резко снижена;

- страдают голос, голосовые модуляции по высоте и силе, ослаблен речевой выдох;

- нарушается тембр речи и появляется иногда назальный оттенок;

- темп речи чаще ускорен;

- при рассказывании стихотворения речь ребенка монотонна, постепенно становится менее разборчивой, голос угасает;

- голос детей во время речи тихий, не удаются модуляции по высоте, по силе голоса (ребенок не может по подражанию менять высоту голоса, имитируя голоса животных: коровы, собаки и т.п.) [3].

Е.Э. Артемова отмечает, что при дизартрии у детей отмечается сочетание нарушений голоса, артикуляции, дикции, мимики, мелодико-интонационной стороны речи – она невыразительна, монотонна; затруднена передача основных интонаций (вопросы, восклицания, утверждения, просьбы). У некоторых детей речевой выдох укорочен, и они говорят на вдохе. В этом случае речь становится захлебывающейся. Довольно часто выявляются дети (с хорошим самоконтролем), у которых при обследовании речи отклонений в звукопроизношении не проявляется, т.к. произносят слова они скандированно, т.е. по слогам, а на первое место выступает только нарушение просодики [1].

Е.Э. Артемовой выделены 4 степени сформированности просодической стороны речи у дошкольников со стертой дизартрией:

- 1 степень (низкая) – грубые нарушения просодических компонентов. Недостатки тембра, силы и высоты голоса ярко выражены, заметны самому ребенку и окружающим. Процесс коммуникации нарушен. Детям недоступны задания, предполагающие произвольное изменение ритмических и звуковысотных характеристик. Нарушения интонационного оформления высказываний носят стабильный характер во всех видах речевой деятельности;

- 2 степень (недостаточная) – изменения голоса носят незначительный

характер. Изменения просодики касаются отдельных или всех ее компонентов. Наблюдаются трудности при выполнении специальных заданий на воспроизведение различных ритмических и интонационных структур. Однако спонтанная речь, особенно в эмоционально значимой ситуации, может быть достаточно выразительной;

- 3 степень (средняя) – непостоянное или нестойкое отклонение от нормы по одной или нескольким просодическим характеристикам. Спонтанная речь достаточно интонирована, но при выполнении специальных заданий возможны неточности или отдельные ошибки при передаче ритмического и мелодического рисунка;

- 4 степень (высокая). Сформированность всех просодических характеристик. Дети имеют нормальный тембр, диапазон их голоса по силе и высоте соответствует возрастным нормам. Сформирована темпо-ритмическая сторона речи. Дошкольники в полной мере владеют всеми способами передачи различных типов интонации. В спонтанной речи используют все средства интонационной выразительности и не испытывают трудностей при выполнении специальных заданий [1].

О.Ю. Федосова считает, что просодика, интонационно-выразительная окраска речи детей со стёртой дизартрией резко снижена. Страдает голос, голосовые модуляции по высоте, силе, ослаблен речевой выдох. Нарушается тембр речи и проявляется носовой оттенок. Темп речи чаще спокоен. Характерным для всех детей с легкой степенью дизартрии является то, что при искаженном произнесении звуков, входящих в состав слова, они обычно сохраняют ритмический контур слова, т.е. число слогов и ударность. Они владеют произношением двух-трёхсложных слов; четырёхсложные слова нередко воспроизводятся отражённо [37].

Подробную характеристику произношения звуков при легкой степени дизартрии дает А.М. Пискунов. Он отмечает, что в одних случаях, во время произношения артикуляция осуществляется вяло, без активности и чёткости.

Двигательный акт не завершается, как бы «замирает» на пол пути, тогда звук замещается гласным или паузой.

По мнению Г.В. Гуровец, С.И. Маевской, паретичность мягкого неба, недостаточная его подвижность обуславливают выраженную назализацию. Голос в этих случаях слабый, хриплый, не модулированный. У детей отмечается сочетание нарушений голоса, артикуляции, дикции, мимики, мелодико-интонационной стороны речи – она невыразительна, монотонна; затруднена передача основных интонаций (вопросы, восклицания, утверждения, просьбы) [14].

Выделяя стертую форму псевдобульбарной дизартрии, авторы отмечают легкие паретические расстройства в мышцах артикуляционного аппарата, приводящие не только к фонетическим, но и фонационным, просодическим и дыхательным нарушениям.

О.Г. Приходько, характеризуя речевые нарушения у детей с дизартрией, отмечает, что просодические расстройства являются одним из наиболее стойких признаков дизартрии. Авторы указывают на слабую выраженность или отсутствие голосовых модуляций. Голос становится монотонным, немодулированным. Также существуют нарушения темпа и ритма речевого потока.

Г.В. Бабина описывает нарушения голосовой функции и просодические расстройства при различных формах дизартрии. Причиной голосовых и просодических расстройств, по мнению автора, являются нарушения тонуса артикуляторной, фонационной и дыхательной мускулатуры. Как указывает автор, при любой форме дизартрии наблюдаются просодические и голосовые нарушения, но проявляются они в разной степени и в различных вариантах [5].

По сведениям Л.В. Лопатиной, у детей со стертой формой дизартрии присутствуют просодические расстройства: нарушение интенсивности голоса (тихий или слишком громкий голос), наличие назального оттенка, появление

фальцета на фоне грудного регистра. Общее звучание речи характеризуется как смазанное, невыразительное, нечеткое [24].

Е.К. Бутенко отмечает, что у детей с МДР ограничены интонационные возможности, они характеризуются рядом особенностей: нечетким восприятием и воспроизведением мелодических рисунков фраз, логического ударения, ритмической и слога-ритмической структур, ошибочным употреблением словесного ударения, ограниченными возможностями голоса, а также некоторыми изменениями темпо-ритмической организации речи [11].

О.Ю. Филатова, изучая особенности речевого ритма у детей с МДР, отмечает своеобразие в развитии просодики у данной группы детей. Характерными просодическими нарушениями при минимальных дизартрических расстройствах являются:

- несформированность речевого дыхания;
- мелодические изменения голоса;
- особенности темпо-ритмических характеристик речи;
- расстройства интонационного оформления высказывания, выражающиеся в трудностях реализации вопросительной и побудительной интонации, требующих значительных изменений частоты основного тона, а также гибкости голосовых модуляций;
- нарушение слухового восприятия, дифференциации интонационных структур [37].

Исследования Е.Э. Артемовой выявили зависимость между степенью сформированности просодического оформления речевого высказывания и степенью сформированности операций слухового самоконтроля. Е.Э. Артемовой была использована адаптированная методика Й. Паана для выявления возможности детей выделять ошибки в собственной речи. Эта методика позволила автору определить характер нарушений просодики у дошкольников: сенсорный, моторный, смешанный [1] :

- сенсорный характер нарушений просодики отмечается у детей, у

которых нарушения просодики сочетаются с несформированностью слухового самоконтроля;

— моторный характер нарушения просодики констатируется у дошкольников с речевым нарушением в случаях низкой степени сформированности просодики при достаточном уровне слухового самоконтроля;

— смешанный (сенсомоторный) характер нарушений просодики выражается в просодических нарушениях, протекающих на фоне формирующегося слухового самоконтроля (или находящегося на стадии автоматизации).

Таким образом, исследователи структуры дефекта при стертой дизартрии указывают на стабильные нарушения интонационной выразительности речи, процессов восприятия и воспроизведения интонационных структур предложения. При этом наиболее сохранной является имитация вопросительной и повествовательной интонации. Восприятие и самостоятельное воспроизведение интонационной структуры, предполагающее в данном случае слухопроизносительную дифференциацию повествовательной и вопросительной интонации, вызывают значительные трудности у детей. При этом более нарушенным оказывается процесс слуховой дифференциации интонационных структур, чем процесс их самостоятельной реализации.

Интонационно-выразительная окраска речи детей со стертой дизартрией резко снижена. Страдает голос: он либо тихий, либо чрезмерно громкий; не удаются модуляции по высоте, силе голоса (ребенок не может по подражанию произносить звуки высоким и низким голосом, имитируя голос животных). Нарушается тембр речи и появляется иногда назальный оттенок. Темп речи чаще ускорен. У части детей на фоне грудного регистра появляется фальцет, вдох с придыханием, с поднятием плеч; в основном отмечается верхнегрудное (верхнеключичное) дыхание; ослаблен речевой

выдох. У некоторых детей речевой выдох укорочен, и они говорят на вдохе – в этом случае речь становится захлебывающейся.

Речь детей невыразительная, дикция нечеткая. При рассказывании стихотворная речь ребенка монотонна, постепенно становится менее разборчивой, голос угасает. Наблюдаются нарушения формирования интонационной структуры предложения, при этом более нарушенным является процесс слуховой дифференциации интонационных структур, чем процесс их самостоятельной реализации.

У многих детей со стертой дизартрией есть трудности при восприятии ритма изолированных ударов, акцентированных ударов. Воспроизведение ритмов также вызывает трудности. Задания на восприятие и воспроизведение интонаций большинству детей со стертой дизартрией недоступно, требуется активная помощь взрослого. Дети, допускающие ошибки при восприятии и воспроизведении интонаций, своих ошибок не замечают. Не удаются задания на изменение интонаций (радости, грусти) на материале одной и той же фразы. В ряде случаев недоступны задания при обследовании логического ударения. Дети со стертой дизартрией не могут акцентировано произносить определенное слово в предложении.

При восприятии на слух фразы с утрированным логическим ударением дети часто не выделяют акцентированного слова. При обследовании модуляций голоса по высоте и силе, также отмечаются некоторые трудности. Не удастся интонировать мелодии (на материале гласных) снизу вверх и сверху вниз. В ряде случаев не удастся изменить силу голоса. В целом диапазон голоса у детей со стертой дизартрией сужен (в пределах 3-4 тонов).

Причина нарушения голоса при стертой дизартрии кроется в патологии эфферентного и афферентного звеньев управления интонацией. Из-за паретичности, некоторой ограниченности произвольных движений голосовых складок мышц диафрагмы возникают нарушения, которые

относятся к эфферентному звену. Афферентная патология проявляется в недостаточности кинестетического анализа, в нарушении проприоцептивной импульсации от органов голосообразования и дыхания.

1.4. Методики по коррекции просодической стороны речи у младших школьников с дизартрией

При коррекции просодической стороны речи целесообразно применять поэтапность воздействия. Один из представителей этого метода – А.В. Короткова, её методика была разработана для детей с ДЦП.

Методика В.А. Сорокиной, представленная в диссертации «Коррекционно-педагогическая работа по формированию интонационной стороны речи у дошкольников с церебральным параличом».

Методика развития речевого дыхания Н.Н. Гончаровой, Т.Г.Шишковой позволяет детям с дизартрией, ринолалией и алалией нормализовать голос, интонационную выразительность речи в целом, способствует правильному программированию речевого высказывания.

Этапы развития речевого дыхания:

1 этап: Подготовка к развитию грудобрюшного типа дыхания по традиционной методике;

2 этап: Развитие грудобрюшного типа дыхания с включением элементов дыхательной гимнастики А.Н. Стрельниковой (состоит из трех комплексов упражнений);

3 этап: Развитие фонационного выдоха;

4 этап: Развитие речевого дыхания (состоит из пяти комплексов упражнений);

5 этап: Развитие речевого дыхания в процессе произнесения прозаического текста. [10]

Комплексный ортофонический метод Е.С. Алмазовой, составной

частью которого является фониатрическое воздействие. Основной целью ортофонического метода является восстановление функциональной взаимосвязи между дыханием, артикуляцией и голосообразованием, получение громкого, звонкого, «полетного» звучания голоса и закрепление его в самостоятельной речи ребенка. [4]

«Методика преодоления фонетико-фонематических нарушений у дошкольников со стертой формой дизартрии» Л.В.Лопатиной, Н.В.Серебряковой. Поскольку фонетическая сторона речи представляет собой тесное взаимодействие основных ее компонентов (звукопроизношения и просодики) и поскольку у детей со стертой дизартрией имеет место нарушение целого ряда просодических элементов речи, в процессе логопедического воздействия проводится работа по формированию интонационной выразительности речи.

Проведению этой работы предшествуют ритмические упражнения. Они подготавливают к восприятию интонационной выразительности, способствуют ее развитию, создают предпосылки для усвоения логического ударения, правильного членения фразы. [24]

Методики И.А. Поваровой, Е.Ю. Румянцевой представлены в пособии «Коррекция заикания в играх и тренингах».

Интонационные упражнения:

Работа над интонацией проводится на материале звуков, слов, предложений, небольших текстов, стихотворений.

Основным элементом упражнений 1—5 (по системе В.В. Емельянова) является отработка «скользящей» восходящей (↑) и нисходящей (↓) интонации с характерным «переломом» голоса из грудного в головное звучание (регистр) и наоборот.

В процессе тренировки темпа и ритма речи необходимо выработать следующие умения:

- а) двигаться в заданном темпе;

- b) чередовать движения в различном темпе;
- c) сочетать согласованные движения с ритмической организацией высказывания и проговариванием в нужном темпе;
- d) проговаривать речевой материал без движений в заданном темпе и ритме.

Рекомендации

- a) Упражнения необходимо выполнять:
 - с четкой артикуляцией;
 - с равномерным распределением выдоха;
 - соблюдая умеренный и медленный темп;
 - синхронизируя произнесение и движение.
- б) Вначале тренировка послогового ритма производится в замедленном темпе. По мере овладения навыком темп речи ускоряется.[29]

Выводы по первой главе

Просодическая сторона речи включает в себя совокупность следующих компонентов (темп, ритм, паузирование, мелодика, ударение, тембр), участвующих в организации речи в соответствии со смыслом передаваемого сообщения. Просодика формируется с рождения и достигает значительного уровня развития в младшем школьном возрасте.

У детей развивающихся в норме не наблюдаются резкие нарушения просодической стороны речи, в то время как у детей с дизартрией отмечаются недостатки в развитии всех компонентов просодической стороны речи.

В младшем школьном возрасте дети четко реализуют интонационные типы повествовательного, вопросительного, побудительного и императивного предложений, мелодический контур характеризуется адекватными интонациями и эмоциональной насыщенностью, могут преднамеренно изменять тембр голоса при передаче эмоциональной и содержательной информации, соизмерять громкость своего высказывания.

Дизартрия – нарушение звукопроизводительной стороны речи, обусловленное органической недостаточностью иннервации речевого аппарата. При данном нарушении отмечаются нарушения фонетической стороны речи, являющиеся ведущими в структуре речевого дефекта. У детей с дизартрией отмечаются недостатки в просодической стороне речи. Резко снижена интонационно-выразительная окраска речи; страдают голос, голосовые модуляции по высоте и силе, ослаблен речевой выдох; нарушается тембр речи и появляется иногда назальный оттенок; темп речи чаще ускорен; при рассказывании стихотворения речь ребенка монотонна, постепенно становится менее разборчивой, голос угасает; голос детей во время речи тихий, не удаются модуляции по высоте, по силе голоса.

ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО ИЗУЧЕНИЮ ПРОСОДИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДИЗАРТРИЕЙ

2.1. Методика обследования просодической стороны речи у детей младшего школьного возраста с дизартрией

Для диагностики состояния просодической стороны речи детей младшего школьного возраста с дизартрией мы выбрали методику Е.Ф. Архиповой, представленную в учебном пособии «Стертая дизартрия у детей», так как, на наш взгляд она наиболее полно исследует данную сторону речевого развития.

Программа обследования состоит из следующих направлений:

1. Обследование восприятия ритма;
2. Обследование воспроизведения ритма;
3. Обследование восприятия интонации;
4. Обследование воспроизведения интонации;
5. Обследование восприятия логического ударения;
6. Обследование воспроизведения логического ударения;
7. Обследование модуляций голоса по высоте;
8. Обследование модуляций голоса по силе;
9. Обследование речевого дыхания

Каждое направление представлено несколькими заданиями. Количество заданий в каждом направлении разное. В методике прописана цель обследования, материалы для проведения обследования, процедура проведения обследования, инструкция для ребенка на каждый пункт, т.е. на каждый просодический компонент. Так же в методике представлены критерии оценивания качеств речи для каждого направления и некоторых заданий в отдельности. Для отдельных заданий имеются дополнительные пояснения. Обследование каждого просодического компонента начинается с

обследования восприятия.

1. Обследование восприятия ритма необходимо, т.к. именно восприятие и воспроизведение ритма подготавливают к восприятию интонационной выразительности способствуют ее развитию, создают предпосылки для усвоения логического ударения, правильного членения фразы.

Цель: определить, умеет ли ребенок определять количество:

а) изолированных ударов;

б) серии простых ударов;

в) акцентированных ударов путем показа карточки с записанными на ней соответствующими ритмическими структурами.

Материал для исследования: карточки с графическим изображением ритмических структур: //, ///, ////, // //, // // // //, /// ///, //// ////, U/.U/U/ и т.д., где / - громкий удар, U - тихий удар.

1. Инструкция: «Послушай, сколько было ударов. Покажи карточку, на которой изображено нужное количество ударов»

— серии изолированных ударов:

а) // б) /// в) //// г) /////

2. Инструкция: «Послушай, сколько было ударов: покажи нужную карточку»

— серии простых ударов:

а) // // // // б) /// /// в) //// //// " г) /// /// ///

3. Инструкция: «Послушай, сколько и какие были удары, покажи
нужную карточку»

— серии акцентированных ударов:

а) UU/ б) // в) //UU// г) /U//

Критерии оценки (единые для всех заданий):

4 балла - задание выполняется правильно и самостоятельно;

3 балла - задание выполняется правильно, но в замедленном темпе;

2 балла - задание выполняется с ошибками, но ошибки исправляются
самостоятельно по ходу работы;

1 балл - для выполнения задания требуется активная помощь
взрослого;

0 баллов - задание не выполняется, повторные инструкции
неэффективны.

2. Обследование воспроизведения ритма

Цель: определить, умеет ли ребенок самостоятельно воспроизвести по
подражанию (без опоры на зрительное восприятие) изолированные удары,
серии простых ударов, акцентированные удары.

Материал для исследования: предъявлялись: простые удары ///; ////; //
серии простых ударов // //; /// ///; //// ////; // // //; // // // // серии акцентированных
ударов /U/UU/U/; /U/U/; //UU; //UU//; UU/UU; /UU/; /U/U/U. .

1. Инструкция: «Послушай и повтори(отстуки) за мной удары».

- изолированные удары: а) ///б) //// в) //// г) //

(без опоры на зрительное восприятие).

2. Инструкция: «Послушай и повтори(отстучи) за мной удары».

- серии простых ударов: а) // // // // б) /// /// в) //// //// г) /// /// ///

(без опоры на зрительное восприятие).

3. Инструкция: «Послушай и повтори(отстучи) за мной удары, где будут тихие и громкие удары»: U - тихий, / - громкий.

- акцентированные удары: а) /UU/б) //U в) U//U г) //UU//

(без опоры на зрительное восприятие).

4. Инструкция: «Послушай, какие удары и сколько их я отстучу и самостоятельно запиши знаками: / - громкий удар, U - тихий удар».

За задание выставляется балл (от 0 до 4), в соответствии с критериями оценивания

3. *Обследование восприятия интонации*

Обследования восприятия интонации проводится для того, чтобы выяснить, понимают ли дети, что человеческая речь обладает разнообразием интонаций. Это разнообразие достигается изменением высоты, силы, тембра, модуляции голоса. Интонация придает речи эмоциональную окраску, помогает выразить чувства.

Цель обследования: выявить возможность детей различать разнообразные интонационные структуры в импрессивной речи.

Материалом исследования служили предложения, произносимые с повествовательной, вопросительной и восклицательной интонацией, и графическое изображение предложений.

1.Инструкция: «Слушай внимательно, если услышишь, что я тебе о чем-то сообщаю и говорю при этом спокойным, ровным голосом - подними карточку с точкой:

Речевой материал:

1. На улице холодно.
2. Ах, какая красивая картина!
3. Медведь спит в берлоге.
4. Белка грызет орешки.
5. Ты съел суп?

2.Инструкция: «Слушай внимательно. Если услышишь, что я о чем-то спрашиваю, задаю вопрос - подними карточку с вопросительным знаком:

Речевой материал:

1. На улице идет снег!
2. Ты любишь играть в снежки?
3. Оля идет в парк.
4. Куда мальчик идет?
5. У тебя болят зубы?

3.Инструкция: «Слушай внимательно, если услышишь, что я радостно и громко говорю, подними карточку с восклицательным знаком:

Речевой материал:

1. Ой, как жарко!
2. Мальчики играют во дворе.
3. Кто к нам пришел?
4. Посмотри, летит самолет!
5. Мы идем в цирк.

За задание выставляется балл (от 0 до 4), в соответствии с критериями оценивания

4. Обследование воспроизведения интонации

Целью обследования является выявление умения ребенка дифференцировать различные интонационные структуры в экспрессивной речи.

Материал для обследования: образцы предложений различных интонационных типов, стихотворные тексты, сюжетные картинки с эмоциональным содержанием.

Воспроизведение отражено фраз с разными интонациями.

Инструкция: «Послушай и повтори с той же интонацией, как логопед».

- Солнце светит. Солнце светит?

Солнце светит!

- Сверкает молния. Сверкает молния?

Сверкает молния!

- Снег идет! Снег идет? Снег идет.

- Я пойду в гости! Я пойду в гости.

Я пойду в гости?

- Мама пришла. Мама пришла!

Мама пришла?

За задание выставляется балл (от 0 до 4), в соответствии с критериями оценивания

5. *Обследование восприятия логического ударения*

Обследование восприятия логического ударения необходимо для того, чтобы выяснить, понимают ли дети выделение главного по смыслу слова во фразе; умеют ли сами выделить любую часть высказывания, в зависимости от того, что необходимо подчеркнуть.

В предварительной беседе ребенку в доступной форме объясняют значение термина «логическое ударение». Сам термин не называется, но при этом объясняют, что для того, чтобы наша речь была понятна окружающим, нужно уметь говорить выразительно. Для этого в предложении выделяют голосом те слова, которые считаются особенно важными. Они произносятся громче и чуть протяжнее остальных. Перед заданием необходимо на примере дать образец утрированного выполнения логического ударения, т.е. выделение голосом определенного слова во фразе.

Материал для исследования: предложения, сюжетные картинки,

1. Умение выделить слово, выделенное голосом в повествовательном предложении и назвать выделенное слово.

Процедура: Ребенку предлагается внимательно прослушать одинаковые предложения, сравнить различные оттенки их звучания и ответить на вопрос, одинаково ли эти предложения произнесены. Затем ребенку предлагается прослушать каждое предложение, рассмотреть соответствующую сюжетную картинку и назвать слово, которое логопед выделил голосом.

Инструкция: «Внимательно слушай предложение. Назови, какое слово логопед выделил в предложении».

- *Емеля* поймал щуку. - Мама сшила новой *платье*.

- Емеля поймал *щуку*. - Мама *сшила* новое платье.

- Емеля *поймал* щуку. - Мама сшила *новое* платье.

За задание выставляется балл (от 0 до 4), в соответствии с критериями оценивания

6. Обследование воспроизведения логического ударения

Целью обследования является определение возможности ребенка выделять голосом главные по смыслу слова во фразе, т.е. продуцировать логическое ударение.

Воспроизведение фразы с логическим ударением по образцу.

Материал для исследования: предложения, произнесенные логопедом.

Инструкция: «Логопед скажет предложение и голосом выделит в нем «главное» слово. Слушай внимательно, повтори предложение и тоже выдели в нем «главное» слово».

Маша идет в школу.

У Коли новый мяч.

На улице сегодня холодно.

Мама пришла с работы.

Завтра поедем к бабушке.

За задание выставляется балл (от 0 до 4), в соответствии с критериями оценивания

7. *Обследование модуляций голоса по высоте*

Целью обследования является выявление умения ребенка определять и интонировать постепенное движение мелодии снизу вверх, сверху вниз. Обследование модуляций голоса по высоте необходимо для того, чтобы выяснить, насколько ребенок со стертой дизартрией может владеть своим голосом, изменять его по высоте, насколько широк диапазон голоса.

Воспроизведение поступательного повышения и понижения голоса на гласных звуках с опорой на графическое изображение или движения руки:

вверх - повышение высоты

вниз - понижение высоты

Инструкция № 1: «Попробуй не ногами, а голосом подняться по ступенькам, а потом голосом спуститься вниз. Когда голос поднимается по ступенькам, он будет повышаться и становиться тоньше. Когда голос будет спускаться вниз по ступенькам, то будет становиться ниже. Сначала со звуком А, потом О, У»

Критерии оценки:

4 балла - задание выполняется с достаточными модуляциями по высоте;

3 балла - задание выполняется с недостаточными модуляциями голоса по высоте;

2 балла - задание выполняется без модуляций голоса по высоте, но при сопряженном выполнении задания высота голоса изменяется;

1 балл - задание выполняется без модуляций голоса по высоте, но при сопряженном выполнении задания высота голоса остается без изменений;

0 баллов - задание не выполняется.

8. *Обследование модуляций голоса по силе*

Целью обследования является определение умения ребенка изменять громкость голоса. Обследование модуляций голоса по силе необходимо, чтобы определить, как ребенок со стертой дизартрией может менять голос по силе(громкости).

Материал для исследования: звуки; звукоподражания; предметные и сюжетные картинки, на которых изображены транспортные средства, расположенные близко и далеко.

Инструкция: «Слушай внимательно. Плывет корабль, он гудит - «УУУУУ». Если пароход близко - он гудит громко, если далеко - тихо. Услышишь громкий гудок, подними картинку, где корабль близко, тихо, где корабль далеко»

Громко	У - самолет далеко
У - самолет близко	О - поезд далеко
О - поезд близко	А - пожарная машина
А - пожарная машина	далеко
близко	И - «скорая помощь»
И - «скорая помощь» близко	далеко
Тихо	

За задание выставляется балл (от 0 до 4), в соответствии с критериями оценивания

9. Обследование речевого дыхания

Начинают обследование речевого дыхания с оценки координации вдоха и выдоха. Определяют характер дыхания ребенка в покое и при речи. Визуально определяют характер дыхания в покое: дышит ли ребенок носом или ртом.

Выделяют 3 типа дыхания:

- поверхностное;
- грудное;
- нижнереберное

При поверхностном (ключичном) дыхании живот на вдохе втягивается, а плечи поднимаются. При грудном - расширяется грудь на вдохе. При межреберном (диафрагмальном) - при вдохе выпячивается живот, а при выдохе опадает живот. Нижнереберное, диафрагмальное дыхание считается наиболее физиологичным.

1. Определение типа дыхания

Материал для исследования: состояние покоя, при котором ребенок может сидеть, лежать, стоять.

Инструкция: «Полежи на кушетке спокойно. Руки логопеда будут проверять, как ты дышишь».

2. Исследование умения дифференцировать носовое и ротовое дыхание

Инструкция: «Покажи, как ты умеешь дышать: вдыхать и выдыхать. Слушай внимательно и выполняй».

Вдохни носом(понюхай цветок) - выдохнуть носом (2-3 раза). Рот при этом закрыт.

Вдохни носом, а выдохни ртом(погрей руки) (2-3 раза).

Вдохни ртом(как рыба) - выдохни ртом (погрей руки).

Вдохни ртом, а выдохни носом.

3. Исследование целенаправленности воздушной струи

Материал для исследования: пузырек, ватный шарик, маленькая свечка для дня рождения.

Инструкция: «Покажи, как ты умеешь дуть».

- Вот мяч, а вот ворота. Подуй на шарик и забей мяч в ворота.

- Вот пузырек. Подуй в него так, чтобы пузырек засвистел.

- Вот свеча, ее зажгли в день рождения ребенка. Задуй свечу с первого раза.

4. Исследование силы воздушной струи.

Материал для исследования: граненый карандаш, губная гармошка.

Инструкция: «Проверим, как ты сильно умеешь дуть».

- Вот карандаш (на расстоянии 20 см), подуй на него так, чтобы он прокатился по столу. Для этого вдохни носом и сильно выдохни на карандаш. Губы вытяни трубочкой.

- Вот губная гармошка, подуй в нее сильно, чтобы появился звук.

Критерии оценки:

4 балла - диафрагмальный тип дыхания, дифференцирует ротовой и носовой вдох и выдох, выдыхаемая воздушная струя сильная и целенаправленная.

3 балла - диафрагмальный тип дыхания, дифференцирует носовой и ротовой вдох и выдох, снижен объем и сила выдоха.

2 балла - диафрагмальный тип дыхания, аритмичность вдоха и выдоха, малый объем и сила выдоха, недостаточная дифференциация ротового и носового вдоха и выдоха.

1 балл - верхнеключичный тип дыхания, аритмичность вдоха и выдоха, малый объем и сила выдоха, не дифференцирует ротовой и носовой вдох и выдох.

0 баллов - задание не выполняет.

2.2. Результаты и анализ состояния просодической стороны речи у детей младшего школьного возраста с дизартрией

Обследование просодической стороны речи детей младшего школьного возраста с дизартрией проходило в апреле 2021 года на базе МАОУ СОШ №14 г. Челябинска. В эксперименте принимала участие 1 группа детей младшего школьного возраста 7 лет. Экспериментальную группу составили 3 школьника логопедической группы данной школы.

В Таблице 1 представлен список детей экспериментальной группы.

Таблица 1

Список экспериментальной группы

Имя	Возраст	Логопедическое заключение
Артур	7 лет	ОНР III уровня. Стертая дизартрия
Владислав	7 лет	ОНР III уровня. Стертая дизартрия
Вероника	7 лет	ОНР III уровня. Стертая дизартрия

Обследование проводилось по методике, предложенной Е.Ф. Архиповой. Результаты представлены наглядно в таблицах 2-6 и Рисунке 1.

Таблица 2

Результаты обследования восприятия и воспроизведения ритма у детей младшего школьного возраста с дизартрией.

№	Имя ребенка	Задания по:		Средний балл
		обследованию восприятия ритма	обследованию воспроизведения ритма	
1	Артур	1	2	1,5
2	Владислав	2	2	2
3	Вероника	2	3	2,5
Общий средний балл группы: 2				

Анализ результатов показал следующее: в целом дети справились с заданиями на восприятие изолированных ударов, серии ударов, серии акцентированных ударов. Серию заданий на воспроизведение ударов без зрительного контроля дети выполняли с трудом, прибавляли лишние удары, либо ударяли меньшее количество раз. Только один ребенок изучаемой группы смог воспроизвести серии простых ударов безошибочно, остальные выполнили упражнение с ошибками, но ошибки исправлялись самостоятельно по ходу выполнения задания.

Таблица 3

Результаты обследования восприятия и воспроизведения интонации у детей младшего школьного возраста с дизартрией

№	Имя ребенка	Задания по:		Средний балл
		обследованию восприятия интонации	обследованию воспроизведения интонации	
1	Артур	1	1	1
2	Владислав	1	1	1
3	Вероника	1	2	1,5
Общий средний балл группы: 1,6				

Исследование восприятия и воспроизведения интонации показало, что детям данной группы упражнения давались непросто. Несмотря на проведенную подготовительную беседу о значении карточек, обозначающих повествовательную, вопросительную, восклицательную интонацию, и разнообразии произнесения одного и того же предложения, задания выполнялись детьми только с помощью взрослого.

Из заданий на восприятие интонации сложнее всего детям давалось выделение восклицательной интонации, почти все дети указывали на карточку повествовательного предложения. Задания на воспроизведение интонации выполнялись только с помощью взрослого, после неоднократных попыток. Дети произносили предложения одинаково спокойным голосом, либо с незначительным изменением голоса. После подсказок некоторые смогли воспроизвести вопросительную интонацию, восклицательные предложения произносились спокойным голосом. Только один ребенок смог услышать ошибку в своей речи самостоятельно. Результаты показывают, что различать интонацию говорящего детям так же сложно, как и изменять интонационную окраску собственного голоса.

Таблица 4

Результаты обследования восприятия и воспроизведения логического ударения у детей младшего школьного возраста с дизартрией

№	Имя ребенка	Задания по:		Средний балл
		обследованию восприятия логического ударения	обследованию воспроизведения логического ударения	
1	Артур	1	2	1,5
2	Владислав	1	2	1,5
3	Вероника	2	2	2
Общий средний балл группы: 1,6				

Итак, анализ полученных результатов показал, что подготовительная беседа о «важном слове» оказалась не эффективной. Задания на восприятие логического ударения самостоятельно смог выполнить только один ребенок. С заданиями на воспроизведение логического ударения учащиеся справились лучше, было значительно меньше ошибок. После подсказки дети произносили предложение повышая громкость голоса на данном слове. Показатели воспроизведения логического ударения выше показателей восприятия.

Таблица 5

Результаты обследования модуляций голоса по высоте и силе у детей младшего школьного возраста с дизартрией

№	Имя ребенка	Задания по:		Средний балл
		модуляции	модуляции	

		голоса по высоте	голоса по силе	
1	Артур	4	2	3
2	Владислав	4	3	3,5
3	Вероника	3	3	3
Общий средний балл группы: 3,1				

Задания данного направления дети выполнили успешно. Задания на различение высокого и низкого, громкого и тихого голоса выполнялись быстро. Только один ребенок с небольшим затруднением выполнил задание по модуляции голоса по силе, Артуру оказалось трудно изменять данные качества голоса. Результаты показывают, что восприятие изменений голоса детям дается легче, чем изменения собственного голоса.

Таблица 6

Результаты обследования речевого дыхания у детей младшего школьного возраста с дизартрией

№	Имя ребенка	Задания по обследованию речевого дыхания
1	Артур	2
2	Владислав	2
3	Вероника	2
Общий средний балл группы: 2,3		

Исследование дыхания показало, что дети используют диафрагмальный тип дыхания. У всех детей отмечается снижение объема речевого выдоха при активном вдохе, а так же малый объем и сила выдоха. Выполняя выдох дети надувают щеки. Возникают трудности в дифференциации ротового и носового вдоха и выдоха, данное задание

выполняется медленно. Длительность выдоха недостаточная, произнося предложение дети делают дополнительный добор воздуха.

Анализ данных эксперимента позволил нам наглядно представить состояние просодической стороны речи у детей экспериментальной группы, обозначив общий средний балл по каждому направлению обследования.

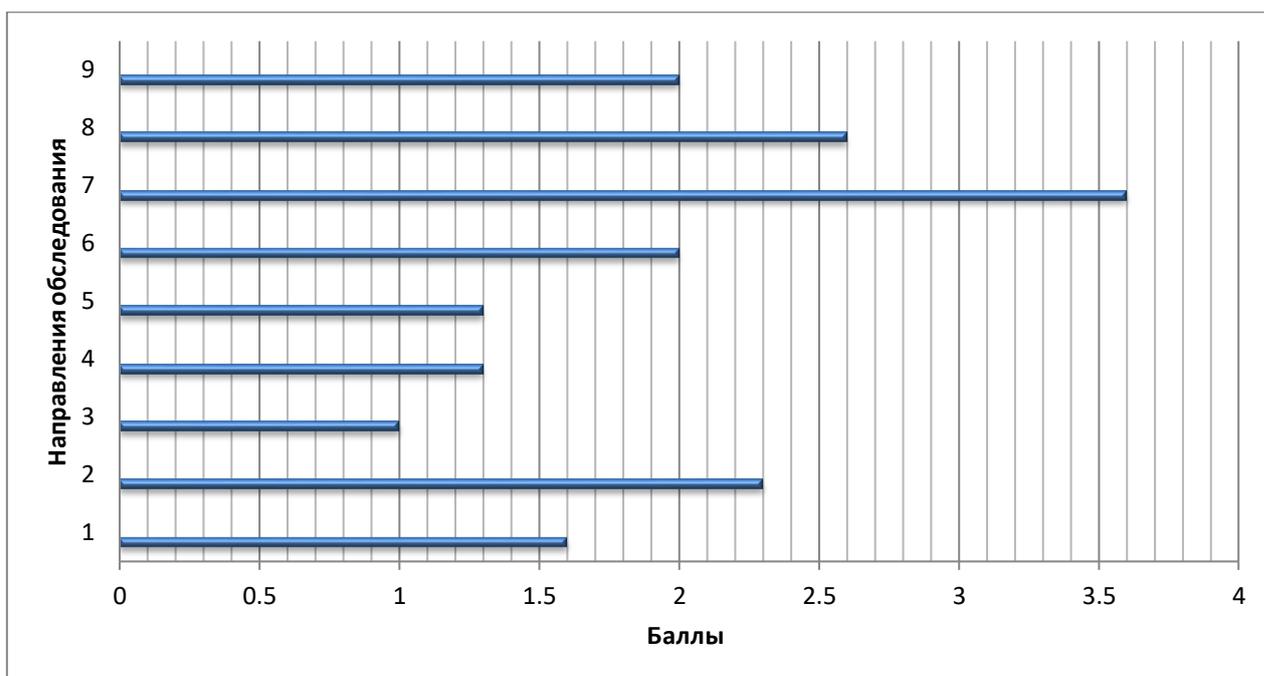


Рисунок 1. Результаты обследования просодической стороны речи у детей младшего школьного возраста с дизартрией

Таким образом, проанализировав результаты обследования можно сделать следующий вывод: группа детей принимавшая участие в эксперименте не получила ни по одному направлению высший балл, что указывает на отклонения в развитии просодической стороны речи.

На Рисунке 1 можно увидеть неравномерное распределение баллов по направлениям обследования компонентов просодики. Это свидетельствует о том, что состояние различных просодических качеств речи у детей изучаемой группы не одинаково: состояние одних качеств речи приближено к норме, другие резко отстают в развитии.

Наиболее доступными для самостоятельного выполнения детьми оказались такие направления как: обследование модуляций голоса по высоте и силе. Задания выполнялись правильно, с минимальным количеством ошибок, темп выполнения был замедлен. Исходя из данного результата, мы можем сказать что исследуемые компоненты просодики у учащихся с дизартрией наиболее сохранны.

Дети со стертой дизартрией имеют незначительное отклонение от установленной нормы в восприятии и воспроизведении ритма; речевое дыхание у таких детей сформированно недостаточно.

Рисунок 1 отражает низкие баллы за выполнение заданий по направлениям обследование восприятия и воспроизведения логического ударения. У детей возникали большие трудности. Требовалась постоянная помощь взрослого, уточнение инструкции.

Худший результат дети получили за выполнение заданий первого направления — восприятие и воспроизведение интонации. Помощь взрослого не оказала должного эффекта, дети давали неправильные ответы при полном понимании инструкции. Данный результат говорит о значительном нарушении восприятия и воспроизведения интонации.

Таким образом, количественный и качественный анализ полученных данных позволил нам сделать вывод о том, что большинство компонентов просодической стороны речи у детей младшего школьного возраста с дизартрией нарушены.

2.3. Комплекс дидактических игр по коррекции просодической стороны речи у детей с дизартрией

Нами был составлен и внедрен комплекс дидактических игр и упражнений по коррекции нарушений просодической стороны речи у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией.

Логопедическая работа осуществлялась посредством включения упражнений в структуру индивидуальных, подгрупповых и фронтальных логопедических занятий, занятий воспитателей, а так же в режимные моменты (зарядка, прогулка). Так как в комплексе представлен примерный речевой материал, педагоги могли его варьировать в соответствии с лексической темой, целью и задачами занятий.

Направление	Упражнения	Примерный речевой материал
<p>Коррекция восприятия и воспроизведения ритма</p>	<p>Восприятие изолированных ударов, серии ударов, серии акцентированных ударов на слух.</p> <p><i>Подготовительная работа:</i> ребенка знакомят обозначениями на карточках.</p> <p><i>Инструкция:</i> «Послушай, сколько было ударов и покажи карточку»</p>	<p><i>Изолированные удары:</i> а) //б) /// в) ////</p> <p><i>Серия простых ударов:</i> а) // /// // б) /// /// в) //////////</p> <p><i>Серия акцентированных ударов:</i> а) /UU/б) //U в) U//U г) //UU//</p>
	<p>Самостоятельное воспроизведение по предъявленной карточке изолированных ударов, серии ударов, серии акцентированных</p>	<p><i>Изолированные удары:</i> а) // б) /// в) ////</p> <p><i>Серия простых ударов:</i> а) // /// // б) /// /// в) //////////</p> <p><i>Серия акцентированных ударов:</i></p>

	ударов. Инструкция:« Посмотри на карточку и простучи рисунок самостоятельно.»	а) /UU/б) //U в) U//U г) //UU//
	Проговаривание слов различной сложности с одновременным отхлопыванием слогов. Инструкция:«Послушай слово и произнеси его по слогам, хлопая на каждом слоге в ладоши.»	Речевой материал подбирается исходя из автоматизируемого звука или изучаемой лексической темы. Например: этап дифференциации звуков [л]- [л'] Ель, моль, лук; Лимон, луна, голубь; Лопата, колокол, лягушка; Облепиха, балалайка.
	Чтение изученных стихов сопровождающееся ритмическим плавным дирижированием. Инструкция: «Расскажи стихотворение плавно помогая себе рукой.»	Для данного упражнения используются уже знакомые детям стихи с двухсложным ритмическим рисунком (ямб или хорей).
Коррекция модуляций голоса по высоте и силе	Усиление и ослабление голоса(беззвучная артикуляция — шепот — тихо — громко; громко— тихо — шепот — беззвучная артикуляция). Инструкция:«Пропой	Гласные звуки [а], [о], [и], [э], [у], автоматизированные слоги, слова. Например: О — О — О — О ла — ла — ла — ла лама — лама — лама — лама Понедельник—вторник—среда— четверг—пятница—суббота— воскресенье.

	<p>звук [а] совсем неслышно, шепотом, тихо, и громко. Пропой звук [а] громко, тихо, шепотом, совсем неслышно.»</p>	
	<p>Изменение силы голоса по смыслу стихотворения (отраженно, самостоятельно). Инструкция: «Послушай стихотворение. Сейчас я буду читать строчку стихотворения, а ты повторяй за мной с той же громкостью голоса»</p>	<p>Ударяй тихонечко: Стук-стук-стук. И тогда услышишь нежный звук. Ударяй сильнее: Стук-стук-стук И тогда услышишь громкий звук. Эту сказку ты прочтешь Тихо-тихо-тихо... Жили-были серый еж И его ежика. Серый еж был очень тих, И ежика тоже. И ребенок был у них— Очень тихий ежик. Скажите погромче слово« гром »— Грохочет слово словно гром. Скажите потише«шесть мышат»— И сразу мыши зашуршат. А сова — все ближе, ближе</p>

		<p>(голосом средней силы),</p> <p>В сова — все ниже, ниже</p> <p>(голосом средней силы),</p> <p>И кричит(громко) В тиши ночной</p> <p>(тихо):</p> <p>Поиграй, дружок со мной!</p> <p>(громко)</p>
	<p>Изменение высоты голоса</p> <p><i>Инструкция:</i></p> <p>«Давай вспомним как подают голос животные и их детеныши.</p> <p>Я буду говорить голосом взрослого животного, а ты голосом детеныша.</p> <p>Я буду говорить голосом детеныша, а ты голосам взрослого животного»</p>	<p>Кошка(МЯУ) — котенок (мяу)</p> <p>Собака (АВ-АВ) — щенок(ав-ав)</p> <p>Корова (МУ) — теленок (му)</p> <p>Мышь(ПИ-ПИ-ПИ) — мышонок (пи-пи-пи)</p>
<p>Коррекция восприятия и ударения</p> <p>Error! Error!</p> <p>ударения</p>	<p>Восприятие логического ударения.</p> <p>Подготовительная работа: беседа с ребенком о значении "громкого» («важного») слова в предложении, о выразительности речи.</p> <p>Логопед демонстрирует изменение логического</p>	<p>ШУБА висит на вешалке.</p> <p>Старик посадил ЯБЛОНЮ.</p> <p>Мальчик ЧИТАЕТ книгу.</p> <p>ПАПА купил молоко.</p>

	<p>ударение во фразе, обращая внимание на то, как меняется смысл фразы от постановки логического ударения на разные слова.</p> <p>Инструкция: «Послушай предложение и назови «громкое», «важное слово». После того, как ребенок правильно определил нужное слово, логопед объясняет данный вариант ударения. Например: ШУБА висела на вешалке, не пальто, не куртка, а именно шуба висит на вешалке.</p>	
	<p>Воспроизведение логического ударения.</p> <p>Отраженного проговаривание с выделением ударением заданного слова.</p> <p>Инструкция: «Я буду читать строчки из стихотворения и голосом показывать главное</p>	<p>Я ЛЮБЛЮ свою лошадку. Причешу ей ШЕРСТКУ гадко, Гребешком приглажу ХВОСТИК И ВЕРХОМ поеду в гости.</p> <p>У меня живет КОЗЛЕНОК, Я САМА его пасу. Я козленка В САД зеленый Рано УТРОМ отнесу. Он ЗАБЛУДИТСЯ в саду –</p>

	слово, а ты повторяй так же выделяя главное слово.	Я в траве его НАЙДУ
Коррекция темпоритмической организации речи	<p>Восприятие темпа речи.</p> <p><i>Подготовительная работа:</i> знакомство с карточками, проведение аналогии между темпом речи и темпом передвижения персонажей карточек.</p> <p><i>Инструкция:</i> «Послушай, как я сказала быстро медленно или спокойно, и покажи нужную карточку.»</p>	<p>Белка прыгает с ветки на ветку (быстро);</p> <p>Дети лепят снеговика и играют в снежки(спокойно);</p> <p>Что бы утром проснуться, нужно потянуться и улыбнуться.(медленно);</p> <p>Снег над городом кружится (спокойно);</p> <p>Колобок-колобок, я тебя съем (медленно);</p> <p>Шустрая норка юркнула в норку (быстро);</p>
	<p>Отраженное и самостоятельное проговаривание скороговорок, чистоговорок, поговорок, стихов сопровождаемое движениями руки(дирижирование).</p> <p><i>Инструкция:</i> «Послушай и повтори за мной чистоговорку»</p>	<p>Са-са-са - будку сделали для пса</p> <p>Ся-ся-ся - я видел гуся</p> <p>Жи-жи-жи - под кустом живут ежи</p> <p>Жу-жу-жу - молока дадим ежу</p> <p>Ул-ул-ул - зимний лес уснул</p> <p>Ол-ол-ол - начинается футбол</p> <p>Вы малину мыли ли? Мыли, но не мылили. Не красна изба углами, А красна - пирогами.</p>

		<p>Н. Некрасов</p> <p>Снежок</p> <p>Снежок порхает, кружится, На улице бело. И превратились лужицы В холодное стекло. Где летом пели зяблики, Сегодня — посмотри! — Как розовые яблоки, На ветках снегири. Снежок изрезан лыжами, Как мел, скрипуч и сух, И ловит кошка рыжая Веселых белых мух</p>
<p>Коррекция восприятия и воспроизведе ния интонации</p>	<p>Подготовительная работа: Логопед дважды читает один и тот же рассказ. Первый раз — без интонационного оформления текста, второй — выразительно, с интонационным оформлением. Затем выясняется, какое чтение больше нравится и почему. Логопед</p>	<p>Саша нарисовал синюю собаку и красного зайца. Папа посмотрел и удивился: "Разве бывают синие собаки и красные зайцы?" Но у Саши было только два карандаша. Он подумал и нарисовал красный мак и синюю сумку.</p>

	<p>объясняет детям, что голос при чтении можно изменить, что голосом можно передать вопрос, радость, удивление и т.д.</p> <p>Знакомство с повествовательной интонацией, средствами ее выражения и способами обозначения. Выделение из текста повествовательных предложений.</p> <p>Инструкция: «Я буду читать текст, а ты слушай внимательно и подними карточку с точкой, когда услышишь предложение, которое я произнесла ровным спокойным голосом»</p>	
	<p>Знакомство с вопросительной интонацией, средствами ее выражения и способами обозначения. Выделение из текста</p>	<p>Повезло хомяку. Попалось на глаза гнездо, а в гнезде яйца. Забирай и пируй. Но как забрать? Взять зубами? Не взять. За щеку затолкать? Не поместятся. Что же делать? Значит не по зубам?</p>

	<p>вопросительных предложений.</p> <p>Подготовительная работа. Логопед вместе с детьми вспоминает, что изменением голоса можно передать различные эмоциональные состояния. Например, изменяя голос, можно о чем-то спросить(логопед задает вопрос). Затем предлагает сделать это детям. Далее логопед показывает, что в конце вопросительного предложения голос повышается. Это повышение голоса сопровождается соответствующим движением руки и обозначается графически. Для обозначения вопроса предлагается знак:« Вопрос будем обозначать таким</p>	<p>Задумался хомяк. Как же быть? И приду мал: стал яйца носом к себе в норку перекатывать</p>
--	---	---

	<p>знаком (?)» Показ карточки сопровождается стихотворением. «Это кривоносый вопросительный знак. Задаёт он всем вопросы: "Кто? Кого? Откуда? Как? ». Инструкция: "Я буду читать текст, а ты слушай внимательно и подними карточку со знаком вопроса, когда услышишь вопросительное предложение »</p>	
	<p>Знакомство с восклицательной интонацией, средства ми ее выражения и способами обозначения. Выделение из текста восклицательных предложений. Подготовительная работа. Детям предлагается последовательно несколько картинок,</p>	<p>—Я самый важный! Я всех бужу, — говорил будильник. —Я важнее! Всех вожу, — говорил автобус. —А я важнее вас! Я построил этот дом, — говорил подъемный кран. Высоко сияло солнце. Услышало оно этот спор и сказало:— Мне сверху все видно. Послушайте, что я скажу: важнее всех человек!</p>

	<p>которые можно соотнести с междометиями типа «Ой !», «Ах!», «Ура!». Проводится беседа по содержанию каждой из картинок: «Девочке больно. Как закричала девочка?(Ой!) Девочка уронила чашку. Как она воскликнула? (Ах!) Мальчики играют солдатиками. Что они кричат? (Ура) Логопед задает вопрос: «Как мы говорим эти слова: спокойно или громко, воскликая?» После этого логопед показывает, что восклицательно можно произнести и целое предложение. Уточняется, что при произнесении такого предложения голос или резко повышается или сначала повышается, а затем несколько понижается. Изменение голоса при</p>	
--	--	--

	<p>воспроизведении восклицательной конструкции сопровождается соответствующим движением руки и изображается графически. «Восклицание мы будем обозначать вот таким знаком (!)». Показ карточки сопровождается стихотворением.</p>	
<p>Коррекция речевого дыхания</p>	<p>Формирование диафрагмального типа дыхания. Ребенок находящийся в положении лежа, кладет ладонь на область диафрагмы. Инструкция :« Ляг на кушетку, положи ладонь на живот и почувствуй, как он поднимается, когда ты делаешь вдох, и опускается, когда ты делаешь выдох»</p>	<p>Легли(сели, встали) бегемотики, потрогали животики. Вдох - животик поднимается. Выдох - животик опускается.</p>

	<p>Развитие диафрагмального типа дыхания.</p> <p>Подготовительная работа:</p> <p>Педагогу необходимо обратить внимания на обязательные условия:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> активное внимание ребенка привлекается к фазе вдоха; <input type="checkbox"/> вдох осуществляется в момент физической нагрузки; <input type="checkbox"/> все упражнения проводятся в комфортном для детей темпе и ритме. <p>Обучение детей выполнению двойных «быстрых вдохов» через нос в положении стоя, в сочетании с движениями головы и рук.</p> <p>Упражнение повторяется 4 раза подряд впервые дни его использования, в</p>	<p>За стеклянными дверями Стоит мишка с пирогами. Здравствуй, мишенька - дружок, Дай понюхать пирожок(два коротких вдоха).</p> <p>Мышки водят хоровод. На диване дремлет кот. И мышиный хоровод Вдруг увидел серый кот. (два коротких вдоха) "Кот понюхал нас! Ура! Разбегайся детвора!"</p>
--	---	---

	<p>течении месяца</p> <p>количество раз</p> <p>увеличивается до 12 повторений. Инструкция с поэтапной демонстрацией упражнения: «Вставайте ровно, ноги на ширине плеч, руки на поясе, плечи расправлены. Нюхаем воздух шумно, быстро как собачки. Нюхаем по два раза: «нюх-нюх» и отдыхаем. Смотрите на меня и слушайте, как я буду нюхать воздух» Педагог демонстрирует вдохи, при которых слышен шум воздуха и видно, как ноздри сближаются с носовой перегородкой.</p> <p>Упражнение выполняется педагогом вместе с детьми, а затем дети выполняют «быстрые вдохи» самостоятельно.</p>	
	Произнесение	В уголке котенок. В уголке спит

	<p>предложений с увеличением количества слов.</p> <p>Инструкция: «Сейчас я буду говорить предложения, а ты за мной будешь их повторять»</p>	<p>котенок. В уголке спит пушистый котенок. В уголке спит пушистый маленький котенок. В уголке комнаты спит маленький пушистый котенок.</p>
	<p>Напевное произношение серии слогов, слов.</p> <p>Инструкция: «Сделай вдох носом и плавно на выдохе произнеси... »</p>	<p>ма-ма ма-мо-му ма-мо-ма-ми ма-му-ма-му-ми мама, мила, ноты, мила малина, машина, калина, автобус</p>

Выводы по второй главе

Для проведения обследования состояния просодической стороны речи у детей младшего школьного возраста с дизартрией нами была выбрана методика Е.Ф. Архиповой. Программа обследования включала в себя 9 направлений. В каждом направлении содержалось несколько заданий на восприятие и воспроизведение различных просодических компонентов.

В результате обследования было выявлено, что детям младшего школьного возраста с дизартрией наиболее доступны изменения голоса по высоте и регулирование собственного голоса по громкости т.е. силе.

Учащиеся получили самые низкие баллы за выполнение заданий по направлениям обследование восприятия и воспроизведения интонации и логического ударения.

Количественный и качественный анализ полученных данных позволил нам сделать вывод о том, что большинство компонентов просодической стороны речи у детей младшего школьного возраста с дизартрией значительно нарушены.

Для организации коррекционной работы по устранению недостатков просодической стороны речи у детей изучаемой категории нами был разработан перспективный план, на основе которого составлен комплекс упражнений.

Упражнения данного комплекса включались в логопедические занятия, занятия воспитателей, режимные моменты, так же были рекомендованы родителям для выполнения их в домашних условиях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Недоразвитие просодической стороны речи у детей младшего школьного возраста с дизартрией оказывает существенное влияние на формирование коммуникативной функции речи, так как снижает её разборчивость и внятность, окружающим сложно воспринять данную речь. Признаком просодического недоразвития у детей данной категории является патологические изменения силы голоса, темпа, ритма, тембра и логического ударения нередко сопровождаются вторичными психологическими отклонениями. Поэтому вопросом коррекции просодической стороны речи необходимо уделять большое внимание.

Целью нашего исследования было теоретически изучить и практически обосновать необходимость работы по коррекции просодической стороны речи у детей младшего школьного возраста с дизартрией посредством дидактической игры.

Для реализации заявленной цели нами были решены следующие задачи:

1. Анализ психолого-педагогической литературы по проблеме исследования показал, что просодическая сторона речи включает в себя совокупность следующих компонентов (темп, ритм, паузирование, мелодика, ударение, тембр), участвующих в организации речи в соответствии со смыслом передаваемого сообщения. Также нами было проанализировано состояние просодической стороны речи у детей младшего школьного возраста с дизартрией.

Исследованием состояния просодической стороны у детей с речевыми нарушениями занимались такие учёные, как Е.Ф. Архипова, Е.Э. Артемова, Л.С. Волкова, В.А. Сорокина, Н.Н. Гончарова, Т.Г.Шишкова, Л.В.Лопатина, И.А. Поварова, Е.Ю. Румянцева, Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина и другие.

Анализ литературных источников показал, что при нарушении просодической стороны речи нарушаются как процессы воспроизведения, так и процессы восприятия просодических качеств речи. Исследователи указывают на стабильные нарушения интонационной выразительности, замедление темпа развития речевого дыхания, недоступность логического ударения, ритмическую дезорганизацию речи, нарушения голоса в структуре дефекта при дизартрии.

2. Во второй главе приводится описание экспериментальной работы, направленной на изучение состояния просодической стороны речи у младших школьников с дизартрией, и анализ результатов констатирующего эксперимента, в ходе которого было выявлено, что у изучаемой категории детей просодическая сторона речи развита неодинаково и недостаточно.

В результате обследования было выявлено, что детям младшего школьного возраста с дизартрией наиболее доступны изменения голоса по высоте и регулирование собственного голоса по силе.

Дети получили самые низкие баллы за выполнение заданий по направлениям: обследование восприятия и воспроизведения интонации, логического ударения и ритма.

Количественный и качественный анализ полученных данных позволил нам сделать вывод о том, что большинство компонентов просодической стороны речи у детей младшего школьного возраста с дизартрией значительно нарушены.

Знания, полученные в ходе теоретического изучения специальной литературы, в частности работ Л.В. Лопатиной, Г.В. Чиркиной, Т.Б. Филичевой, Т.В. Тумановой, Н.В. Нищевой позволили нам составить комплекс дидактических игр по коррекции просодической стороны речи у детей с дизартрией. Упражнения данного комплекса включались в

логопедические занятия, занятия воспитателей, режимные моменты, так же были рекомендованы родителям для выполнения их с детьми в домашних условиях.

Таким образом, в ходе проведённого нами экспериментального исследования были реализованы заявленные задачи и достигнута поставленная цель.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Артемова, Е.Э. Особенности формирование просодики у дошкольников с речевыми нарушениями. [Текст]: монография / Е.Э. Артемова—М.: МГГУ им. М.А. Шолохова, 2008. – 123 с
2. Архипова, Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом: Доречевой период. Кн.для логопеда /Е.Ф. Архипова—М.: Просвещение, 1989.-79 с. 3
3. Архипова, Е.Ф. Стертая дизартрия у детей: учебное пособие / Е.Ф. Архипова . — М.: АСТ: Астрель, 2006. – 319 с. – (высшая школа)
4. Алмазова Е. С. Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей — М: Просвещение, 1973 с 182
5. Бабина, Г.В. Речевые нарушения при детском церебральном параличе.//Вопросы логопедии./Под ред. Самсонова Ф.А., Шаховской С.Н. — М.:1979.-С. 15-27
6. Бабина, Г.В. Состояние интонационной стороны речи у младших школьников с дизартрией. / Г.В. Бабина, Р.Е. Идес // Коррекционная педагогика. Единое образовательное пространство. Сб. научно-методических трудов. - СПб., 2003.
7. Бадалян, Л.О. Детская неврология./ Л.О. Бадалян—М.: Медицина, 1984. - 576
8. Белякова, Л.И. Заикание. Учебное пособие для студентов педагогических институтов по специальности "Логопедия"/ Л.И. Белякова, Е.А. Дьякова — М.: ВСекачев, 1998. — 304 с.: ил.
9. Белякова, Л.И.. Логопедия. Дизартрия./ Л.И. Белякова, Н.Н. Волоскова—М.: Гуманитар, изд. Центр ВЛАДОС, 2009. - 287 с. 8

10. Белякова, Л.И. Методика развития речевого дыхания у дошкольников с нарушениями речи / Л.И. Белякова, Н.Н. Гончарова, Т.Г. Шишкова / Под. ред. Л.И. Беляковой.. — М.: Книголюб, 2004. — 56 с. - (Логопедические технологии.)
11. Бутенко, Е.К. Формирование интонационной выразительности речи у дошкольников с дизартрией [Текст] / Е.К. Бутенко // Дошкольная педагогика. — 2012. - №1. — С. 38-42.)
12. Винарская, Е.Н. Дизартрия. / Е.Н. Винарская— М.: АСТ: Астрель, Хранитель,—2006.—141с.
13. Винарская, Е.Н. Раннее речевое развитие ребенка и проблемы дефектологии: Переодика раннего развития. Эмоциональные предпосылки освоения языка./ Е.Н. Винарская—М.: Просвещение, 1987 9
14. Гуровец, Г.В. К вопросу диагностики стертых форм псевдобульбарной дизартрии [Текст] / Г.В. Гуровец, С.И. Маевская // Вопросы логопедии. — М. : Педагогика, 1978. — С. 27-37.
15. Гончар Н.Н. Формирование мелодико-интонационной стороны речи как средства общения дошкольников с ДЦП / Н.Н.Гончар // Молодой ученый. — 2016. — №28. — С. 860-874.
16. Карелина, И.Б. Дифференциальная диагностика стертых форм дизартрии и сложной дислалии / И.Б. Карелина // Дефектология. — 1996. -№5. -С. 10-14
17. Левина, Р.Е. Общее недоразвитие речи [Текст] / Р.Е. Левина, Л.Ф. Спирина // Основы теории и практики логопедии / Р.Е. Левина, Н.А. Никашина, Л.Ф. Спирина ; под ред. Р.Е. Левиной. — М. : Просвещение, 2007. — 165 с
18. Лаврова, Е.В. Логопедия: основы фонииатрии: рек: УМО вузов

РФ/ Е.В. Лаврова. — М.: Академия, 2007. — 144 с.15

19. Лазаренко, О.И. Диагностика и коррекция выразительности речи детей. / О.И. Лазаренко. — М.: ТЦ Сфера, 2009. —64 с. (Библиотека журнала "Логопед")

20. Логопедия. Методическое наследие: Пособие для логопедов и студ. дефектол. факультетов пед. вузов / Авт.-сост.С.Н. Шаховская, Т.В. Волосовец, Л.Г. Парамонова. / Под ред. Л.С. Волковой: В 5 кн. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. — Кн. I: Нарушения голоса и звукопроизносительной стороны речи: В 2 ч. — Ч. 2. Ринолалия. Дизартрия. — 304 с. — (Б-ка учителядефектолога)

21. Логопедия [Текст]: учеб.для студ. / под ред.: Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской. — М.: Владос, 1998. — 677 с.

22. Лопатина, Л.В. Логопедическая работа по развитию интонационной выразительности речи дошкольников. / Л.В. Лопатина, Л.А.Позднякова—СПб.,2006.

23. Лопатина, Л.В. Логопедическая работа по формированию восприятия и воспроизведения темпа речи у дошкольников со стертой дизартрией. / Л.В. Лопатина // Коррекционная педагогика: концепция и методы. Сборник научно-методических трудов. — СПб., 2006.

24. Лопатина Л.В. Особенности восприятия и воспроизведения интонационной структуры предложения дошкольниками со стертой дизартрией. / Л.В. Лопатина // Речевая деятельность в норме и патологии: Материалы межотраслевой научно-методической конференции. — СПб., 1999.

25. Лопатина, Л.В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников (коррекция стертой дизартрии). / Л.В. Лопатина, Н.В.

Серебрякова.—СПб.,2001.

26. Лопатина, Л.В. Приемы обследования дошкольников со стертой формой дизартрии и дифференциация их обучения. Ленинградский педагогический институт им. А.И. Герцена./ Л.В. Лопатина // Дефектология. - 1986. - № 2.

27. Лопатина Л.В. Характеристика и структура речевого дефекта у дошкольников со стертой дизартрией. / Л.В. Лопатина // Особенности механизмов, структуры нарушений речи и их коррекции у детей с интеллектуальной, сенсорной и двигательной недостаточностью. — СПб., 1996.

28. Мартынова, Р.И. Сравнительная характеристика детей, страдающих легкими формами дизартрии и функциональной дислалией [Текст] / Р.И. Мартынова // Расстройства речи и методы их устранения / под ред. С.С. Ляпидевского, С.Н. Шаховской. – М., 1975. – С. 79-91

29. Панченко, И.И. Медико-педагогическая характеристика детей с дизартрическими и анартрическими расстройствами речи, страдающих церебральными параличами, и особенности приемов логопедической работы [Текст] / И.И. Панченко, Л.А. Щербакова // Нарушения речи и голоса у детей / под ред. С.С. Ляпидевского, С.Н. Шаховской. – М. : Просвещение, 1975. – С. 17-42

30. Поварова И. А. Коррекция заикания в играх и тренингах [Текст] / И. А Поварова - СПб.: Питер, 2004

31. Программы дошкольных образовательных учреждений компенсирующего вида для детей с нарушениями речи / Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина, Т.В. Туманова / авт.-сост. Г.В. Чиркина. — М. : Просвещение, 2008. — 207 с.

32. Российская, Е.Н. Произносительная сторона речи: Практический курс./ Е.Н. Российская, Л.А. Гаранина—М.: АРКТИ, 2003. - 104 с. (Биб-ка практикующего логопеда)
33. Стрельникова А.Н. Дыхательная гимнастика по Стрельниковой / Авт.-сост. Т. Ю. Амосова.— М.: РИПОЛ классик, 2008.— 64 с.— (Здоровье и красота).
34. Токарева, О.А. Дизартрии. Расстройства речи у детей и подростков / О. А. Токарева, С. С. Ляпидевский.—М.,1969.—С.144-155.
35. Филичева, Т. Б. Основы логопедии: Учеб.пособие для студентов пед. ин-тов по спец. «Педагогика и психология (дошк.)» / Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина—М.: Просвещение, 1989. —223 с.28
36. Филатова, Ю.О. Характеристика ритмической организации речи при дизартрии и моторной алалии [Текст] / Ю.О. Филатова // Дефектология. – 2012. - №4. – С.38-46
37. (Федосова, О.Ю. Коррекция звукопроизношения у дошкольников с легкой степенью дизартрии с учетом фонетического контекста : дис. канд. пед. наук [Текст] / О.Ю. Федосова. – Самара, 2005. – 228 с.)
38. Хватцев М.Е. Логопедия: уч. для пед. институтов. / М.Е. Хватцев—М. 1937
39. Шевцова, Е.Е. Технологии формирования интонационной стороны речи / Е.Е. Шевцова, Л.В. Забродина. — М.:АСТ: Астрель, 2009. — 222, [2] с. — (Высшая школа) 44. Цейтлин, С.Н. Язык и ребенок: Лингвистика детской речи: Учеб.пособие для студ. высш. учеб. заведений. / С.Н. Цейтлин. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2000. - 240 с.33