



МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ 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

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СТЕРТОЙ ДИЗАРТРИИ И
ДИСЛАЛИИ У СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ
С ФОНЕТИКО-ФОНЕМАТИЧЕСКИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ
КАК ОСНОВА СОДЕРЖАНИЯ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ
Выпускная квалификационная работа
по направлению 44.04.03 – Специальное (дефектологическое) образование
Направленность программы бакалавриата / магистратуры
«Психолого-педагогическое сопровождение лиц с нарушениями речи»

Выполнил (а):
Студент (ка) группы ЗФ-306/173-2-1
Волосатова Елена Леонидовна

Проверка на объем заимствований:
79,21 % авторского текста

Работа рекомендована к защите
рекомендована/не рекомендована
«28» 06 2014 г.
зав. кафедрой СППиПМ

Научный руководитель:
к.п.н., доцент, зав. кафедрой
СППиПМ
Дружинина Лилия Александровна

Дружинина Л. А. Дружинина /
Дружинина

Список диссертаций
Приложение
Челябинск
2017

Содержание

Введение	3
Глава 1 Теоретические основы изучения дислалии и стертой дизартрии у детей старшего дошкольного возраста в современной психологопедагогической литературе.....	10
1.1. Особенности формирования звукопроизносительной стороны речи у детей старшего дошкольного возраста в онтогенезе.....	10
1.2. Определение, причины возникновения и классификация дислалии.....	22
1.3. Определение, причины возникновения и классификация дизартрии и стертой дизартрии.....	34
1.4. Исследования отечественных логопедов по вопросу дифференциальной диагностики стертой дизартрии и дислалии у детей старшего дошкольного возраста.....	57
Выводы по главе 1	67
Глава 2 Верификация реализации индивидуальных программ по коррекции стертой дизартрии и дислалии у старших дошкольников с ФФН.....	69
2.1. Анализ результатов дифференциальной диагностики стертой дизартрии и дислалии у старших дошкольников с ФФН.....	69

2.2. Разработка и реализация индивидуальных программ по коррекции стертой дизартрии и дислалии у старших дошкольников с ФФН.....101

2.3. Анализ результатов логопедической коррекции стертой дизартрии и дислалии у старших дошкольников с ФФН.....163

Выводы по главе 2.....177

Заключение.....180

Список литературы.....182

Приложение

Введение

Одним из важнейших компонентов психической деятельности человека является речевая функция. Именно в процессе речевого развития формируется познавательная и предметная деятельность ребенка, способность понятийного мышления. Чем богаче и правильнее речь ребенка, тем легче ему высказывать свои мысли, тем шире его возможности в познании действительности, содержательнее и полноценнее взаимоотношения с детьми и взрослыми, тем активнее происходит его психическое развитие. Любое нарушение речи в той или иной степени может отразиться на деятельности и поведении ребенка.

В настоящее время наблюдается стремительный рост количества детей с речевой патологией в силу множества неблагоприятных биологических и социальных причин.

По данным Е.Ф. Архиповой [4, 6] обследование детей в массовых садах показало, что в старших и подготовительных к школе группах от 40 до 60% детей имеют отклонения в речевом развитии. Самыми распространенными речевыми нарушениями при этом являются дислалия и стертая дизартрия.

Среди них значительную часть составляют дети 5 – 7-летнего возраста с фонетико-фонематическим недоразвитием речи (ФФН).

Согласно современным научным представлениям фонетикофонематическое недоразвитие речи относится к нарушениям средств общения и представляет собой нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей с различными речевыми расстройствами вследствие дефектов восприятия и произношения фонем.

Установлено, что у детей с нарушением восприятия фонем отмечается незаконченность процесса формирования звуков, отличающихся тонкими артикуляционными или акустическими признаками. [74, 105]

Наличие у детей старшего дошкольного возраста фонетикофонематического недоразвития речи в сочетании с дислалией или стертой дизартрией может негативно отразиться на успеваемости ученика в процессе школьного обучения, а также на письменной речи. Как известно, младшие школьники большей частью пишут так, как говорят, поэтому орфографическая грамотность страдает из-за неправильного звучания, что говорит о тесной связи между ними.

Существование прямой зависимости между уровнем развития детской речи и возможностью овладения процессами чтения и письма было доказано группой ведущих ученых: Р.Е. Левина, Г.А. Каше, Р.И. Мартынова, Л.В. Мелехова, Е.Ф. Собонович, Г.В. Гуровец, С.И. Маевская, Л.Ф. Спирина, Н.А. Никашина, Г.В. Чиркина, Т.Б. Филичева, И.А. Чевелева, А.В. Ястребова, И.К. Колповская, Л.В. Лопатина, Н.В. Серебрякова, Е.Ф. Архипова и др.

Таким образом, коррекция дислалии и стертой дизартрии у старших дошкольников с фонетико-фонематическим недоразвитием имеет важное значение для формирования социально адаптированной личности.

Взросшие требования к обучению и воспитанию детей с речевыми нарушениями определяют необходимость модернизации содержания образования с позиций применения современных педагогических технологий, в том числе компьютерных технологий обучения.

Исследования, проведенные О.И. Кукушкиной, Т.К. Королевской, Ю.Б. Зеленской, Р.Ф. Абдеевым, Е.И. Машбиц, В.П. Беспалько показали, что применение компьютерных технологий повышает качество обучения,

воспитания детей с нарушениями речи, ускоряет процесс усвоения знаний и индивидуализирует обучение старших дошкольников.

Стертая дизартрия по своим проявлениям очень похожа на дислалию, но процесс автоматизации звуков затруднен и растянут во времени, также при стертой дизартрии необходимо проведение специальной комплексной коррекционной работы. Это объясняет необходимость проведения качественной дифференциальной диагностики стертой дизартрии и дислалии у детей старшего дошкольного возраста с ФФН с целью постановки грамотного логопедического заключения и разработки эффективных индивидуальных программ логопедической коррекции данных речевых нарушений.

Вопросами дифференциальной диагностики стертой дизартрии и дислалии у детей дошкольного возраста занимались И.Б. Карелина, Р.И. Мартынова, Л.В. Лопатина, Е.Ф. Архипова и др., но до сих пор дифференциация данных речевых нарушений вызывает трудности, особенно у начинающих логопедов.

Учет распространенности стертой дизартрии и дислалии, их негативного влияния на успешность дальнейшего школьного обучения детей, а также важности и трудности разграничения выше упомянутых нарушений речи, позволяет сделать вывод о том, что вопросы дифференциальной диагностики стертой дизартрии и дислалии у детей старшего дошкольного возраста с ФФН, а также вопросы организации качественной коррекционно-логопедической помощи этим детям являются теоретически актуальными и практически значимыми.

Данным обстоятельством обусловлен выбор темы диссертационного исследования: «Дифференциальная диагностика стертой дизартрии и дислалии у старших дошкольников с ФФН как основа содержания логопедической коррекции».

Объект исследования – процесс логопедической коррекции стертой дизартрии и дислалии у детей старшего дошкольного возраста с ФФН.

Предмет исследования – особенности индивидуальной коррекции стертой дизартрии и дислалии у старших дошкольников с ФФН.

Цель исследования – теоретически изучить и практически доказать необходимость использования результатов дифференциальной диагностики для эффективной индивидуальной коррекции стертой дизартрии и дислалии у старших дошкольников с ФФН.

Гипотеза диссертационного исследования – повышению эффективности индивидуальной коррекции стертой дизартрии и дислалии у детей старшего дошкольного возраста с ФФН будет способствовать:

1. проведение дифференциальной диагностики стертой дизартрии и дислалии у старших дошкольников с использованием дополнительных параметров обследования и критериев их оценивания;
2. разработка и реализация индивидуальных программ по коррекции стертой дизартрии и дислалии с учетом данных их дифференциальной диагностики;
3. применение подобранных систематизированных компьютерных технологий в соответствии с выявленными особенностями звукопроизносительной стороны речи детей.

В соответствии с целью, объектом, предметом и выдвинутой гипотезой были поставлены следующие **задачи исследования**:

1. изучить и провести анализ психолого-педагогической и специальной литературы по вопросам исследования;
2. изучить и проанализировать состояние звукопроизносительной стороны речи у детей старшего дошкольного возраста, используя дополнительные

параметры дифференциальной диагностики стертой дизартрии и дислалии;

3. разработать индивидуальные программы логопедической коррекции стертой дизартрии и дислалии у старших дошкольников с ФФН с использованием систематизированных компьютерных технологий и проверить их эффективность;
4. разработать методические рекомендации, содержащие традиционные и реализованные нами приемы, упражнения, игры, определить сроки и особенности реализации индивидуальных программ по коррекции стертой дизартрии и дислалии у старших дошкольников с ФФН.

Для решения поставленных задач применялись следующие **методы исследования:**

- теоретические: аналитическое изучение психолингвистической, психолого-педагогической и специальной литературы по теме исследования; сравнение (сопоставление результатов обследования детей с дислалией и стертой дизартрией с целью постановки грамотного логопедического заключения; подбор наиболее эффективных рекомендаций и способов нормализации звукопроизносительной стороны речи у детей со стертой дизартрией); обобщение (выделение и фиксирование устойчивых признаков, характерных для стертой дизартрии у старших дошкольников, которые были отмечены независимо от частных и случайных условий их наблюдения); индукция (формулирование логопедических заключений на основе частных, полученных в ходе обследования, результатов);
- эмпирические методы: изучение медицинской и психологопедагогической документации на ребенка; наблюдения за деятельностью детей в различных условиях; опросные методы: беседа,

интервьюирование, анкетирование; констатирующий, формирующий и контрольный эксперименты;

- интерпретационные методы: количественный и качественный анализ результатов исследования.

Теоретическая значимость исследования заключается в следующем:

1. модифицирована методика обследования произносительной стороны речи у детей дошкольного возраста, а именно:
 - выделены дополнительные параметры дифференциальной диагностики, позволяющие четко разграничить стертую дизартрию и дислалию у старших дошкольников с ФФН;
 - разработаны критерии оценки особенностей фонационного дыхания и состояния просодических компонентов речи, оцениваемых в процессе спонтанной организованной речи (прочтение стихотворения наизусть) или в спонтанной неорганизованной речи (при составлении рассказа из собственного опыта) (с опорой на критерии оценки состояния дыхательной и голосовой функции, а также состояния просодических компонентов речи, разработанные Е. Ф. Архиповой).

Практическая значимость исследования:

1. использование дополнительных параметров дифференциальной диагностики стертой дизартрии и дислалии у старших дошкольников с ФФН и критериев их оценивания позволит логопедам осуществлять более точную дифференциацию данных речевых нарушений, что в свою очередь будет способствовать повышению эффективности коррекционного обучения старших дошкольников;
2. разработанные на основе данных дифференциальной диагностики стертой дизартрии и дислалии индивидуальные программы

логопедической коррекции данных речевых нарушений у детей старшего дошкольного возраста с ФФН с описанием особенностей и сроков их реализации, с методическими рекомендациями, содержащими традиционные и реализованные нами приемы, упражнения, игры, могут быть использованы логопедами и воспитателями для совершенствования коррекционноразвивающей работы с детьми данной категории, начиная с этапа обследования;

3. применение систематизированных компьютерных технологий на различных этапах коррекции стертой дизартрии и дислалии способствует расширению сенсорной базы для нормализации звукопроизносительной стороны речи детей, повышает эффективность занятий и мотивацию детей к сложным для них занятиям у логопеда.

База исследования: экспериментальное исследование проводилось в феврале 2016 – июне 2017 года на базе МБДОУ «ДС № 307 г. Челябинска». В экспериментальном исследовании принимали участие 8 детей старшего дошкольного возраста с фонетико-фонематическим недоразвитием речи при стертой дизартрии и при дислалии.

Апробация и внедрение результатов исследования:

1. результаты проведенной дифференциальной диагностики и рекомендации по коррекционной работе с детьми со стертой дизартрией и дислалией были представлены на обучающем семинаре для работников групп комбинированной направленности для детей с ТНР от 24.03.2016 г. в МБДОУ «Детский сад № 307 г. Челябинска»;
2. Студенческая научно-практическая конференция ЧГПУ, секция «Современная логопедия: традиции и инновации» (Челябинск, 27 апреля 2016 года);

3. VIII Международная научно-практическая конференция «Педагогический опыт: теория, методика, практика» (Чебоксары, 13 июня 2016 года);
4. Студенческая научно-практическая конференция ЮУрГГПУ, секция «Современные технологии сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования» (Челябинск, 12 октября 2016 года);
5. Ежегодная 53-я научно-практическая конференция научнопедагогических работников и обучающихся ЮУрГГПУ, секция «Логопедическое сопровождение детей с тяжёлыми нарушениями речи в условиях стандартизации образования» (Челябинск, 8 февраля 2017 года);
6. Ежегодная 53-я научно-практическая конференция научнопедагогических работников и обучающихся ЮУрГГПУ, секция «Реализация индивидуального и дифференциального подходов при оказании помощи детям с ОВЗ» (Челябинск, февраль 2017 года);
7. Международный интеллектуальный конкурс студентов и аспирантов «University Stars – 2016» (Москва, 10 декабря 2016 года).

Структура и объем работы: Работа состоит из введения, двух глав, выводов по двум главам, заключения, списка литературы (173 наименования), приложения, содержит 1 таблицу, 16 рисунков.

Глава 1 Теоретические основы изучения дислалии и стертой дизартрии у детей старшего дошкольного возраста в современной психолого-педагогической литературе

1.1. Особенности формирования звукопроизводительной стороны речи

у детей старшего дошкольного возраста в онтогенезе

Речь является одним из важнейших компонентов психической деятельности человека, при этом она формируется и развивается прижизненно, в процессе общения и совместной деятельности с другими людьми. Речевое развитие взаимосвязано с физическим и является показателем культурного и интеллектуального развития каждого человека. Усвоение ребенком родного языка проходит в определенной последовательности и характеризуется рядом черт, общих для всех детей. Для того чтобы определить уровень сформированности речи, необходимо четко представлять весь путь последовательного речевого развития детей в норме, знать закономерности этого процесса и условия, от которых зависит его успешное протекание. [141, 144]

В.П. Белянин отмечает, что речь ребенка формируется под влиянием речи взрослых и в огромной степени зависит от достаточной речевой практики, нормального речевого окружения и от воспитания и обучения, которые начинаются с первых дней его жизни. [18]

По мнению Л.С. Цветковой психофизиологической основой речи являются совместно работающие анализаторы, среди которых особое значение имеют речеслуховой и речедвигательный. [154] Фонетико-фонематическая сторона речи является показателем общей культуры речи, соответствия речи говорящего произносительным нормам. [126, 146]

По мнению Ф.А. Сохина [119], Е.Н. Российской и Л.А. Гараниной [126], одним из показателей общей культуры речи является произносительная сторона, которая отражает степень соответствия речи

говорящего нормам литературного языка. Произносительная сторона речи включает четкую артикуляцию звуков родного языка, правильное их произношение, ясное и чистое произношение слов и фраз, правильное речевое дыхание, а также использование достаточной громкости голоса, нормального темпа речи и различных интонационных средств выразительности (мелодика, логические паузы, ударения, темп, ритм и тембр речи). Таким образом, получается, что произносительная сторона речи включает фонетическую сторону речи и просодику.

Г. Р. Шашкина, Л. П. Зернова, И. А. Зимина к фонетической стороне речи относят звукопроизношение, качество которого зависит от согласованной работы всего речедвигательного аппарата. Способность различать фонемы родного языка ученые относят к фонематической стороне речи, которая обеспечивается работой речеслухового анализатора. [161]

Как отмечает Ф.А. Сохин, произносительная сторона речи формируется и развивается на основе хорошо развитого речевого слуха. [119]

По мнению Е.Ф. Архиповой речевой слух осуществляет прием и оценку чужой речи, контроль за собственной речью и является результатом совместного функционирования фонематического и фонетического слуха. При этом фонетический слух отвечает за непрерывный поток слогов. [6]

М.Е. Хватцев определяет фонематический слух как способность воспринимать звуки речи как смысловые единицы. [150]

По Л. С. Волковой [73] фонематический слух – тонкий систематизированный слух, обладающий способностью вычленять в целостно речевом потоке дискретные единицы – речевые звуки.

Н.И. Жинкин, Е.Ф. Архипова отмечают, что фонематический слух является основой сложной речевой системы, поскольку предшествует

другим формам речевой деятельности – пониманию чужой речи, говорению, чтению и письму. [6, 40]

М. Ф. Фомичева подчеркивает, что согласованная работа речеслухового и речедвигательного анализаторов является основой восприятия и произношения звуков родного языка. Хорошо развитый фонематический слух позволяет человеку подбирать необходимые артикуляционные уклады для правильного произношения каждого звука родного языка. [147]

По мнению Г.В. Чиркиной правильное звукопроизношение обеспечивается также способностью ребенка к подражанию и благоприятной речевой средой. [158]

В онтогенезе развитие и становление фонетической и фонематической сторон речи происходит постепенно и одновременно. [161]

В своих исследованиях Л.С. Выготский отмечает, что в первые месяцы после рождения у ребенка интенсивно развиваются слуховая, зрительная, двигательно-кинестетическая анализаторы. Ребенок рождается с готовыми к функционированию органами артикуляции. Однако проходит длительный подготовительный период, прежде чем он сможет произносить членораздельные звуки речи. [29]

А. Н. Гвоздев [30] считает, что функция слухового анализатора ребёнка формируется рано, значительно раньше, чем речедвигательного. В свою очередь Л. И. Божович [21] отмечает, что основой совершенствования произношения является фонематическое развитие, которое происходит бурно, постоянно опережая артикуляционные возможности ребёнка.

Согласно Н.А. Шестаковой в онтогенезе слуховой анализатор начинает функционировать уже с первых часов жизни младенца. Первая реакция на звук проявляется у малыша расширением зрачков, задержкой дыхания, некоторыми движениями. Через две недели можно уже заметить,

что ребенок начинает реагировать на голос говорящего: перестает плакать, прислушивается, когда к нему обращаются. [166]

Первый год жизни ребенка в речевом развитии называется стадией крика, гуления и лепета. О.В. Правдина, Т.Б. Филичева, Н.А. Чевелева, Г.В. Чиркина в своих работах говорят о том, что стадии крика, гуления и лепета являются подготовительными для дальнейшего развития речи. С криком новорожденного начинается развитие согласованных движений разных отделов речевого аппарата: дыхательного, голосового, артикуляторного. [116, 141, 144]

Л.И. Белякова, Е.А. Дьякова подчеркивают, что с развитием ребенка крик приобретает различную интонационную окраску в зависимости от состояния ребенка. [17]

А.Н. Гвоздев рассматривал крик новорожденного как выдох при различной степени открытости полости рта, вследствие чего получается звук гласного типа, однако выделить в нем точные звуки родного языка еще невозможно. [30]

С постепенным развитием мышц на базе сосательного рефлекса начинают возникать намеки на звуки согласного типа [м, п, б]. [149]

В этот же период, согласно Е.Ф. Архиповой, ребенок начинает осваивать совокупность гласных, которая начинается с освоения широкого гласного [а], а спустя некоторое время ребенок осваивает систему из трех гласных [а, и, у]. [6]

Все звуки данного периода носят рефлекторный характер и, как указывает Т. В. Базжина, не рассматриваются исследователями детской речи как предшественники фонем [9].

На рубеже первого и второго месяцев при проявлении приятного чувства у младенца учащается дыхание и возникают короткие звуки вроде [гы, кхы] – «гуканье», которые часто сопровождаются пусканием пузырей.

В конце второго месяца ребенок определяет направление звучания, начинает поворачивать голову в сторону говорящего или следить за ним глазами. [87]

К концу второго-третьего месяца начинается стадия раннего детского лепета – «гуленье». Ребенок издает звуковые комплексы, состоящие из заметно расчлененных, но недостаточно четких протяжных звуков: [а-а-а, а-гу, а-гы, бу, бум-бу] и т. д. Звуки гуления похожи на щелканье, фыркание, бульканье, характеризуются неустойчивыми артикуляциями и не имеют социального значения. [149]

По наблюдениям Н. И. Лепской первоначально на стадии гуления появляются звуки подобные гласным, при этом наблюдается некоторая усредненность вокалических элементов [68]. Позже, как отмечают В.И. Бельтюков, Е.Н. Винарская и Н.И. Лепская, появляются компоненты гуления подобные согласным звукам, они палатализованы, т. е. звучат мягко. Наблюдается обилие шумов типа аффрикат, бывают хрюкающие и всхрапывающие звуки, звуки, обусловленные дрожанием нёбной занавески. Язычных звуков практически нет. Губные звуки представлены только в губно-губном варианте: по большей части они носовые и часто смягчены. [14, 23, 68] К концу гуления появление у ребенка слогоподобного сегмента приводит к формированию устойчивого слога. [68]

О. Ю. Цвирко заметила, что гуление входит в комплекс оживления – рефлекторную эмоциональную реакцию на ситуацию эмоционально-положительного общения [155]. На стадии гуления появляются предшественники фонем.

А. Н. Гвоздев [30] характеризовал гуление в отличие от криков как согласные, возникающие на фоне скользящего гласного и фонетически мало определенные с точки зрения их места образования.

Ко второму-третьему месяцу жизни крик ребенка значительно обогащается интонационно. По наблюдениям Г.М. Ляминой в возрасте от 3 до 6 месяцев у ребенка развивается способность дифференцировать интонации и выражать свои переживания: на ласковую – ребенок оживляется, на резкую – плачет. [87] Исходя из данного наблюдения, Л.И. Белякова, Е.А. Дьякова сделали вывод о том, что у ребенка начинает формироваться функция общения. [17]

Согласно А.А. Леонтьеву, в 3 – 4 месяца у ребенка возникает лепет. [67] Лепет — это инстинктивные звуки с яркой и более разнообразной эмоциональной окраской и более богатой фонетикой, чем первые крики. [150]

Согласно исследованиям Бельтюкова В. И. [14] лепет является врожденным процессом и состоит из трех этапов:

- 1 этап – переданная по наследству программа артикуляционных движений реализуется независимо от слуха ребенка;
- 2 этап – в лепет включаются механизмы аутоэхолалии;
- 3 этап – в лепет включаются механизмы эхолалии.

С 5 месяцев ребенок пытается подражать звукам речи взрослых. Как следствие, в начальной стадии лепета согласноподобные звуки утрачивают назализованный призвук. Появляются смычные и щелевые звуки, затем ребенок начинает произносить звуки разного места образования, реализуя их в максимально контрастных слогах [14], [128]. А к концу доречевой стадии происходит переход вокалических элементов в гласные звуки [68]. В дальнейшем путем подражания малыш перенимает постепенно все элементы звучащей речи: тон, темп, ритм, мелодику и интонацию. [31]

С.М. Носиков отмечает, что на данном этапе развития у ребенка появляется способность дифференцировать гласные и согласные звуки. [103]

В последующие месяцы первого года жизни, как отмечает А.М. Горчакова, происходит дальнейшее развитие слухового анализатора. Ребенок начинает более тонко различать звуки окружающего мира, однако в этом возрасте слово воспринимается ребёнком как единый нерасчленённый звук, обладающий определённой ритмико - мелодической структурой. [31]

К 6 месяцам в лепете ребенка появляются четкие звуки, но они еще недостаточно устойчивы и произносятся в коротких звукосочетаниях ([мама-ма, ба-ба-ба, тя-тя-тя, па-па-па] и др.). Среди гласных ясно звучит звук [а], среди согласных – [п, б, м, к, т]. [141, 144]

В возрасте 7 – 9 месяцев ребенок начинает повторять за взрослым все более и более разнообразные сочетания звуков. [141, 144, 149] Слоговые цепочки как правило состоят из 3 – 5 открытых слогов, например [та-та] и др. [68, 103]

По мнению Г.В. Чиркиной, лепет – это не просто механическое воспроизведение слоговых сочетаний, а соотнесение их с определенными лицами, предметами, действиями. [105]

По наблюдениям М. М. Кольцовой [55], звуковые проявления ребенка в период лепета, совпадающие по звукопроизношению со словами взрослого, закрепляются и приводят к формированию основной единицы языка – слова. В противном случае – гаснут и исчезают.

По наблюдениям Н.Х. Швачкина [163], А.Д. Салаховой [128] нередко в этот период уже произносятся звуки [ш, ж, ч] и даже [р], но, когда ребенок начинает произносить их сознательно, они исчезают. Причём

последовательность появления групп звуков в словесной речи та же, что и в лепете.

Исследования Г.В. Чиркиной, В.И. Бельтюкова и Г.Р. Шашкиной показали, что к году ребенок хорошо произносит простые по артикуляции звуки: гласные – [а, у, и] и согласные – [п, б, м, н, т, д, к, г]. [15, 158, 161]

Как отмечал А.И. Максаков, развитие звукопроизношения у всех детей происходит в разные сроки и зависит от состояния и подвижности органов артикуляционного аппарата. [88]

Таким образом, первый год жизни ребенка является подготовительным по отношению к собственно речевой деятельности. Ребенок практикуется в артикуляции отдельных звуков, слогов и слоговых комбинаций, координируется работа слухового и речедвигательного анализаторов, отрабатываются интонационные структуры родного языка, формируются предпосылки для развития фонематического слуха. [90]

На втором году жизни дети начинают активно произносить звуки [э, ы, о] и согласные звуки [в, т, д, к, х, ль, с, ф]. Однако, как отмечают Г.В. Чиркина [158] и Г.Р. Шашкина [161], твердые согласные у них звучат как мягкие – [ть, дь, сь, зь]. В этот период у детей возрастает способность к подражанию речи взрослых, интенсивно развивается понимание речи других.

По мнению Е.Ф. Архиповой, А.М. Горчаковой, на втором году жизни ребенок начинает более точно дифференцировать звуки речи, звуковой состав слов, тогда как в конце первого года ребенок улавливал в речи главным образом интонацию и ритм. [6, 31]

Согласно исследованиям, проведенным Н. Х. Швачкиным [162], способность дифференцировать звуки родного языка развивается в определенной последовательности: сначала ребенок начинает различать наиболее грубо противопоставленные звуки – гласные и согласные, далее

происходит дифференциация «внутри» гласных звуков, а затем «внутри» согласных звуков.

Таким образом, по мнению известных исследователей речевого слуха детей Ф. Ф. Рау [123], Н. Х. Швачкина [162], Л. В. Неймана [102], к концу второго – началу третьего года жизни фонематический слух ребенка оказывается достаточно сформированным: ребенок может различать на слух все звуки родного языка и реагировать на слова, отличающиеся всего одной фонемой.

На третьем году жизни моторика артикуляционного аппарата улучшается, но произношение ребенка еще не соответствует норме. В этом возрасте ребенок трудные по артикуляции звуки заменяет простыми. Например, звук [ц] заменяется звуком [ть] или [сь], звуки [л] и [р] – звуком [ль] или [й]. К трем годам четко оформляется артикуляция губно-зубных: [ф, в, фь, вь]. [158]

О наличии промежуточных, переходных звуков в речи ребенка раннего возраста говорил и М.Е. Хватцев. По его мнению, такими звуками являются соответствующие нормальным звукам смягченные или сходные по способу артикуляции. Постепенно через переходные звуки уточняется и закрепляется правильное произношение согласных звуков. [149]

М.Е. Хватцев в своих работах отмечает, что из гласных звуков детям труднее даются звуки [и] и [у], так как чем больше сужение надставной трубы, тем труднее образуется гласный звук. Также действует принцип: чем теснее связь артикуляции звука с рефлексом сосания, жевания и глотания, чем проще координация движений и дифференцировка, тем легче произнесение данного звука: поэтому [ба-ба-ба] произносится раньше [мама-ма]. Из согласных проторные, как требующие более продолжительной и равномерной выдержки в одном определенном артикуляционном положении, появляются позже, чем взрывные звуки. Из

взрывных легче произносятся губные, чем переднеязычные и язычно-нёбные, так как образование сужения и расширения здесь проще и легче, чем в ротовой полости. Вот почему [ш], [с], [ц] появляются значительно позже других согласных звуков — лишь на третьем, а иногда даже в конце пятого года. Звук [л] возникает тоже поздно и образуется кончиком языка позади шейки нижних зубов, точно так же, как младенческое р, вследствие чего происходит их взаимная замена. [152]

На факт определенной онтогенетической последовательности овладения звуками речи указывает в своих работах и Е.Ф. Архипова. Так, губные звуки усваиваются раньше, чем язычные, взрывные — раньше, чем щелевые. Это объясняется тем, что произнести звук в момент размыкания органов речи намного проще, чем в течение некоторого времени держать их приближенными друг к другу для образования щели аффрикаты, необходимой для прохода воздушных струй; затем осваиваются аффрикаты и сонорные. [6]

Е.Н. Российская и Л.А. Гаранина отмечают, что от 3 до 7 лет у ребенка все более развивается навык слухового контроля за собственным произношением. [126]

На четвертом году жизни происходит дальнейшее укрепление артикуляционного аппарата, движения мышц становятся более координированными. В речи появляются твердые согласные, шипящие звуки, правильно произносятся слова со стечением нескольких согласных.

На пятом году жизни у детей увеличивается подвижность артикуляционного аппарата. Большинство детей правильно произносят шипящие звуки и сонорные звуки — [л, р, рь]. У некоторых детей нарушена дифференциация свистящих и шипящих звуков при произношении сложных и малознакомых слов. [15]

Неустойчивость произношения ребенком большинства звуков в процессе формирования словаря отмечает в своих исследованиях О.В. Правдина. Так, один и тот же ребенок в одном слове произносит звук правильно, в другом его пропускает, а в третьем заменяет другим звуком. [116]

К шести годам дети способны правильно произносить все звуки родного языка. Тем не менее, у некоторых дошкольников отмечаются более или менее стойкие и единообразные замены тех или иных трудных звуков или искажения их правильного произношения. [116, 152]

С ростом ребенка, к 5—7 годам, эти дефекты исчезают; как правило, к 10 годам устанавливаются все звуки речи (Трошин). [152]

Условно последовательность формирования артикуляционной базы в онтогенезе можно представить следующим образом:

- к первому году – появляются смычки органов артикуляции;
- к полутора годам – появляется возможность чередовать позиции (смычка – щель);
- после трех лет – появляется возможность подъема кончика языка вверх и напряжения спинки языка;
- к пяти годам – появляется возможность вибрации кончика языка.

Таким образом, при условии своевременного формирования фонематического слуха (к 1 г. 7 мес. - 2 годам) у ребенка в онтогенезе к пяти годам формируется артикуляционная база, следовательно, звуковая структура речи нормализуется. [6]

Т.А. Ткаченко отмечает, что формирование правильного звукопроизношения зависит не только от сформированности артикуляционной базы ребенка, но и от способности его к анализу и синтезу

речевых звуков, т.е. от определенного уровня развития фонематического слуха, обеспечивающего восприятие фонем данного языка. [138]

А.Н. Гвоздев, В.И. Бельтюков, Н.Х. Швачкин, Г.М. Лямина [14, 30, 87, 162] доказали, что необходимо развитие более высокой формы фонематического слуха, при которой дети могли бы делить слова на составляющие их звуки, устанавливать порядок звуков в слове, т.е. производить анализ звуковой структуры слова. Д.Б. Эльконин назвал эти специальные действия по анализу звуковой структуры слов при внутреннем их проговаривании фонематическим восприятием. [170]

Фонематическое восприятие у детей, как отмечают Л.Е. Журова [42] и Д.Б. Эльконин [170], формируется в процессе специального обучения как результат более высоких форм речевого слуха. На данный факт в своих исследованиях указывает и В.К. Орфинская, что простые формы фонематического анализа у детей дошкольного возраста появляются спонтанно (с четырех – пяти лет), а сложные формы фонематического анализа появляются лишь в процессе специального обучения (с шести лет). [104] А. Н. Гвоздев также отмечает, что ребёнок самостоятельно не производит разложение слов на звуки, при том, что замечает разницу в отдельных звуках. [30]

Р. Е. Левина [106] выделила следующие стадии развития фонематического восприятия в процессе онтогенеза.

1 стадия – дофонематическая: ребенок не способен различать звуки родного языка. Ребенок до 6 месяцев реагирует на интонационную выразительность речи, а на 6-м месяце семантическую направленность получает ритм.

На 2 стадии ребенок способен дифференцировать звуки наиболее далекие по акустическим характеристикам. Нарушенное звукопроизношение соответствует неправильному восприятию речи.

На 3 стадии ребенок начинает слышать звуки в соответствии с их смыслоразличительными признаками. Однако с предметом соотносится и искаженное, неправильно произнесенное слово. При этом Р.Е.Левина отмечает сосуществование на этом этапе двух типов языкового фона: прежнего, косноязычного, и формирующегося нового.

На 4 стадии при восприятии речи у ребенка преобладают новые образы. Произносительная сторона речи почти соответствует норме, но при восприятии незнакомых слов отмечается недостаточность фонематического восприятия.

На 5 стадии происходит завершение процесса фонематического развития, когда и восприятие, и экспрессивная речь ребенка правильны. Самым существенным признаком перехода на эту ступень является то, что ребенок различает правильное и неправильное произношение.

6 этап – этап фонематического анализа наступает в процессе направленного обучения ребенка. [106]

Т.Б. Филичева, Н.А. Чевелева, Г.В. Чиркина определили ряд условий, необходимых для того, чтобы процесс речевого развития детей протекал своевременно и правильно. Так, ребенок должен: 1. быть психически и соматически здоровым;

2. иметь нормальные умственные способности;

3. иметь нормальный слух и зрение;

4. обладать достаточной психической активностью;

5. обладать потребностью в речевом общении;

6. иметь полноценное речевое окружение. [141, 144]

Таким образом, точное слуховое восприятие звуков стимулирует формирование правильного звукопроизношения, а правильная артикуляция, в свою очередь, способствует формированию и совершенствованию

фонематического восприятия (умение различать звуки на слух, выделять их из слова, определять последовательность и количество звуков в слове).

1.2. Определение, причины возникновения и классификация дислалии

Согласно онтогенезу фонетической стороны речи у большинства детей звукопроизношение к 5 годам достигает языковой нормы. Однако в силу индивидуальных, социальных и патологических особенностей развития у некоторых детей возрастные несовершенства произношения звуков не исчезают, а принимают характер стойкого дефекта, который носит название «дислалия».

Длительное время всякое отклонение в произношении звуков речи от общепринятых норм в данном языке называлось косноязычием. Уточнение понятия «косноязычие» возникает в медицинской литературе в первой половине 19 века.

Термин «дислалия» впервые был представлен в монографии профессора Вильнюсского университета врача И. Франка, вышедшей в 1827 г. Термин «дислалия» был введен в научное обращение как наименование всех видов произносительных расстройств различной этиологии.

Немного позже, в 30-е годы XIX столетия, швейцарский врач Р. Шультесс в своих работах рассматривает термин «дислалия» в более узком значении: он причисляет к дислалии произносительные нарушения, обусловленные анатомическими дефектами органов артикуляции. [74]

Также Р. Шультесс противопоставил дислалию алалии – полному отсутствию речи. [116]

Понимание дислалии, предложенное Р. Шультессом, можно встретить и в классификации Куссмауля, и в работах Гутцмана. В 1879 году А. Куссмауль называет косноязычием все недостатки речи, основанные на расстройствах в буквенном звукообразовании, и различает косноязычие врожденное и приобретенное. Последнее чаще бывает функциональным вследствие неправильного воспитания и недостаточного упражнения, но может быть и органическим. Органическое косноязычие, по его мнению, является одной из форм центрального, органически обусловленного нарушения речи. А. Куссмауль выделяет «дислалию вследствие недостаточного упражнения и дурного воспитания» [64, с. 8] и механическую дислалию, как расстройства звукообразования, обусловленные недостатками внешних органов артикуляции. [64, 96]

Польский исследователь В. Олтушевский относил к дислалиям случаи нарушения произношения, не обусловленные анатомическими дефектами речевого аппарата. Он выделял две формы: функциональную и обусловленную снижением слуха. Дефекты произношения, обусловленные патологическими изменениями в артикуляционном аппарате, В. Олтушевский обозначил термином «дисглоссия» и выделил четыре вида этого дефекта в зависимости от того, какой из артикуляционных отделов оказывается нарушенным: губную, язычную, зубную и нёбную. [54, 74]

в 80-х годах 19 века Коен пытался дать классификацию дислалий, указывая на наличие как механических, так и функциональных дислалий. Причины последних он видел в плохом воспитании и подражании неправильному звукопроизношению. [89]

В отечественной логопедии начала 20 века объем понятия «дислалия» не отличался от принятого в работах Куссмауля. [54] Так, Е.С.

Боришпольский в 1912 году выделил две группы расстройств речи: центральные и периферические. К центральным расстройствам были отнесены афазии органического происхождения и функциональные (заикание и лепетание). Дислалии, или алалии Е.С. Боришпольский относил к периферической группе. Среди дислалий (алалий) выделялись глухонмота, связанная с поражением уха, и косноязычие. По мнению Е.С. Боришпольского причинами косноязычия могут быть только несовершенства артикуляционного аппарата. [89]

Из отечественных ученых изучением дислалии занимались: Ф.Ф. Рау, М. Е. Хватцев, А. М. Смирнова, О. В. Правдина, С. С. Ляпидевский, Б. М. Гриншпун, И.И. Панченко, О.А. Токарева, Н.А. Чевелева, Т.Б. Филичева, М.Ф. Фомичева, Г.В. Чиркина и др.

В 30 – 50 годы понятие «дислалия» претерпевает существенные изменения.

М.Е. Хватцев рассматривал дислалию как одну из форм косноязычия. Он относил к дислалии те случаи косноязычия, которые были обусловлены поражением или расстройством периферических органов речи: костно – хряще – мышечных частей, или их периферической иннервацией, а также нарушения звукопроизношения, обусловленные периферической тугоухостью. Он полагал, что не менее 10% случаев дислалии обусловлены этим дефектом.[54, 74, 151]

М.Е. Хватцев выделил три формы дислалий:

- механическая – обусловлена грубыми анатомическими дефектами органов речи (расщелинами неба, короткой подъязычной уздечкой);
- органическая – обусловлена аномалиями челюстей, зубов, языка и неба, а также периферической тугоухостью, вызванной повреждением какихлибо отделов уха;

□ функциональная – обусловлена мышечной вялостью мягкого неба, недостаточной гибкостью кончика языка, слабостью выдыхаемой струи воздуха и т.д. [151]

О. В. Правдина дает иную трактовку дислалии: ею были исключены нарушения, обусловленные дефектами слуха. О.В. Правдина выделила только две формы дислалии: функциональную и механическую, при этом в состав последней была включена и ринолалия. [54, 74, 116]

В 60-е годы, в работах О.В. Правдиной, С. С. Ляпидевского, Р.И. Мартыновой, Б.М. Гриншпуна прослеживается тенденция к делению произносительных дефектов на дизартрию и дислалию и отказу от обобщающего термина «косноязычие». [34, 54, 89]

В эти же годы в работе С. С. Ляпидевского и Б. М. Гриншпуна ринолалия была выделена из механической дислалии в отдельное речевое нарушение. [54] Это определенным образом сузило понятие дислалии и сделало его более четким. В дальнейшем деление дислалии на функциональную и механическую стало разделяться большинством авторов. Однако в отдельных работах содержание словосочетания органическая или механическая дислалия не у всех авторов совпадало: Е. Ф. Рау и В. А. Синяк в своей работе термин «органическая дислалия» просто заменили термином «механическая дислалия» [121], а в работе Л. В. Мелеховой понятием «органическая дислалия» охватывались случаи произносительных нарушений, переходные между дизартрией и дислалией. В последнее время такие нарушения определяются как стертая дизартрия. [96]

В 1989 году в работе Б.М. Гриншпуна приводится определение термина «дислалия», которое используется для обозначения нарушений звукопроизношения и в настоящее время.

Дислалия (от греч. dis – приставка, означающая частичное расстройство, и lalio – говорю) – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата. [34]

Как отмечают М. Е. Хватцев [150], Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина [141, 144], М.Ф. Фомичева [147] при дислалии нарушение звукопроизношения может наблюдаться в отношении любого согласного звука, реже нарушаются гласные и согласные звуки, которые просты по способу артикуляции и не требуют дополнительных движений языка, например [м, н, т, п]. При этом в исследованиях О. А. Токаревой указывается, что при функциональных дислалиях нарушается произношение только согласных звуков. [140]

По данным О.В. Правдиной, чаще всего нарушается произношение трудных по артикуляции звуков: свистящих – 22 %, шипящих – 24%, р – 26 %, л – 10%, звонких – 4,5%, задненёбных – 1%, мягких – 1,5%. [116] М. Е. Хватцев объясняет такое соотношение биомеханикой данных звуков: для их произношения необходима наиболее дифференцированная работа нервно-мышечных звукопроизносительных аппаратов. [150]

Следует отметить, что по наблюдениям О.А. Токаревой, Т. Б. Филичевой, Н. А. Чевелевой, Г. В. Чиркиной и М.Ф. Фомичевой твердые и мягкие пары согласных звуков обычно нарушаются в одинаковой степени. Исключение составляют звуки [р] и [л]. Мягкие пары этих согласных чаще всего произносятся правильно, так как они более просты по способу артикуляции, чем их твердые варианты. [140, 141, 144, 147]

Подробная характеристика наиболее типичных звуковых нарушений, встречающихся в речи детей (замен, смешений, искажений, пропусков) представлена в работах Б. М. Гриншпуна [34], И. И. Панченко [110], О. А. Токаревой [140], Т. Б. Филичевой, Н. А. Чевелевой, Г. В. Чиркиной [141, 144], М.Ф. Фомичевой [147] и других авторов:

1. пропуск звука (элизия) – выражается в полном отсутствии звука в начале, в середине и в конце слова;
2. замена звуков (субституция) – выражается в замене другим звуком, имеющимся в фонетической системе языка. При этом могут встречаться замены звуков, одинаковых по способу образования или по месту артикуляции, различающихся по способу и месту образования, участию голоса и по признаку твердости и мягкости;
3. смешение звуков – выражается в том, что ребенок, умея произносить те или иные звуки, путает их в речи;
4. искажение звуков – выражается в произнесении ребенком вместо правильного, звука, которого нет в фонетической системе родного языка.

Данные звуковые нарушения с позиции лингвистического подхода подразделяются на две разноуровневые категории [34, 74]:

- замены и смешения звуков квалифицируются как фонологические (Ф. Ф. Рау [122]), или как фонематические (Р. Е. Левина [106]), или как сенсорные (О. А. Токарева [140]) дефекты, при которых нарушена система языка.
- искажения звуков квалифицируются как антропофонические (Ф. Ф. Рау [122]), или фонетические (Р. Е. Левина [106]), или моторные (О. А. Токарева [140]) дефекты, при которых нарушена произносительная норма речи.

Б.М. Гриншпун делает заключение, что такое разделение углубляет представление о структуре речевого дефекта и направляет внимание на поиски адекватных методов его преодоления. [34]

Б.М. Гриншпун [34], М.Ф. Фомичева [147], Л.С. Волкова, С.Н. Шаховская [74] указывают, что в логопедии различают три уровня неправильного произношения звуков, выделенные О. В. Правдиной [116]:

Первый уровень – полное неумение правильно произносить звук или группу звуков.

Второй уровень – неправильное произношение звуков в речи при правильном произношении их изолированно или в простых словах, т.е. звук не автоматизирован.

Третий уровень – недостаточное дифференцирование (смешение) двух близких по звучанию или по артикуляции звуков при умении правильно произносить оба звука в различных фонетических условиях.

Выделенные уровни соответствуют этапам усвоения звука в процессе развития ребенка, выявленным А. Н. Гвоздевым. Следовательно, ребенок с нарушенным произношением проходит те же этапы овладения звуком, что и ребенок в онтогенезе, но на каком-то из этапов он может задержаться или остановиться. [34, 74, 147]

М. А. Александровская [2], М. Е. Хватцев [150], О. В. Правдина [116], К. П. Беккер, М. Совак [11] и другие в своих работах отмечают, что в ряде случаев дети правильно употребляют звук изолированно, в слогах, в словах и в отраженной речи, а в самостоятельной речи произношение звука нарушается. Следовательно, произносительные умения детей зависят от степени сложности вида речевой деятельности.

В зависимости от различных критериев, учитывающихся при анализе произносительных нарушений, выделяют следующие виды и формы дислалий:

1. функциональная и механическая (органическая) – в зависимости от локализации нарушения;
2. сенсорная, моторная и сенсомоторная – в зависимости от нарушенного психофизиологического механизма речевой деятельности;

3. простая и сложная – по количеству звуков, нарушающихся при произнесении;
4. мономорфная и полиморфная – в зависимости от количества нарушенных артикуляционных групп звуков;
5. акустико-фонематическая, артикуляторно-фонематическая и артикуляторно-фонетическая – в соответствии с фонематическим или фонетическим характером звукопроизносительного нарушения;
6. сигматизм, ротацизм, ламбдацизм, каппацизм, гаммацизм, хитизм, йотацизм, дефекты озвончения и смягчения – в соответствии с характером нарушения произношения, относящегося к определенной группе звуков.

В зависимости от локализации нарушения и причин, обуславливающих дефект звукопроизношения М.Е. Хватцев [151, 152], О.В. Правдина [116], М.Ф. Фомичева [147], Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина [105, 141, 144] Л.С. Волкова, С.Н. Шаховская [74] выделяют две основные формы дислалии: функциональную и механическую (органическую).

В ряде случаев встречаются комбинированные функциональные и механические дефекты.

Функциональная дислалия – дефекты воспроизведения звуков речи (фонем) при отсутствии органических нарушений в строении артикуляционного аппарата. [74]

Как отмечают М.Е. Хватцев [151, 152], Р.И. Мартынова [89], О.В. Правдина [116], М.Ф. Фомичева [147], Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина [105, 141, 144] Л.С. Волкова, С.Н. Шаховская [74] причины возникновения функциональных дислалий делятся на биологические и социальные.

К биологическим причинам относятся общая физическая ослабленность ребенка вследствие соматических заболеваний, особенно в период активного формирования речи; задержка психического развития (минимальные мозговые дисфункции), нарушение фонематического восприятия, недостаточная подвижность органов артикуляционного аппарата: неумение ребенка удерживать язык в нужном положении или быстро переходить от одного движения к другому.

К социальным причинам относятся неправильная речь окружающих людей, многоязычная среда, национальные или диалектологические особенности речи окружающих; ограниченность социальных контактов; длительное нахождение ребенка среди сверстников, имеющих нарушения звукопроизношения; а также недостатки воспитания, когда родители культивируют несовершенное детское произношение либо взрослые совершенно не обращают внимание на звукопроизношение ребенка, не поправляют ошибки, не дают ему образец грамотной речи, задерживая тем самым у него развитие звукопроизношения.

При этом М.Е. Хватцев [151, 152] отмечает, что учет социальных причин особенно важен, так как даже при наличии биологических причин речевые нарушения преодолеваются под воздействием стимулов социального характера, компенсацией и обходными путями.

Механическая (органическая) дислалия – это нарушение звукопроизношения, обусловленное органическими дефектами периферического речевого аппарата, его костного и мышечного строения. [141, 144]

О.В. Правдина [116], М.Ф. Фомичева [147], Г.В. Чиркина [105, 157] в своих работах указывают, что дефекты периферического речевого аппарата могут быть врожденными и приобретенными.

К врожденным дефектам периферического речевого аппарата относятся:

- недостатки строения челюстно-зубной системы: неправильное строение зубов, зубного ряда, аномалии прикуса (прогнатия, прогения, боковой открытый прикус и т.д.);
- неправильное строение нёба: узкое, слишком высокое («готическое») нёбо или, наоборот, низкое, плоское;
- патологические изменения формы и размера языка: слишком маленький или слишком большой язык; уздечки языка: укороченная или слишком массивная уздечка;
- патологические изменения губ (толстые, массивные губы, узкие, тонкие, малоподвижные). [89, 105, 116, 141, 143, 144, 147, 157]

Приобретенные дефекты периферического речевого аппарата возникают в результате челюстно-лицевых травм из-за раздробления костей и разрыва мышц (с последующими рубцами). [116, 147]

При механических дислалиях обычно страдает группа звуков.

Однако, Н. Ю. Григоренко, С. А. Цыбульский [33] наблюдали случаи, когда у детей на фоне дефектов строения органов артикуляции отмечался нормальный акустический эффект при произношении звуков в речевом потоке. Ученые пришли к выводу, что четкое произношение является результатом приспособления подвижных органов артикуляции к имеющимся деформациям зубочелюстной системы и/или ротовой полости под контролем речевого слуха и выработки адаптационных артикуляционных позиций.

О способности детей с дефектами анатомического строения органов артикуляции к развитию адаптационного произношения также в своих

работах говорили М.А. Пискунов [112], Л.Н. Чучалина [160], Б.М. Гриншпун [34] и др.

Б.М. Гриншпун высказывал мнение, что факты нормального звукопроизношения при аномалиях языка и зубов свидетельствуют о высоких компенсаторных возможностях ребенка. [34]

В свою очередь, М.Ф. Фомичева отмечала, что врожденные дефекты периферического речевого аппарата чаще всего являются лишь предрасполагающими к появлению нарушений звукопроизношения. [147]

В зависимости от того, какой психофизиологический механизм речевой деятельности был нарушен К. П. Беккер, М. Совак [11], Б. М. Гриншпун [34], М. Зеeman [45], О. А. Токарева [140], М. Е. Хватцев [150, 151] и др. выделяют сенсорную, моторную и сенсомоторную дислалии.

При моторной форме дислалии отмечается моторная недостаточность артикуляционных движений, обусловленная нарушением речедвигательного анализатора, которая проявляется некоторой неловкостью и недифференцированностью артикуляционных движений.

При сенсорной форме дислалии у ребенка в виду недоразвития фонематического слуха наблюдаются нарушения в работе речеслухового анализатора и, как следствие, затруднения в дифференциации звуков, различающихся между собой тонкими акустическими признаками. В результате часто отмечаются смешения звуков при восприятии на слух и в собственном произношении.

Возникновение сенсомоторной дислалии обусловлено взаимосвязанностью и взаимообусловленностью деятельности речеслухового и речедвигательного анализаторов в акте речи. В этом случае имеют место искажения согласных звуков и замены одних согласных звуков другими, отличающимися по месту образования, по способу артикуляции и по акустическому характеру.

По количеству звуков, нарушающихся при произнесении, О. А. Токарева [140], Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина [105, 141, 144], М.Ф. Фомичева [147], Л.С. Волкова, С.Н. Шаховская [74] и др. подразделяют дислалии на:

- простые, при которых у детей нарушается произношение от одного до четырех звуков;
- сложные, при которых у детей нарушается произношение более пяти звуков родного языка.

В зависимости от количества нарушенных артикуляционных групп звуков Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина [105, 141, 144], М.Ф. Фомичева [147], Л.С. Волкова, С.Н. Шаховская [74] и др. выделяют:

- мономорфную дислалию – отмечаются нарушения звуков в пределах одной артикуляционной группы;
- полиморфную дислалию – отмечаются нарушения произношения звуков двух и более артикуляционных групп.

В зависимости от структуры речевого нарушения Б. М. Гриншпун [34] выделяет три формы дислалии: акустико-фонематическая, артикуляторно-фонематическая и артикуляторно-фонетическая.

При акустико-фонематической дислалии отмечается нарушение восприятия слов, которое обусловлено недостаточной дифференциацией звуков схожих по акустическим и / или артикуляторным характеристикам, ввиду несформированности фонематического слуха ребенка. [34, 74]

Артикуляторно-фонематическая дислалия обусловлена нарушением дифференциации звуков по их артикуляторным характеристикам. При данной форме дислалии, как отмечают Б. М. Гриншпун [34] и Л.С. Волкова, С.Н. Шаховская [74], возможны два основных варианта нарушений.

В первом случае в речи ребенка отмечаются множественные замены нужного звука на другой, более простой по артикуляции, звук, что объясняется не полностью сформированной артикуляторной базой.

При втором варианте в речи ребенка отмечаются смешения звуков близких по артикуляционным характеристикам ввиду нарушения их дифференциации (ребенок может одно и то же слово произносить то правильно, то неправильно), при этом артикуляторная база оказывается полностью сформированной.

Таким образом, при артикуляторно-фонематической дислалии у детей контроль собственной речи отсрочен по времени.

При артикуляторно-фонетической дислалии отмечаются нарушения (искажения) звукопроизношения, которые обусловлены неправильно сформированными артикуляторными позициями и / или недостаточной подвижностью органов артикуляционного аппарата. При этом неправильный звук по своему акустическому эффекту чаще всего близок к правильному. В редких случаях наблюдается тип искажения, при котором звук не опознается, то есть пропуск (элизия) звука. Б. М. Гриншпун замечает, что искаженный звук выполняет в речевой системе ребенка ту же фонематическую функцию, что и нормированный звук. [34, 74]

В соответствии с характером нарушения произношения, относящегося к определенной группе звуков, Б. М. Гриншпун [34] Ф. Ф. Рау, О. А. Токарева [140], М. Ф. Фомичева [147], Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина [105, 141, 144], Л.С. Волкова, С.Н. Шаховская [74] и др. выделяют следующие виды дислалии:

□ сигматизм – недостатки произношения свистящих ([с], [с'], [з], [з'], [ц]) и шипящих ([ш], [ж], [ч], [щ]) звуков. Один из самых распространенных видов нарушений произношения;

- ротацизм - недостатки произношения звуков [р] [р'];
- ламбдацизм – недостатки произношения звуков [л] [л'];
- каппацизм – недостатки произношения звуков [к] [к']; □ гаммацизм – недостатки произношения звуков [г] [г'];
- хитизм – недостатки произношения звуков [х] [х'];
- йотацизм – недостатки произношения звуков [й];
- дефекты озвончения – недостатки произношения, выражающиеся в замене звонких согласных звуков парными глухими;
- дефекты смягчения – недостатки произношения, выражающиеся в замене мягких согласных звуков парными твердыми.

Таким образом, для более точного описания симптоматики того или иного нарушения речи, а также определения соотношения фонематического и фонетического компонентов в структуре данного нарушения, необходимо проводить комплексное обследование ребенка с опорой на различные критерии и учитывать этиологию недоразвития речи ребенка.

1.3. Определение, причины возникновения и классификация дизартрии и стертой дизартрии

Достаточно распространенным тяжелым речевым нарушением среди детей дошкольного возраста является дизартрия.

Впервые дизартрические расстройства были описаны в 1853 году немецким неврологом Литтлем, как специфические нарушения речи, в

результате «поражения моторных систем организма» при детском церебральном параличе (ДЦП). [10, 16]

В 1879 году А. Куссмауль все расстройства артикуляции предложил называть дизартрическими расстройствами речи. А. Куссмауль впервые вводит термин «центральная дизартрия», которая, по мнению автора, может быть обусловлена органическими расстройствами или же иметь только функциональный характер. [63]

Как отмечает Е.Н. Винарская [25], в 1888 году Cowers подразделил дизартрические расстройства речи на церебральную и бульбарную формы.

В 1911 г. Н. Gutzmann, как и А. Куссмауль, рассматривает дизартрию как нарушение артикуляции и выделяет две ее формы: центральную и периферическую. [74]

М. С. Маргулис в 1926 году впервые четко отграничил дизартрию от моторной афазии, а также разделил дизартрию на бульбарную и церебральную формы. Автор предложил классификацию церебральных форм дизартрии на основе локализации очага поражения головного мозга. [25, 74]

Позже, в 1957 году, Grewell в своей классификации речевых расстройств рассматривает дизартрию как нарушение, обусловленное органическими поражениями центральной или периферической нервной системы. [25]

М.Е. Хватцев в 1959 году дизартрией называет косноязычие, вызванное органическим поражением или функциональным расстройством речевых аппаратов и их связей между собой в головном мозгу – от коры до ядер продолговатого мозга включительно. При этом М.Е. Хватцев уточняет, что дизартрия включает все формы косноязычия от искажения звуков, «смазанной речи» до гнусавого невнятного произношения, и выделяет органическую и функциональную дизартрию.

Тяжелые случаи дизартрии, когда артикуляция нарушена или почти невозможна (при бульбарном и псевдобульбарном параличе), М.Е. Хватцев называет анартрией. [153]

Важным этапом в развитии проблемы дизартрии является изучение локально-диагностического значения дизартрических расстройств речи в работах Л.Б. Литвака и Е.Н. Винарской.

В 1959 году Л.Б. Литвак под дизартрией понимает расстройства артикуляции, однако, в их число автором включаются и различные нарушения темпа, ритма и интонации речи. При избирательных поражениях двигательных черепно-мозговых нервов Л. Б. Литвак также упоминает о специфических особенностях невнятного произношения звуков. [70]

В свою очередь, Е. Н. Винарской в 1973 году впервые было проведено комплексное нейролингвистическое изучение дизартрии при очаговых поражениях мозга у взрослых больных. [74]

В дальнейшем более подробно стала изучаться дизартрия детского возраста с точки зрения клинического, нейролингвистического, психологопедагогического подходов. [16]

М. Б. Эйдиновой, Е. Н. Правдиной-Винарской; К. А. Семеновой; Е. М. Мастюковой; И. И. Панченко; Л. А. Даниловой и др. наиболее подробно описана дизартрия у детей с церебральным параличом. [107]

По данным М. Б. Эйдиновой и Е. Н. Правдиной-Винарской [169]; Е. М. Мастюковой, К. А. Семеновой, М. Я. Смуглина [131] в 65 – 85 % случаев дизартрия наблюдается при детском церебральном параличе. Авторы указывают на взаимосвязь между степенью тяжести и характером поражения двигательной сферы и частотой и тяжестью дизартрии. Также Е. М. Мастюковой [92, 94] отмечена взаимосвязь между тяжестью поражения верхних конечностей и поражением речевой мускулатуры.

На факт сочетания дизартрии с двигательными нарушениями различного характера и степени выраженности указывает и Л.С. Волкова [74], объясняя это анатомической и функциональной взаимосвязью в расположении и развитии двигательных и речевых зон и проводящих путей.

В переводе с латинского термин дизартрия означает расстройства членораздельной речи – произношения. О.В. Правдина указывает на иное понимание этого термина — как расстройства моторного компонента устной речи. При этом у всех больных дизартрией О.В. Правдина отмечает смазанную, невнятную артикуляцию звуков с наличием как полных, так и частичных замен, а также нарушения плавности, темпа и громкости речи. [116]

Позже, в 1977 году Е. М. Мастюкова, М. В. Ипполитова [92] дают более полное описание симптомов характерных для дизартрии. Отмечаются изменения тонуса артикуляционных мышц, ограничения объема их произвольных движений, координаторные расстройства, различного рода синкинезии, тремор, гиперкинезы языка, губ. Речь при дизартрии смазанная, нечеткая. Нередко нарушены темп речи, дыхание и голосообразование. Фраза формулируется нечетко, недоговаривается, беспорядочно расставляются смысловые ударения, нарушается расстановка пауз, характерны пропуски звуков, слов, бормотание к концу фразы. При этом авторы указывают, что нарушения лексико-грамматической стороны речи при дизартрии не являются ведущими. [92]

Таким образом, в настоящее время в логопедической теории и практике дизартрия определяется как нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата. Данное определение дизартрии представлено в работах Т.Б. Филичевой,

Н.А. Чевелевой, Г.В. Чиркиной [141, 144], В.И. Селиверстова [114], Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской [74], М.А. Поваляевой [113], , Г.В. Чиркиной [105] и др., оно включает описание симптоматики и механизма речевого нарушения.

Независимо от фактора и времени вредоносного воздействия, причиной дизартрии является органическое нарушение нервной системы, приводящее к двигательным расстройствам. Различные неблагоприятные факторы, перечисленные в работах А. Куссмауля [63], М.Е. Хватцева [153], Т.Б. Филичевой, Н.А. Чевелевой, Г.В. Чиркиной [105, 141, 144], Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской [74], Л.И. Беляковой, Н.Н. Волосковой [16], А.И. Ахметзяновой, Н.И. Болтаковой, И.А. Нигматуллиной [7] и др., можно разделить на пренатальные, натальные и постнатальные причины дизартрии.

Пренатальные причины:

- инфекционные или вирусные заболевания матери во время беременности (краснуха, герпес, грипп, стрептококки, токсоплазмоз). Под воздействием инфекции в разные периоды развития плода могут развиваться пороки развития мозга;
- токсикозы беременных;
- патология развития плаценты;
- эндокринные или соматические заболевания матери во время беременности (гипертония, пороки сердца, анемия, сахарный диабет);
- прием беременными лекарственных препаратов, алкоголя, химические факторы;
- несовместимость по резус-фактору.

Натальные причины:

- асфиксия в родах. Затрудненное снабжение плода кислородом во время родов может возникнуть вследствие обвития плода пуповиной, неправильного предлежания плода. Кислородное голодание плода может привести к кровоизлияниям и нарушениям снабжения тканей мозга кислородом, гибели нервных клеток;
- травматический фактор во время родов: сжатие головы в родовых путях, неправильное предлежание плода, долгие, затяжные роды или стремительные, быстрые роды, крупный плод. Родовая травма приводит к кровоизлияниям, деформациям черепа и гибели нервных клеток.

Постнатальные причины:

- инфекционные заболевания мозга или мозговых оболочек (менингиты, энцефалиты);
- опухоли головного мозга, инсульты, черепно-мозговые травмы. [7, 16, 63, 74, 105, 141, 144, 153]

По данным Л.С. Волковой [74] у детей дизартрия часто сочетается с другими нарушениями речи (задержкой речевого развития, общим недоразвитием речи, моторной алалией, заиканием). Автор объясняет это тем, что при воздействии вредоносного фактора на развивающийся мозг повреждение имеет более распространенный характер, и тем, что поражение одних мозговых структур, необходимых для управления двигательным механизмом речи, может способствовать задержке созревания и нарушать функционирование других. Также Л.С. Волкова [74] обращает внимание, что в период интенсивного развития у детей поражение отдельных звеньев речевой функциональной системы может приводить к сложной дезинтеграции всего речевого развития в целом.

Согласно исследованиям Г.В. Чиркиной [105] у детей с дизартрией могут отмечаться недостаточное накопление словаря и отклонения в

грамматическом развитии. При этом пассивный словарный запас у детей с дизартрией значительно шире активного, но часто из-за трудностей произношения дети отказываются от использования многих слов в активной речи. [105]

Е. М. Мастюкова, К. А. Семенова, М. Я. Смуглин [131], М.В. Ипполитова [93], Л.С. Волкова, С.Н. Шаховская [74], Белякова Л. И., Волоскова Н. Н. [16] отмечают, что для всех форм дизартрии можно выделить характерные общие клинические симптомы (синдромы).

По мнению Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской [74] первым важным синдромом дизартрии является синдром артикуляционных расстройств, который зависит от тяжести и локализации поражения мозга и имеет свои специфические особенности при различных формах дизартрии. [74]

Рассмотрим симптомы синдрома артикуляционных расстройств.

1. Нарушения тонуса артикуляционной мускулатуры – Е. М. Мастюкова, К. А. Семенова, М. Я. Смуглин [131], М.В. Ипполитова [93], Л.И. Белякова, Н. Н. Волоскова [16] выделяют следующие его формы: спастичность, гипотония и дистония.

Спастичность артикуляционных мышц – это постоянное повышение тонуса в мускулатуре языка, губ, в лицевой и шейной мускулатуре, но может быть более локальным и распространяться только на отдельные мышцы языка.

При выраженном повышении мышечного тонуса язык напряжен, оттянут кзади, спинка его изогнута, приподнята вверх, кончик языка не выражен, что приводит к палатализации (смягчению согласных звуков) и, как следствие, к фонематическому недоразвитию.

Повышение мышечного тонуса в круговой мышце рта приводит к спастическому напряжению губ, плотному смыканию рта. Активные движения при этом ограничены. Повышение мышечного тонуса в мышцах

лица и шеи еще более ограничивает произвольные движения в артикуляционном аппарате. [7, 74, 93, 131]

При гипотонии язык тонкий, распластаный в полости рта, губы вялые, отсутствует возможность их полного смыкания, в результате рот обычно полуоткрыт, выражена гиперсаливация.

Как отмечают Е. М. Мастюкова, К. А. Семенова, М. Я. Смуглин [131], М.В. Ипполитова [93], Л.С. Волкова [74], Г.В. Чиркина [105] гипотония мышц мягкого нёба препятствует достаточному движению нёбной занавески вверх и прижатию ее к задней стенке зева, что приводит к назализации.

При дистонии (меняющийся характер мышечного тонуса): в покое отмечается низкий мышечный тонус в артикуляционном аппарате, при попытках речи — тонус резко нарастает. В итоге отмечается непостоянство искажений, замен и пропусков звуков.

2. Ограниченная подвижность артикуляционных мышц – параличи, парезы, которые обусловлены нарушением иннервации мышц и усиливаются нарушениями мышечного тонуса, наличием непроизвольных движений (гиперкинезов, тремора) и дискоординационными расстройствами. [7]

Е. М. Мастюкова, К. А. Семенова, М. Я. Смуглин [131], М.В. Ипполитова [93], Л.С. Волкова [74], Г.В. Чиркина [105], Т.Б. Филичева, Н.А. Чевелева [141, 144] отмечают, что при недостаточной подвижности артикуляционных мышц нарушается произношение как гласных (особенно лабиализованных звуков [о, у]), так и согласных звуков.

При парезах мышц мягкого нёба голос приобретает носовой оттенок, искажается тембр речи, недостаточно выражены шумовые признаки звуков речи.

3. Дискоординационные расстройства являются характерным признаком нарушений артикуляционной моторики при дизартрии. Они проявляются в нарушении точности и соразмерности артикуляционных движений, в виде: гиперметрии (чрезмерная амплитуда и нарушения точности и соразмерности артикуляционных движений) и гипометрии (уменьшения объема и амплитуды артикуляционных движений). [7] Особенно нарушается выполнение тонких дифференцированных движений. [74, 93, 131]

При дискоординационных расстройствах нарушается произношение не изолированных звуков, а автоматизированных звуков в слогах, словах и предложениях, что приводит к замедленной и сканированной речи.

4. Патология реципрокной иннервации мышц-антагонистов. Как отмечают в своей работе А.И. Ахметзянова, Н.И. Болтакова, И.А. Нигматуллина [7] нарушения звукопроизношения являются следствием недостаточной реципрокной (взаимосочетанной) иннервации мышцаантагонистов, так как мышцы-антагонисты обеспечивают точность и дифференцированность любого движения за счет того, что одни мышцы напрягаются, сокращаются, а другие в это же время расслабляются.

5. Наличие насильственных движений (гиперкинезов) и оральных синкинезий в артикуляционной мускулатуре. Согласно исследованиям Е. М. Мастюковой, К. А. Семеновой, М. Я. Смуглина [131], М.В. Ипполитовой [93], Л.С. Волковой [74], Г.В. Чиркиной [105] к гиперкинезам относятся подергивания языка, губ иногда в сочетании с гримасами лица, мелкое дрожание (тремор) языка, в тяжелых случаях — непроизвольное открывание рта, выбрасывание языка вперед, насильственная улыбка. Насильственные движения наблюдаются в покое и в статических артикуляционных позах. Синкинезии возникают только при произвольных движениях и могут наблюдаться не только в речевой мускулатуре, но и в

скелетной. При этом речь становится малопонятной, а в тяжелых случаях — почти невозможной.

б. Нарушение проприоцептивной афферентной импульсации от мышц артикуляционного аппарата. Дети слабо ощущают положение языка, губ, направление их движений, что задерживает развитие артикуляционного праксиса.

Исследования орального праксиса, проведенные А. Р. Лурия совместно с Е. Н. Правдиной-Винарской [85] позволили выделить два типа диспраксических расстройств: кинестетический и кинетический.

В работах К. А. Семеновой [130], Л.С. Волковой [74] также обращается внимание, что в результате нарушения четкости кинестетических ощущений при дизартрии ребенок не чувствует состояние напряженности или расслабленности мышц речевого аппарата, насильственные непроизвольные движения или неправильные артикуляционные уклады.

В работах Т.Б. Филичевой, Н.А. Чевелевой, Г.В. Чиркиной [141, 144], Л.С. Волковой [74] отмечается, что в случае кинестетического типа диспраксических расстройств при дизартрии страдает произношение не только согласных, но и гласных звуков, в следствии нарушения временной организации артикуляционных укладов. При этом артикуляция гласных удлиняется и приближается к нейтральному «а». Отмечаются замены щелевых звуков на смычные (з-д), вставки звуков или призвуков, упрощение аффрикат и пропуски звуков в слогах со стечением согласных, преобладание межзубного и бокового произношения свистящих и шипящих звуков, оглушение звонких согласных, смягчение твердых.

О.Г. Приходько [117], характеризуя нарушения звукопроизношения у детей с дизартрией, отмечает стойкий характер нарушений, трудность их преодоления, быструю утрату навыка при несвоевременном окончании

логопедических занятий. Выделяет два типа нарушений звукопроизношения при дизартрии: антропофонические и фонологические. При первом типе происходит искажение звука, при втором – отсутствие звука, замена, недифференцированное произношение, смешение.

Г.В. Чиркина [105] отмечает, что отсутствие четкого кинестетического образа звука у детей с дизартрией является причиной заметных трудностей при овладении звуковым анализом, что в дальнейшем может привести к нарушениям письменной речи.

В работах К.А. Семеновой [130] и Л.С. Волковой [74] указывается, что кинестетические нарушения приводят также к недостаточной «упроченности слов», следовательно, в момент выбора нарушается вероятность всплывания точного слова, что приводит к трудностям построения развернутого высказывания. [74]

В работе К.А. Семеновой говорится, что недостаточность развития «кинетической мелодии» (А.Р. Лурия [85]) обуславливает крайне трудное переключение в более тяжелых случаях от фонемы к фонеме, от слога к слогу, в более легких — от слова к слову, что препятствует развитию плавной речи. [130]

7. Нарушения рефлексов орального автоматизма.

А.И. Ахметзянова, Н.И. Болтакова, И.А. Нигматуллина [7] указывают, что нарушения рефлексов орального автоматизма проявляются в сохранении и появлении ранних рефлексов (сосательный, хоботковый, ладонно-ротовой и др.). Отмечается либо чрезмерное обострение оральных рефлексов (рвотного, глоточного), либо их недостаточность и даже отсутствие. Их наличие, по мнению Л.С. Волковой [74], затрудняет произвольные ротовые движения.

Вторым синдромом дизартрии, по мнению Е. М. Мастюковой, К. А. Семеновой, М. Я. Смуглина [131], М.В. Ипполитовой [93], Л.С. Волковой

[74], Беляковой Л. И., Волосковой Н. Н. [16], А.И. Ахметзяновой, Н.И. Болтаковой, И.А. Нигматуллиной [7] является синдром нарушений речевого дыхания, обусловленный недостаточной иннервацией дыхательной мускулатуры. При этом данные авторы отмечают, что у детей с дизартрией ритм дыхания не регулируется смысловым содержанием речи, поэтому дыхание в момент речи учащенное: между слогами или словами ребенок делает поверхностные судорожные вдохи, а речевой выдох происходит обычно через нос. По причине рассогласованности в работе мышц, осуществляющих вдох и выдох, дети с дизартрией часто говорят на вдохе. Таким образом, отмечается нарушение координации между дыханием, фонацией и артикуляцией.

К третьему синдрому дизартрии относятся нарушения голоса и мелодико-интонационные расстройства. [7, 16, 74]

К. А. Семенова, Е. М. Мастюкова, М. Я. Смуглин [131], Л. О. Бадалян [8] обратили внимание, что все движения гортани связаны с движениями языка, нёба и нижней челюсти, поэтому нарушения голоса и артикуляционные расстройства чаще всего выступают вместе. Авторы отмечают, что минимальная сила голоса объясняется нарушением вибрация голосовых связок в виду слабости и паретичности мышц голосового аппарата. При этом спастическое сокращение мышц голосового аппарата может привести к невозможности вибрации голосовых связок. Следствием патологического состояния мышц голосового аппарата являются нарушения произношения звонких согласных и замены их на глухие. [131]

По данным Е. М. Мастюковой, М. В. Ипполитовой [93], а также в работах Л.С. Волковой [74], Беляковой Л. И., Волосковой Н. Н. [16], Р.И. Лалаевой, Н.В. Серебряковой [66] отмечено, что нарушения голоса при дизартрии крайне разнообразны. Наиболее часто отмечаются недостаточная сила голоса (голос слабый, тихий, иссякающий в процессе речи), нарушения

тембра голоса (глухой, назализованный, хриплый, монотонный, сдавленный, тусклый; может быть гортанным, форсированным, напряженным, прерывистым и т. д.), слабая выраженность или отсутствие голосовых модуляций (ребенок не может произвольно менять высоту тона).

Как замечено Беляковой Л. И., Волосковой Н. Н. [16] у детей с дизартрией нередко нарушен темп речи, который может быть как ускоренным, так и замедленным.

В работе Беляковой Л. И., Волосковой Н. Н. [16] говорится, что одна из первых классификаций дизартрий была представлена Е.М. Мастюковой (1966). Она систематизировала дизартрию у детей в зависимости от клинического фона, на котором выявляется речевая патология. Данная систематизация дает представление о том, что у детей с дизартрией может наблюдаться большой диапазон их психического состояния: от олигофрении до нормы.

Классификация дизартрии по степени понятности речи для окружающих была предложена французским невропатологом G. Tardier, применительно к детям с церебральным параличом. [16, 74, 93] В соответствии с этой классификацией выделяют четыре степени тяжести проявления речевых нарушений.

Классификация на основе синдромологического подхода применительно к детям с ДЦП предложена Л.А. Щербаковой, И.И. Панченко. [108, 109]

В основе этой классификации лежит выделение различных неврологических симптомов и синдромов. Такой подход обусловлен тем, что у детей очаг поражения головного мозга не всегда четко локализован, имеет диффузный и более распространенный характер, что проявляется в преобладании смешанных и осложненных форм дизартрии. Как отмечает

Л.С. Волкова [74], дана классификация не может быть проведена логопедом, а требует обязательного заключения невропатолога о характере двигательного расстройства.

В основу современной классификации дизартрий положен принцип локализации поражения с учетом неврологического подхода (Е.Н. Винарская [24], О.В. Правдина [116]). В соответствии с этой классификацией выделяют пять форм дизартрии:

1. бульбарная;
2. псевдобульбарная;
3. экстрапирамидная (или подкорковая);
4. мозжечковая;
5. корковая.

Данная классификация представлена также в работах М.Б. Эйдиновой, Е.Н. Правдиной-Винарской [169], К.А. Семеновой [130], К.А. Семеновой, Е.М. Мастюковой, М.Я. Смуглина [131], К.П. Беккер, М. Совак [11], Т.Б. Филичевой, Н.А. Чевелевой, Г.В. Чиркиной [141, 144], Л.С. Волковой [74], Л.М. Шипицыной, И.И. Мамайчук [167] и др. Все авторы отмечают своеобразие форм дизартрии у детей по сравнению с дизартрией у взрослых. Никто из исследователей детской дизартрии не выделяет бульбарную форму, так как нарушение состояния продолговатого мозга в этом случае не совместимо с жизнью новорожденного.

Наиболее распространенной формой дизартрии у детей является псевдобульбарная дизартрия, которая возникает при двустороннем (иногда неравномерно латерализованном) поражении центральных двигательных корково-ядерных путей, идущих от коры головного мозга к ядрам черепных нервов, находящихся в продолговатом мозге. Органическое поражение мозга возникает в результате энцефалита, родовых травм, опухолей,

интоксикации и др., перенесенного во внутриутробном периоде, во время родов или в раннем детстве.

К.А. Семенова, Е.М. Мастюкова, М.Я. Смуглин [131] выделили спастическую и паретическую формы псевдобульбарной дизартрии. Данные формы дизартрии характерны для детской практики и чаще всего встречаются у детей с ДЦП.

Для спастической формы псевдобульбарной дизартрии характерно выраженное повышение мышечного тонуса по типу спастичности в артикуляционной и фонационной мускулатуре. Язык при псевдобульбарной дизартрии напряжен, ототтянут кзади, спинка его закруглена и закрывает вход в глотку, кончик языка не выражен. Подвижность мышц, вследствие напряженного состояния, резко ограничена. Особенно нарушены самые тонкие, наиболее дифференцированные произвольные артикуляционные движения. Затруднено произвольное расслабление, попытка движения вызывает повышение мышечного тонуса в мышцах. Особенностью этой формы дизартрии является наличие синкинезий (не только речевого аппарата, но и всего тела), а также невозможность выполнения произвольных движений при полной сохранности рефлекторных. Возможны автоматизмы в виде насильственного смеха и плача.

При паретической форме псевдобульбарной дизартрии наблюдается парез речевых мышц со значительной слабостью и ограничением движений, незначительное повышение тонуса в отдельных мышечных группах и понижение в других группах, преобладание паретического компонента над спастическим. Отмечается трудность в удержании артикуляционной позы, истощаемость движений, рот приоткрыт, жевание ослаблено. Паретичность лицевых мышц может проявляться в виде амимии. При данной форме дизартрии нарушается произношение гласных звуков (особенно и, э) и согласных, особенно переднеязычных верхнего подъема языка (Р, Л, Ш, Ж,

Ц, Ч). Мягкие согласные более сохранны. Смычные артикулируются как щелевые, а щелевые со сложной формой щели превращаются в плоскощелевые. При псевдобульбарной дизартрии наблюдается носовой оттенок гласных заднего ряда и твердых соноров. Речь при паретической форме псевдобульбарной дизартрии медленная, афоничная, затухающая, плохо модулированная, выражено слюнотечение. Гиперсаливация обусловлена ограничением движений мышц языка, нарушением произвольного глотания, парезом губных мышц, а также снижением чувствительности в артикуляционном аппарате.

При обеих формах отмечается ограничение активных движений мышц артикуляционного аппарата, в тяжелых случаях — почти полное их отсутствие. Рефлексы (глочный, нёбный, ниже-челюстной) выражены и усилены, в ряде случаев отмечается сохранение рефлексов орального автоматизма. Часто имеет место сочетание спастической и паретической форм, т. е. наличие спастико-паретического синдрома.

В работах Филичевой, Н.А. Чевелевой, Г.В. Чиркиной [141, 144], Л. И. Беяковой, Н. Н. Волосковой [16] говорится, что дизартрия у детей классифицируется также по степени ее тяжести. Условно выделяются три степени псевдобульбарной дизартрии: легкая (стертая дизартрия), средняя и тяжелая (анартрия).

Таким образом, независимо от фактора и времени неблагоприятного воздействия, причиной дизартрии является органическое нарушение нервной системы, приводящее к двигательным расстройствам. У детей недоразвитие или поражение отдельных компонентов речевой функциональной системы может привести к нарушению речевого, интеллектуального и эмоционального развития ребенка, а также негативно отразиться на его социализации и успешности обучения в школе.

Большинство авторов (О.А. Токарева [139], Л.В. Мелехова [96, 97, 98], И.И. Панченко [108, 110], Е.Ф. Собонович, А.Ф. Чернопольская [135], Р.И. Мартынова [89, 90, 91], Л.В. Лопатина, Н.В. Серебрякова [75, 78, 81], В.А. Киселева [53], Э.Я. Сизова [134], Е.Н. Винарская [24, 25], Е.Ф. Архипова [4, 5, 6] и др.) отмечают, что у детей встречаются недостатки произношения, которые по своему внешнему проявлению напоминают дислалию, но имеют длительную и сложную динамику устранения. По мнению О.А. Токаревой [139] у этих детей произношение большинства изолированных звуков не нарушено, но в речи данные звуки слабо автоматизированы и недостаточно дифференцированы. Подобные речевые нарушения относятся к легкой степени проявления дизартрии.

В 1969 году О.А. Токарева [139] легкую степень проявления псевдобульбарной дизартрии предложила называть «стертой дизартрией». Описание «стертой формы детской псевдобульбарной дизартрии» также встречается в работе О.В. Правдиной [116].

Термин «стертая дизартрия» является очень распространенным в специальной литературе. Он встречается в работах Е.Ф. Собонович, А.Ф. Чернопольской [135], Г. В. Гуровец, С. И. Маевская [35], Э. Я. Сизова [134], Л.В. Лопатиной, Н.В. Серебряковой [76, 78, 79, 80, 81, 82, 83], Л.С. Волковой [27], А.Н. Корнева [58], М.П. Давыдовой [36], Е.Ф. Архиповой [4, 6] и др.

По определению Л.В. Лопатиной [79, 81] стертая дизартрия является речевой патологией, которая проявляется в расстройствах фонетического и просодического компонентов речевой функциональной системы и возникает вследствие невыраженного микроорганического поражения головного мозга.

Для обозначения легкой степени дизартрии в разные годы использовались различные термины. Так, Р.И. Мартынова [90] в 1975 году использует термин «легкая форма дизартрии»; Л. В. Мелехова [96, 97, 98] – «органическая или центральная дислалия», «осложненная дислалия». В работах Л.В. Лопатиной [79] (1986 год), И.Б. Карелиной [48] и В. А. Киселевой [53] (2007 год) встречается термин «стертая форма дизартрии». Е.Н. Винарская [24, 25] подобные речевые нарушения обозначает термином «апраксическая дизартрия», Н. Ю. Григоренко, С. А. Цыбульский [33] – «дизартрия легкой степени выраженности».

М.П. Давыдова [36] все нарушения звукопроизношения, вызванные избирательной неполноценностью некоторых моторных функций речедвигательного аппарата, а также слабостью и вялостью артикуляционной мускулатуры относит к «легкой стертой псевдобульбарной дизартрии». Основным признаком нарушения произношения М.П. Давыдова [36] считает смазанность, размытость, нечеткость артикуляции, которые особенно резко обнаруживаются в потоке речи.

А.Н. Корнев [56, 57] определяет стертую дизартрию как «избирательные, негрубые, но довольно стойкие нарушения звукопроизношения, которые сопровождаются легкими, своеобразными нарушениями иннервационной недостаточности артикуляционных органов. При этом нет тотальных полиморфных нарушений звукопроизношения, как при дизартрии у детей с детскими церебральными параличами, нет нарушений тонуса и сократительной способности артикуляционных мышц». [56, с. 58 – 59] По мнению А.Н. Корнева [56, 57], легкая степень дизартрии занимает промежуточное положение между дислалией и дизартрией, а термин «стертая дизартрия» не отражает клиническую и нозологическую самостоятельность данного речевого нарушения. А.Н.

Корнев [56, 57] предлагает использовать термин, отражающий ведущий механизм расстройства, который используется в международной практике – «синдром артикуляционной диспраксии» (Developmental apraxia of speech – DAS). Б.Ж. Монделаерс [101] отмечает, что в зарубежной литературе DAS определяют как нарушение контроля за речевыми движениями.

Как отмечает А.Н. Корнев [56], в отечественной логопедии термин «синдром артикуляционной диспраксии» используется мало и обычно применяется для определения механизмов некоторых форм речевого недоразвития.

В 2000 году И.Б. Карелиной [49] введена новая терминология, согласно которой легкая степень дизартрии трактуется как минимальные дизартрические расстройства (МДР). Данной терминологии придерживаются в своих работах Г. В. Чиркина [156], С. Г. Щербак [168] и др.

Л. В. Мелехова [98], О.В. Правдина [116], М.П. Давыдова [36] описали движения органов артикуляционного аппарата, характерные для детей со «стертой дизартрией». Так, в одних случаях отмечаются вялость, слабость, приблизительность движений, а в других – различные положения языка в полости рта в положении покоя, неточность движений, обусловленные гиперкинезами. Среди двигательных расстройств Р. А. Беловой Давид [13] называются также быстрая утомляемость, трудность нахождения и удержания определенных положений губ, языка, необходимых для произношения звуков. В работах Л.В. Лопатиной [79, 80], Е.Ф. Архиповой [4, 6] отмечаются трудности переключения с одного на другое движение, сниженный объем движений губ и языка, повышение саливации, отклонение языка (девиация). Данные факты позволили Л. В. Мелеховой [98], Л.В. Лопатиной [79, 80] сделать вывод о наличии мышечной и

иннервационной недостаточности в органах артикуляции. При этом М. П. Давыдова [36] подчеркивает, что встречаются дети, у которых при однократном обследовании наличие неврологической симптоматики не отмечается, что указывает на необходимость проводить динамическое наблюдение в процессе коррекционной работы.

В свою очередь, М. Б. Эйдинова и Е. Н. Правдина-Винарская [169], И.И. Панченко [109] также высказали мнение, что в случаях «стертой дизартрии» в основе нарушений артикуляции могут лежать очень легкие остаточные нарушения иннервации, выявляющиеся только при углубленном специальном исследовании движений органов артикуляции.

Обследования состояния артикуляционной моторики, проведенные Е.Ф. Архиповой [6] показали, что дети со стертой дизартрией могут выполнять все артикуляционные уклады, однако, при увеличении нагрузки качество артикуляционных движений резко ухудшается, что и приводит во время речи к искажению и смешению звуков, а также к нарушению просодической стороны речи.

По данным М.Б. Эйдиновой и Е.Н. Правдиной-Винарской [169], недостаточность иннервации мышц речевого аппарата приводит не только к нарушению произношения отдельных звуков, но и затрудняет процесс переключения с одного артикуляционного уклада на другой, что нарушает плавность речи ребенка.

Е.Ф. Собонович, А.Ф. Чернопольская [135]; Г.В. Гуровец, С.И. Маевская [35] изучив особенности общей моторики у детей при стертой дизартрии, отмечают наличие активных движений в полном объеме. При этом авторы уточняют, что эти движения являются неловкими, замедленными, не дифференцированными.

В исследованиях Р.И. Мартыновой [90]; Л.В. Лопатиной [78, 80, 81] говорится о наличии ограничений в движении как верхних, так и нижних

конечностей, преимущественно с одной стороны, что указывает на односторонние паретические явления в конечностях. В результате отмечается снижение силы в мышцах на стороне пореза при одновременном небольшом повышении тонуса. Наиболее ярко моторная недостаточность у детей со стертой дизартрией проявляется в случае необходимости выполнения движений, требующих точности и четкости выполнения.

По данным Л.В. Лопатиной [80], ручная моторика страдает в большей степени, чем общая, особенно при необходимости сделать тонкие дифференцированные движения пальцами рук.

Таким образом, исследования психомоторики детей со стертой дизартрией, проведенные Л.В. Лопатиной [78, 80, 81] показали, что у данной категории детей отмечаются нарушения функции статического равновесия, динамической координации, нарушения темпа и ловкости движений; снижение двигательной памяти.

По наблюдениям Л.Т. Журбы и Е.М. Мастюковой [41], Л.В. Лопатиной [78, 79, 80], Е.Ф. Архиповой [4, 6], И.Б. Карелиной [48, 49] «менее выраженные формы дизартрии» могут наблюдаться у детей без явных двигательных расстройств, перенесших легкую асфиксию или родовую травму, или имеющих в анамнезе влияние других не резко выраженных неблагоприятных воздействий во время внутриутробного развития или в период родов, низкий оценочный балл по шкале Апгар. В этих случаях «легкие формы дизартрии» сочетаются с другими признаками минимальной мозговой дисфункции.

Г.В. Гуровец, и С.И. Маевская [35] исследовали неврологический статус детей со стертой дизартрией и выявили определенные отклонения в нервной системе, проявляющиеся в форме неярко выраженного, преимущественно одностороннего, гемисиндрома. Л.В. Лопатина [78, 80, 81] отмечает у детей со стертой дизартрией наличие сглаженности

носогубных складок, асимметричность губ, трудности подъема бровей, зажмуривания глаз, которые свидетельствуют о нарушении иннервации мимической мускулатуры. При этом паретические симптомы, которые наблюдаются в общей, артикуляционной и мимической мускулатуре, авторы связывают с нарушением иннервации лицевого, языкоглоточного или подъязычного нервов.

Исследования Р.И. Мартыновой [89, 90, 91], Л. А. Чистович, В. А. Кожевниковой [159], И. И. Панченко [108, 109, 110], Л.В. Лопатиной, Н. В. Серебряковой [75, 76, 77, 78, 79, 81], В.А. Киселевой [53], Е.Ф. Архиповой [4, 6] доказывают, что у всех детей со стертой дизартрией отмечаются разнообразные просодические расстройства (темпа, ритма, голоса, интонирования, речевого и неречевого дыхания).

Л. И. Белякова, Н. Н. Волоскова [16] отмечают, что для детей данной категории характерным является отсутствие завершенности интонационного высказывания, слияние отдельных фраз, некоторая темпоритмическая дезорганизация устной речи.

По наблюдениям Л. А. Чистович, В. А. Кожевникова [159], Р. И. Мартыновой [89, 90, 91], Л.В. Лопатиной, Н. В. Серебряковой [75, 76, 78, 79, 81, 84] у одних детей со стертой дизартрией темп речи ускоренный, у других – замедленный. Как отмечает Е.Ф. Архипова [4, 6], у большинства детей темп речи ускорен, что делает речь неотчетливой.

По данным Л. А. Чистович, В. А. Кожевниковой [159], в результате нарушения темпа речи у детей со стертой дизартрией значительно изменяется длительность звучания согласного и гласного внутри слога. Так, при быстром темпе гласные могут полностью исчезнуть, а при замедленном происходит удлинение слога за счет растягивания гласного. Таким образом, речь становится либо излишне торопливой, либо неестественно растянутой.

Также в работах Л. А. Чистович [159], К. А. Семеновой, Е. М. Мастюковой [133] обращается внимание на нерегулярный, изменчивый ритм речи у детей со стертой формой дизартрии, при этом ударение в словах расставляется неправильно.

В статье Л.В. Лопатиной [76] отмечается, что у детей со стертой дизартрией существенно страдает голос: он становится хриплым, напряженным или, наоборот, очень тихим, слабым, также нарушается тембр речи и отмечается назальный оттенок произношения. Е.Ф. Архипова [4, 6] отмечает, что у некоторых детей со стертой дизартрией укорочен речевой выдох, в результате они говорят на вдохе, и речь становится захлебывающейся. В других случаях речевой выдох ослаблен, что приводит к угасанию голоса к концу фразы и, в целом, к монотонной речи.

Л.В. Лопатина [76] указывает, что характер нарушений тембральных качеств голоса у детей зависит от формы стертой дизартрии. Так, у детей со стертой псевдобульбарной дизартрией (с преобладанием паретического компонента) нарушения тембра проявлялись в виде «придыхательности», «сдавленности» и «назальности». У детей со стертой псевдобульбарной дизартрией (с преобладанием спастического компонента) отмечались хриплость и приглушенность. При стертой экстрапирамидной дизартрии у детей появлялся «гортанно-резкий» оттенок звучания, а при стертой корковой дизартрии – «звонкость» голоса. При смешанной стертой дизартрии наблюдались разнообразные комбинации в состоянии тембральных качеств голоса.

К. А. Семенова, Е. М. Мастюкова, Е.М. Смуглин [133], К.А. Семенова [132], И. И. Панченко [108, 109, 110], Е. М. Мастюкова и М. В. Ипполитов [93], Л. В. Лопатина, Н. В. Серебрякова [77, 84] отмечают, что тембр голоса у детей со стертой дизартрией тесным образом связан с эмоциональным состоянием ребенка. Так, у детей с преобладанием процесса торможения

тембр низкий, голос тихий или приглушенный, немодулированный, а у детей с преобладанием процесса возбуждения тембр высокий, голос громкий, крикливый, срывающийся на фальцет.

В работах К. А. Семеновой, Е. М. Мастюковой, Е.М. Смуглина [133], К.А. Семеновой [132], И. И. Панченко [108, 109, 110], Е. М. Мастюковой и М. В. Ипполитовой [93], Л. В. Лопатиной, Н. В. Серебряковой [77, 84] и др. указывается, что фонетическая сторона речи представляет собой тесное взаимодействие основных ее компонентов: звукопроизношения и просодики. У детей со стертой дизартрией нарушения просодики влияют на разборчивость, внятность, эмоциональный рисунок речи, в большинстве случаев затруднено воспроизведение основных видов интонации: вопросительной, повествовательной, восклицательной.

В работах Е.Ф. Архиповой [4, 6] описаны случаи, когда при обследовании речи у детей со стертой дизартрией, ввиду их хорошего самоконтроля, отклонения в звукопроизношении не выявляются, при этом слова произносятся скандировано. В таких случаях на первое место выступает только нарушение просодики.

По мнению Т.Б. Филичевой, Н.А. Чевелевой, Г.В. Чиркиной [105, 141, 144] основным дефектом у детей со стертой дизартрией является нарушение фонетической стороны речи, которое оказывает неблагоприятное влияния на фонематическое развитие, поэтому большинство детей со стертой дизартрией испытывают некоторые трудности в звуковом анализе и синтезе. Фонематическое недоразвитие приводит к нарушениям процессов чтения и письма и, как следствие, к снижению общей успеваемости при обучении в школе, потере интереса к образовательному процессу и к снижению самооценки ребенка.

Р. И. Мартынова [89, 90, 91], Л. В. Мелехова [98], И. И. Панченко [108, 109, 110], Э. Я. Сизова, Э. К. Макарова [134], Л.В. Лопатина, Н.В.

Серебрякова [75, 78, 79, 81, 83], Е.Ф. Собонович [135], Г.В. Чиркина [105, 156] отмечают, что выраженные фонетические нарушения у детей со стертой дизартрией могут привести к особенностям в развитии лексикограмматической стороны речи. Однако, Е. М. Мастюкова, М. В. Ипполитова [92] указывают, что нарушения лексико-грамматической стороны речи при стертой дизартрии не являются ведущими.

Исследования звукопроизношения у детей со стертой дизартрией, проведенные Л. В. Лопатиной и Н.В. Серебряковой [75, 79, 81, 83], показали, что для всех детей с данной формой речевой патологии характерны полиморфные нарушения звукопроизношения. При этом у 100 % детей наблюдались нарушения произношения группы свистящих звуков. Произношение шипящих звуков было отмечено у 83,3 % детей. Менее нарушенным оказалось произношение сонорных звуков [Л], [Р] и [Рь] – соответственно у 66,7, 53,5 и 43,3% детей. Подобное соотношение Л.В. Лопатина [75, 83] объясняет наличием у детей со стертой дизартрией определенных нарушений слухового восприятия, в результате которого группы акустически близких звуков усваиваются хуже, чем группы звуков акустически более ярких, хотя и более сложных по артикуляции.

Л. В. Лопатина [83, 84] высказала предположение, что нарушение слуховой дифференциации звуков у детей со стертой дизартрией является следствием тормозящего влияния речедвигательного анализатора. Таким образом, у всех детей со стертой дизартрией отмечаются искажения звуков, случаи только замен и отсутствия звуков не наблюдались. Согласно исследованиям Л.В. Лопатиной, самым распространенным нарушением произношения свистящих, шипящих, переднеязычных звуков и сонорного звука [Л] является межзубное произнесение, а сонорных звуков [Р] и [Рь] – велярный ротацизм.

Все случаи нарушения звукопроизношения, по мнению Е. Ф. Соботович [29], имеют стертую, невыраженную органическую основу.

Г. В. Гуровец и С. И. Маевская [35] рассматривают стертую дизартрию как фонетико-фонематическое нарушение речи, так как при данном речевом расстройстве наблюдаются полиморфные нарушения звуковой стороны речи и искажения структуры слова.

О. А. Токарева [131]; Р. И. Мартынова [89, 90, 91]; Л. В. Лопатина [83, 84] и др. отмечают, что ведущими нарушениями у детей со стертой дизартрией являются фонетико-фонематические и фонационные расстройства.

В зависимости от проявлений нарушений двигательной стороны процесса произношения и с учетом локализации паретических явлений органов артикуляционного аппарата, Е.Ф. Соботович и А.Ф. Чернопольская [135] выявили четыре группы детей с различными видами стертой дизартрии.

1 группа – у детей этой группы отмечаются слабость и паретичность некоторых мышц языка, что приводит к боковому и межзубному произношению свистящих, шипящих и других звуков. Нарушения звукопроизношения у детей в свою очередь обуславливают фонематическое недоразвитие. Уровень развития лексико-грамматического строя речи соответствует возрасту.

2 группа – у детей этой группы неврологическая симптоматика проявляется в сглаженности носогубных складок, наличии патологических рефлексов (хоботковый рефлекс), девиации языка, асимметрии движений и повышенном тонусе мышц. Перечисленные симптомы приводят к нарушению четкости дикции, общей смазанности речи. Преимущественно нарушается произношение сонорных звуков, взрывных согласных,

отмечено расщепление аффрикат. Общее речевое развитие детей часто соответствует возрасту.

Е.Ф. Собонович и А.Ф. Чернопольская [135] считают, что у детей 1 и 2 групп имеет место стертая псевдобульбарная дизартрия.

3 группа – у детей данной группы отмечаются замены звуков по месту и по способу образования, фонематическое недоразвитие различной степени выраженности, что обусловлено трудностями в нахождении позиций губ и особенно языка при выполнении произвольных движений. Уровень развития лексико-грамматического строя речи колеблется от нормы до выраженного ОНР. У детей данной группы диагностируется стертая корковая дизартрия.

4 группа – эту группу составляют дети с выраженной общей моторной недостаточностью, проявления которой разнообразны. Нарушения звукопроизношения проявляются в замене, пропусках, искажении звуков. Уровень фонематического развития, а также лексико-грамматического строя речи варьируется от нормы до существенного ОНР. Данная форма нарушений определяется как стертая смешанная дизартрия. [135]

В зависимости от уровня сформированности произносительной стороны речи и языковых компонентов речи Л.В. Лопатина [79] разделила всех детей со стертой дизартрией на три группы. Также оценивались общая и артикуляционная моторика.

Первая группа – нарушения звукопроизношения у детей выражаются во множественных искажениях и отсутствии звуков. Уровень фонематического развития, лексико-грамматического строя речи, а также связная монологическая речь детей соответствуют возрасту.

Детей данной группы в рамках психолого-педагогической классификации Р.Е. Левиной [106] можно отнести к группе с фонетическим недоразвитием (ФН).

Вторая группа – отмечаются множественные замены, искажения звуков, фонематическое недоразвитие различной степени выраженности: дети затрудняются в различении звуков на слух и в произношении.

Дети данной группы в соответствии с психолого-педагогической классификацией Р.Е. Левиной [106] относятся к группе с фонетикофонематическим недоразвитием (ФФН).

Третья группа – отмечаются множественные замены, искажение, отсутствие звуков, выраженное нарушение фонематического слуха и, как следствие, трудности понимания сложных логико-грамматических конструкций предложений. Лексико-грамматические ошибки носят множественный и стойкий характер. Эта группа детей со стертой дизартрией не овладевает связной речью. По классификации Р.Е. Левиной [106], эта группа детей соотносится к группе с общим недоразвитием речи (ОНР). [79]

Таким образом, в основе нарушений артикуляции у детей со стертой дизартрией лежат легкие остаточные нарушения иннервации, выявляющиеся только при углубленном специальном исследовании движений органов артикуляции. У всех детей со стертой дизартрией отмечаются разнообразные стойкие просодические расстройства речи. Имеющиеся нарушение фонетической стороны речи и, как следствие, фонематическое недоразвитие могут привести к особенностям в развитии лексико-грамматической стороны речи детей, к снижению успеваемости обучения в школе, а также к трудностям в овладении процессами чтения и письма.

Анализ специальной и психолого-педагогической литературы позволил нам сделать вывод о необходимости реализации комплексного подхода к изучению, обучению и развитию детей с дислалией и стертой дизартрией.

1.4. Исследования отечественных логопедов по вопросу дифференциальной диагностики стертой дизартрии и дислалии у детей старшего дошкольного возраста

В настоящее время среди детей дошкольного возраста самыми распространенными речевыми нарушениями являются дислалия и стертая дизартрия, которые имеют тенденцию к росту.

При несвоевременно или некачественно оказанной логопедической помощи данные расстройства речи могут затруднять процесс школьного обучения. На этот факт указывают в своих работах следующие ученые:

Р.Е. Левина [106], Р.И. Мартынова [89, 90, 91], Л.В. Мелехова [96, 98], Е.Ф. Собонович [135], Г.В. Гуровец, С.И. Маевская [35], Т.Б. Филичева, И.А. Чевелева, Г.В. Чиркина [105, 141, 144], Л.В. Лопатина, Н.В. Серебрякова [75, 79, 78, 81, 83], Е.Ф. Архипова [4, 6].

Для выбора адекватных методов коррекции и для достижения максимального результата логопедической работы по преодолению нарушений фонетической стороны речи необходимо проведение дифференциальной диагностики стертой дизартрии и дислалии, которые сходны по внешним проявлениям, но имеют различный механизм.

Прежде чем приступить к теоретическому изучению вопроса дифференциальной диагностики стертой дизартрии и дислалии дадим определение понятию «дифференциальная диагностика». В справочниках и словарях М.А. Поваляевой [113], В.И. Селиверстова [114], С.С. Степанова [136] даны лишь определения «дифференциального диагноза» и «диагностики» с медицинской точки зрения.

Диагноз дифференциальный – этап диагностики, устанавливающий отличие данной болезни от других, сходных по клиническим проявлениям. [113, 114, 136]

Диагностика (греч. *diagnostikos* способный распознавать) – 1) раздел медицины, изучающий содержание, методы и последовательные ступени процесса распознавания болезней или особых физиологических состояний; 2) процесс распознавания болезни и оценки индивидуальных биологических и социальных особенностей субъекта, включающий целенаправленное медицинское обследование, истолкование полученных результатов и их обобщение в виде диагноза. [113, 114, 136]

Опираясь на определения данных понятий, сформулируем определение понятия «дифференциальная диагностика» в логопедической практике.

Дифференциальная диагностика в логопедической практике – это процесс разграничения речевых расстройств, имеющих сходную симптоматику, но различающихся по причинам, механизмам, тактике коррекционного воздействия.

Вопросами дифференциальной диагностики стертой дизартрии и дислалии у детей дошкольного возраста в разные годы занимались Р.И. Мартынова [89, 90, 91], Л.В. Мелехова [96, 98], И.Б. Карелина [48], Э. Я. Сизова, Э.К. Макарова [134], Р. А. Белова-Давид [13], Л.В. Лопатина [37, 72, 79, 82], Е.Ф. Архипова [4, 6] и др.

Р.И. Мартыновой [89, 91] был проведен сравнительный анализ результатов исследования физического и неврологического статусов, а также психических процессов внимания, памяти и мышления детей с функциональной дислалией, «легкой дизартрией» и детей с нормальной речью.

Результаты исследования физического статуса: дети с «легкой формой дизартрии» и функциональной дислалией по физическому развитию несколько отстают от детей с нормальной речью. [91]

Исследования психомоторики детей со стертой дизартрией, проведенные Л.В. Лопатиной [78, 80, 81] показали, что у данной категории детей отмечаются нарушения функции статического равновесия, динамической координации, нарушения темпа и ловкости движений; снижение двигательной памяти. По данным Л.В. Лопатиной [80], ручная моторика страдает в большей степени, чем общая, особенно при необходимости сделать тонкие дифференцированные движения пальцами рук.

Результаты исследования неврологического статуса показали, что у детей с нормальной речью и функциональной дислалией симптомов органического поражения центральной нервной системы не отмечалось. У детей с «легкой дизартрией» при тщательном обследовании и применении функциональных нагрузок (повторные движения, силовые напряжения) можно выявить симптомы органического поражения центральной нервной системы в форме стертых парезов, изменения тонуса мышц, гиперкинезов в мимической и артикуляционной мускулатуре, патологических рефлексов.

Изменения со стороны вегетативной нервной системы особенно отмечались у детей с «легкой дизартрией», в меньшей степени при дислалии.

Сравнительное исследование психических процессов (внимания, памяти мышления) у исследуемых детей показало, что различие между исследуемыми группами проявляется не только в нарушении одной локальной функции – нарушении речи, но и в совокупности всех психических процессов. Нарушение нервно-психических функций значительно больше выявлялось при «легкой дизартрии», чем при функциональной дислалии. [91]

Подобное исследование нервной системы и выявление симптомов органического поражения при стертой дизартрии показало, что в этих случаях требуется более активное медико-педагогическое воздействие, а работа логопеда не должна ограничиваться постановкой и исправлением дефектных звуков, она должна иметь более широкий диапазон коррекции личности ребенка в целом.

И.Б. Карелина [48], Е.Ф. Архипова [4, 6] также отмечают необходимость проведения специальной комплексной коррекционной работы, сочетающейся с массажем, ЛФК, специальной артикуляционной гимнастикой, массажем артикуляционного аппарата для детей со стертой дизартрией.

Л.В. Мелехова [96, 98], Р.И. Мартынова [91] дали описание психологических особенностей детей со стертой дизартрией и дислалией. Так, для детей с речевыми нарушениями характерно легкое отставание в общем развитии, повышенная возбудимость или, наоборот, заторможенность, обидчивость, раздражительность, плаксивость. Так как эти дети сами не могут справиться с плохой речью и стесняются этого, то они могут быть менее активны в коллективе, может развиваться непослушание и агрессивное поведение.

И.Б. Карелина [48] рассмотрела вопрос о схожести нарушений звукопроизношения при стертой дизартрии и дислалии: чаще страдают

шипящие, свистящие и сонорные группы звуков. Р.И. Мартынова [91] обращает внимание, что в отличие от детей с дислалией, у детей с «легкой формой дизартрии» отмечается неясное, с легким носовым оттенком произношение гласных звуков. При этом авторы отмечают, что фонетические нарушения у детей со стертой дизартрией находятся в тесной зависимости от состояния нервно-мышечного аппарата органов артикуляции.

Р.И. Мартыновой [89, 90, 91] также был выявлен признак нарушения звукопроизношения, характерный как для детей с функциональной дислалией, так и для детей со стертой дизартрией. На данный признак указывает в своих работах и Е.Ф. Архипова [4, 6]. Фонетические расстройства проявлялись в виде замены одних звуков другими, смешения звуков, отсутствия звуков, нечеткого искаженного произношения звуков.

Р.И. Мартынова [89, 90, 91], И.Б. Карелина [48], а позже Е.Ф. Архипова [4, 6] в своих работах отмечают для детей со стертой дизартрией расхождение между умением произносить звуки изолированно и в речевом потоке. Возможно правильное изолированное произношение звуков, но в спонтанной речи отмечаются смазанность, назализация, нарушение просодической стороны речи, так как звуки слабо автоматизируются и недостаточно дифференцируются.

Таким образом, по мнению ряда авторов: (Л.В. Мелехова [96, 97, 98], И.И. Панченко [108, 110], Е.Ф. Соболевич, А.Ф. Чернопольская [135], Р.И. Мартынова [89, 90, 91], Э.Я. Сизова [134], Е.Н. Винарская [24, 25], Е.Ф. Архипова [4, 5, 6] и др.), у детей встречаются недостатки произношения, которые по своему внешнему проявлению напоминают дислалию, но имеют более длительную и сложную динамику устранения.

Л.В. Лопатина [79, 82] также обращает внимание на длительность процесса автоматизации и введения в речь поставленных звуков у детей со стертой дизартрией.

Как отмечают Р. И. Мартынова [89, 90, 91], И. Б. Карелина [48], Л. В. Лопатина [37, 72, 75,76, 79, 82], Е.Ф. Архипова [4, 6], отличительной особенностью детей со стертой дизартрией являются нарушение голоса и его модуляций, слабость речевого дыхания, выраженные просодические нарушения.

Среди основных отличий детей со стертой дизартрией от детей с дислалией в справочнике М.А. Поваляевой [113] указаны:

1. наличие неврологической симптоматики (маловыразительная мимика, ярко выражена асимметрия лица, языка, мягкого неба; паретические явления в отдельных группах мышц артикуляционного аппарата, сглаженность носогубных складок; дискоординация общей моторики, ручного и орального праксиса);
2. нарушение просодики и речевого дыхания;
3. быстрая утомляемость, истощаемость нервной системы, низкая работоспособность, нарушение внимания и памяти, частые смены настроения и неопрятность.

На важность проведения тщательного неврологического обследования в своих работах обращают внимание Р. А. Белова-Давид [13], Л.В. Лопатина [82] и Е.Ф. Архипова [6].

Так, Р. А. Белова-Давид [13], систематизируя многообразные формы нарушений звукопроизношения, выделила две основные группы: дислалии, имеющие функциональный характер, и дизартрии, в основе которых лежат органические нарушения. Исходя из этого, автор выделяет в качестве основного критерия дифференциации нарушений звукопроизношения наличие или отсутствие симптомов органического ряда. При этом

отмечается, что органическая симптоматика часто может быть выражена в микропроявлениях, выявляемых только специальными приемами неврологического обследования. При помощи такого специального, углубленного обследования выявляются негрубые парезы лицевой мускулатуры, препятствующие нормальному формированию артикуляций. Таким образом, Р. А. Белова-Давид [13] предлагает все случаи нарушений звукопроизношения такого патогенеза рассматривать как расстройства дизартрического ряда.

В процессе осуществления дифференциальной диагностики Е.Ф. Собонович, А.Ф. Чернопольская [135], И.Б. Карелина [48], Л.В. Лопатина [72, 82] и Е.Ф. Архипова [6] указывают на необходимость в первую очередь обратить внимание на причинную обусловленность возникновения нарушений звукопроизношения, тщательно проанализировав анамнестические данные, выявив неблагоприятные факторы пренатального, натального и раннего постнатального периодов развития ребенка. Так, в отличие от детей с дислалией, у детей со стертой дизартрией в анамнезе имеют место отклонения во внутриутробном развитии (токсикозы, гипертония, нефропатия и др.); асфиксия новорожденных; стремительные или затяжные роды. Некоторые родители отмечают, что ребенок в момент рождения закричал не сразу, на кормление ребенка принесли позже, чем других детей. Во время кормления дети со стертой дизартрией сосут грудь вяло, часто засыпают во время кормления или возникают поперхивание, срыгивание. В первый год жизни многие наблюдались у невролога, назначалось медикаментозное лечение и массаж. До года у детей со стертой дизартрией стоял диагноз ПЭП (перинатальная энцефалопатия).

После одного года, по данным Е.Ф. Архиповой [4, 6], развитие детей со стертой дизартрией бывает благополучным, невропатолог перестает

наблюдать этих детей, диагноз ПЭП снимается, и дети считаются здоровыми. Таким образом, после одного года развитие детей со стертой дизартрией не отличается от развития детей с дислалией.

Для дальнейшей диагностики, по мнению Л.В. Мелеховой [96, 98], И.Б. Карелиной [48], Л.В. Лопатиной [72, 82] и Е.Ф. Архиповой [6], важным является тщательное комплексное обследование: определение наличия и характера неврологических нарушений в форме стертых парезов, изменений тонуса мышц, гиперкинезов в мимической и артикуляторной мускулатуре, патологических рефлексов, с целью выделения стертой дизартрии в группу расстройств, имеющих свой специфический механизм.

Вышеизложенное позволяет сделать вывод, что для дифференциации стертой дизартрии и дислалии необходимо изучение анамнестических данных, а также проведение сравнения симптоматики речевых и неречевых признаков у детей с дислалией и стертой дизартрией.

Таким образом, в работах Р.И. Мартыновой [89, 90, 91], Л.В. Мелеховой [96], Е.Ф. Собонович, А.Ф. Чернопольской [135], М.А. Поваляевой [113], И.Б. Карелиной [48], Р. А. Беловой-Давид [13] подробно рассматриваются вопросы сравнения симптоматики дислалии и стертой дизартрии. Л.В. Лопатина [72] и Е.Ф. Архипова [6], помимо сравнения симптоматики данных речевых нарушений, выделили параметры сравнения детей дошкольного возраста со стертой дизартрией и дислалией, определили порядок проведения обследования, а также разработали методические рекомендации к проведению дифференциальной диагностики.

Изучив основные положения дифференциальной диагностики стертой дизартрии и дислалии у детей старшего дошкольного возраста в отечественной логопедии, можно сделать следующие выводы:

1. стертая дизартрия и дислалия очень схожи по внешним проявлениям, но причины возникновения данных речевых нарушений, а также их механизмы различаются. Так, при обследовании детей со стертой дизартрией в отличие от детей с дислалией, у первых обнаруживаются неблагоприятные факторы в анамнезе, органическая микросимптоматика в неврологическом статусе; речевой дефект связан не только с неправильным произношением отдельных звуков или групп, но и с нарушением просодической стороны речи и лексико-грамматического строя речи. При этом фонетические нарушения у детей со стертой дизартрией находятся в тесной зависимости от состояния нервно-мышечного аппарата органов артикуля-

ции;

2. при стертой дизартрии состояние неречевых функций, психических процессов (внимания, восприятия, памяти и мышления) имеет ряд отличительных черт;

3. определены параметры обследования, а также последовательность проведения дифференциальной диагностики стертой дизартрии и дислалии: в первую очередь проводится анализ анамнестических данных, а затем – тщательное комплексное обследование детей;

4. в отличие от дислалии, при стертой дизартрии процесс автоматизации звуков затруднен и растянут во времени, а также необходимо проведение специальной комплексной коррекционной работы, которая включает массаж, ЛФК, специальную артикуляционную гимнастику, массаж артикуляционного аппарата, работу над речевым дыханием, над развитием голоса, обучение выразительности, интонированию, правильному логопедическому ударению. Такая специальная комплексная

коррекционная работа обусловлена сложностью структуры дефекта при стертой дизартрии.

Таким образом, проведение качественной дифференциальной диагностики стертой дизартрии и дислалии у детей старшего дошкольного возраста необходимо с целью постановки грамотного логопедического заключения и разработки эффективных индивидуальных программ логопедической коррекции данных речевых нарушений.

Выводы по главе 1

Анализ психолого-педагогической и специальной литературы по вопросу изучения дислалии и стертой дизартрии у детей старшего дошкольного возраста позволил сделать следующие выводы:

1. неоднородность индивидуальных проявлений развития фонетикофонематической стороны речи у старших дошкольников в онтогенезе обусловлены организованным речевым окружением, обратной реакцией ребенка на него, индивидуальным развитием психики, памяти, внимания, мышления в целом, особенностями физического состояния детского организма, типом высшей нервной деятельности;
2. при условии своевременного формирования фонематического слуха (к 1 г. 7 мес. - 2 годам) у ребенка в онтогенезе к пяти годам звуковая структура речи нормализуется;
3. ребенок с нарушенным произношением проходит те же этапы овладения звуком, что и ребенок в онтогенезе, но на каком-то из этапов он может задержаться или остановиться;

4. в настоящее время под дислалией принято понимать нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата. [34] Чаще всего нарушается произношение трудных по артикуляции звуков: свистящих, шипящих и соноров;
5. в настоящее время в логопедической теории и практике дизартрия определяется как нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата. Страдает произношение не только согласных, но и гласных звуков, отмечаются стойкий характер нарушений звукопроизношения, нарушение координации между дыханием, фонацией и артикуляцией, а также нарушения голоса и мелодико-интонационные расстройства;
6. в нашей работе будем использовать наиболее распространенный в специальной литературе термин «стертая дизартрия». К стертой дизартрии относится легкая степень проявления псевдобульбарной дизартрии. [139] По определению Л.В. Лопатиной [79,81] стертая дизартрия является речевой патологией, которая проявляется в расстройствах фонетического и просодического компонентов речевой функциональной системы и возникает вследствие невыраженного микроорганического поражения головного мозга;
7. стертая дизартрия и дислалия очень схожи по внешним проявлениям, но причины возникновения данных речевых нарушений, а также их механизмы различаются;
8. состояние неречевых функций, психических процессов (внимания, восприятия, памяти и мышления) у детей со стертой дизартрией имеет ряд отличительных черт;
9. определены параметры обследования, а также последовательность проведения дифференциальной диагностики стертой дизартрии и дислалии у старших дошкольников;
10. разработка эффективных индивидуальных программ по коррекции стертой дизартрии и дислалии у старших дошкольников возможна только на основе данных качественной дифференциальной диагностики.

В ходе анализа психолого-педагогической и специальной литературы нами выявлено противоречие: несмотря на то, что определены параметры и последовательность проведения дифференциальной диагностики стертой дизартрии и дислалии, до сих пор реализация данного мероприятия вызывает трудности, особенно у начинающих логопедов. Выявленное противоречие позволило нам прийти к выводу о необходимости использования дополнительных параметров обследования и критериев их оценивания для более точной дифференциации данных речевых нарушений.

С учетом трудности и длительности формирования полноценной фонетической системы языка и интонационной выразительности речи у детей со стертой дизартрией необходимо подобрать методы и приемы, позволяющие повысить эффективность, разнообразить содержание коррекционной работы и повысить мотивацию детей к занятиям.

Проведенный в главе 1 теоретический анализ проблемы исследования позволил нам сформулировать гипотезу и задачи диссертационного исследования.

Глава 2. Верификация реализации индивидуальных программ по

коррекции стертой дизартрии и дислалии у старших дошкольников с ФФН

2.1. Анализ результатов дифференциальной диагностики стертой дизартрии и дислалии у старших дошкольников с ФФН

Для решения основной задачи исследования, заключающейся в разработке и реализации индивидуальных программ поэтапной логопедической коррекции стертой дизартрии и дислалии с использованием систематизированных компьютерных технологий у старших дошкольников

с ФФН на основе данных дифференциальной диагностики, нами был организован и проведён констатирующий эксперимент.

Цель констатирующего эксперимента – провести комплексное обследование детей старшего дошкольного возраста, дифференцировать стертую дизартрию и дислалию у старших дошкольников с фонетикофонематическим недоразвитием речи.

Организация констатирующего эксперимента

Констатирующий эксперимент диссертационного исследования проводился в феврале – марте 2016 года на базе МБДОУ «ДС № 307 г. Челябинска». В констатирующем эксперименте принимали участие 8 детей старшего дошкольного возраста. Согласно заключению МАУ «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи Центрального района г. Челябинска» (МАУ "ЦППМСП Центрального района г. Челябинска") у всех детей отмечается фонетико-фонематическое недоразвитие речи.

Для реализации диссертационного исследования нами были сформированы две экспериментальные группы.

Экспериментальная группа № 1 (ЭГ 1) состояла из 4 детей старшего дошкольного возраста с ФФН при дислалии: Андрей А., Даниил Б., Марк Т., Софья В.

Экспериментальная группа № 2 (ЭГ 2) состояла из 4 детей старшего дошкольного возраста с ФФН при стертой дизартрии: Артемий Е., Тимофей А., Ксения Ш., Матвей Г.

Перед процедурой обследования детей нами были проведены следующие мероприятия:

1. сбор общих сведений о дошкольниках (анкетные данные представлены в *Приложении 1*):

□ фамилия, имя, отчество ребенка;

- дата рождения ребенка;
 - домашний адрес;
- 2. изучение медицинской и психолого-педагогической документации на каждого ребенка:**
- заключения отоларинголога, невролога, психиатра, офтальмолога, педиатра и т.д.
 - заключение психолого-медико-педагогической комиссии;
 - краткая характеристика ребенка по данным наблюдений педагогов (воспитателей, психолога), которые были получены с использованием опросных методов: устойчивость внимания, работоспособность, ориентировка в окружающем, навыки самообслуживания, отношение ребенка к своему речевому дефекту;
- 3. беседа и анкетирование с родителями каждого ребенка:** проводились для сбора анамнестических сведений и уточнения обстоятельств раннего развития ребенка и особенностей его поведения (образец анкеты для родителей, разработанный Л. В. Лопатиной [72], представлен в *Приложении 2*).
- Анализ медицинской и психолого-педагогической документации, а также данных, полученных в ходе проведения беседы и анкетирования с родителями детей, позволил сделать вывод – отягощен анамнез дошкольников или нет.
- 4. наблюдение за поведением детей в процессе их деятельности и общения с окружающими** проводилось для выявления психологических особенностей личности каждого ребенка, а также для предварительной оценки уровня общего и речевого развития дошкольников;

5. выбор методики обследования ребенка: для проведения дифференциальной диагностики стертой дизартрии и дислалии у старших дошкольников с ФФН была выбрана методика обследования ребенка с фонетико-фонематическим недоразвитием (дислалия, стертая дизартрия, ринология), разработанная Л.В. Лопатиной [37, 72].

В ходе экспериментального исследования изучались следующие параметры:

1. психологические особенности ребенка;
2. состояние слуховой функции: слуховое внимание, восприятие речи;
3. состояние зрительного восприятия, пространственного праксиса;
4. состояние общей моторики;
5. состояние ручной моторики;
6. состояние артикуляционной моторики;
7. работа мышц лицевой мускулатуры;
8. анатомическое строение периферического отдела артикуляционного аппарата;
9. состояние звукопроизношения;
10. состояние дыхательной и голосовой функции;
11. состояние просодических компонентов речи;
12. состояние фонематических функций.

Для более комплексного и углублённого обследования отдельные тестовые задания, а также критерии оценки параметров мы взяли из методики, разработанной Е. Ф. Архиповой [6], при изучении следующих параметров обследования:

- состояние общей моторики;
- состояние ручной моторики (кинетическая основа движения руки);

- состояние артикуляционной моторики (кинестетический артикуляционный праксис);
- состояние дыхательной и голосовой функции (тип физиологического дыхания и сила воздушной струи, особенности фонационного дыхания, модуляции голоса по высоте и силе);
- состояние просодических компонентов речи (воспроизведение ритма и интонации, определение темпа речи ребенка).

Для исследования и оценки тембра голоса использовалась шкала оценки тембра, разработанная Е. С. Алмазовой [79].

б. подготовка соответствующего оборудования и документации:

- протоколы обследования для регистрации данных осмотра и наблюдения (примеры протоколов представлены в *Приложении 4*);
- игрушки, издающие звук предметы и т.д.;
- сюжетные и предметные картинки: в качестве наглядного материала использовалась иллюстрированная методика логопедического обследования детей старшего дошкольного возраста Т.Н. Волковской [46]. Стимульный речевой и наглядный материалы соответствовали традиционным логопедическим требованиям.

Логопедическое обследование проводилось с каждым ребенком индивидуально. Все задания давались в игровой форме.

При проведении констатирующего эксперимента учитывались методические рекомендации, предложенные Л. Г. Парамоновой [111]:

- создание доброжелательной обстановки, установление контакта с ребенком;
- выяснение понимания ребенком смыслового значения предлагаемых в процессе обследования слов и разъяснение значения незнакомых ребенку слов;

□ применение четких инструкций по выполнению заданий.

В ходе проведения дифференциальной диагностики стертой дизартрии и дислалии у детей старшего дошкольного возраста по традиционным методикам (Л. В. Лопатиной [37, 72] и Е. Ф. Архиповой [6]), мы пришли к выводу о необходимости введения дополнительных параметров обследования, позволяющих четко дифференцировать данные нарушения речевого развития. Также нами были отмечены важные моменты, на которые обязательно следует обращать внимание при проведении дифференциальной диагностики дислалии и стертой дизартрии у старших дошкольников.

Во-первых, к дополнительным параметрам обследования в процессе дифференциации стертой дизартрии и дислалии у детей старшего дошкольного возраста мы отнесли особенности фонационного дыхания и состояние просодических компонентов речи, оцениваемых в процессе спонтанной организованной речи (прочтение стихотворения наизусть) или в спонтанной неорганизованной речи (при составлении рассказа из собственного опыта). Как показала практика, оценка данных параметров речи в отдельных тестовых заданиях или в процессе привычных для ребенка речевых ситуаций, как принято в традиционных методиках диагностики, не всегда является информативной.

Приведем пример: во время беседы с Ксенией Ш. (возраст на момент обследования 6 лет) на знакомые для нее темы, а также при выполнении тестовых заданий не были отмечены нарушения фонационного дыхания и состояния просодических компонентов речи. Однако при прочтении стихотворения наизусть речь Ксении Ш. стала нечеткой, смазанной, повысилась саливация. Просодические компоненты и фонационное дыхание нарушились: голос стал тихим, с недостаточными модуляциями по высоте и силе, речь стала неэмоциональной, монотонной, темп речи

замедлился, появилось много пауз. В силу сложности данного задания для Ксении Ш., она даже отказывалась от его выполнения. «Сохранность» просодических компонентов речи и фонационного дыхания в процессе спонтанных привычно реализуемых форм речи, по мнению С. Г. Щербак [168], объясняется ситуативностью монологической речи детей, которая выражается в преобладании глагольной лексики, замене номинативной лексики указательными местоимениями и сопровождении высказывания указательными жестами. Также для детей со стертой дизартрией характерны различия между уровнем развития лексико-грамматических средств и их использованием в речевом общении [168]. В результате, выявленные особенности реализации и оформления спонтанной организованной речи, а также данные повторного более глубокого обследования остальных параметров позволили прийти к выводу, что у Ксении Ш. стертая дизартрия.

При проведении экспериментального исследования особенностей фонационного дыхания, голосовой функции и состояния просодических компонентов речи в процессе спонтанной организованной речи ребенку давалась инструкция наизусть выразительно прочитать стихотворение А. Барто «Уронили мишку на пол» (или другое знакомое ребенку стихотворение).

Для оценки исследуемых параметров нами были разработаны следующие критерии (с опорой на критерии оценки состояния дыхательной и голосовой функции, а также состояния просодических компонентов речи, разработанные Е. Ф. Архиповой).

Критерии оценки особенностей фонационного дыхания и модуляций голоса по высоте и силе в процессе спонтанной организованной речи:

4 балла – речь на выдохе, объем речевого дыхания хороший; задание выполняется с достаточными модуляциями голоса по высоте и по силе;

3 балла – речь на выдохе, объем речевого дыхания ограничен; задание выполняется с недостаточными модуляциями голоса по высоте и по силе;

2 балла – речь на выдохе, но речевой выдох ослаблен; задание выполняется без модуляций голоса по высоте и по силе, повышение саливации;

1 балл – речь возможна на вдохе, дискоординация дыхания и фонации; задание выполняется без модуляций голоса по высоте и по силе; 0 баллов – отказ от выполнения задания.

Критерии оценки просодических компонентов в спонтанной организованной речи:

4 балла – стихотворение прочитывается выразительно, паузы расставляются правильно, темп речи нормальный (4-5 слогов в секунду);

3 балла – стихотворение прочитывается маловыразительно, иногда ребенок делает необоснованные паузы, отмечается незначительное отклонение темпа речи от нормы (± 1 слог);

2 балла – стихотворение прочитывается маловыразительно, часто ребенок делает необоснованные паузы, отмечается либо убыстренный темп речи (7-8 слогов в секунду), либо замедленный темп речи (2-3 слога в секунду);

1 балл – стихотворение прочитывается невыразительно, часто ребенок делает необоснованные длительные паузы, отмечается очень быстрый темп речи (более 9 слогов в секунду) или очень медленный темп речи (1-2 слога в секунду);

0 баллов – отказ от выполнения задания.

Таким образом, констатирующий эксперимент исследования был проведен по методике дифференциальной диагностики стертой дизартрии и дислалии у детей старшего дошкольного возраста с ФФН с

использованием дополнительных параметров обследования, которая представлена в Приложении 3.

Во-вторых, при проведении дифференциальной диагностики стертой дизартрии и дислалии у детей старшего дошкольного возраста необходимо учитывать психологические особенности личности каждого ребенка и события, происходящие в его семье.

Приведем пример: при обследовании голоса у Марка Т. (возраст на момент обследования 5 лет 11 месяцев) периодически был отмечен тихий голос, вплоть до шепота, что, казалось бы, указывает на нарушение просодической составляющей речи. Однако, при выполнении заданий на обследование особенностей фонационного дыхания и просодических компонентов речи отклонений от нормы выявлено не было. При прочтении стихотворения наизусть речь ребенка также выразительная, эмоциональная, с достаточными модуляциями голоса по высоте и силе. Позже, при беседе с воспитателем и мамой ребенка, было выяснено, что в семье есть маленький ребенок, и Марка Т. часто просят говорить тише, что он послушно и выполняет. Таким образом, получается, что тихий голос, переходящий на шепот – это не показатель нарушения просодики, а привычка, сформированная ближайшим окружением.

Следующим примером, подтверждающим данный факт, является случай Софьи В. (возраст на момент обследования 6 лет 2 месяца). При знакомстве с девочкой, а также в начале проведения логопедического обследования было отмечено, что Софья В. часто говорит тихим голосом, ответы на вопросы дает кратко, неэмоционально, часто боится дать неправильный ответ. При выполнении заданий на обследование особенностей фонационного дыхания была зафиксирована речь с недостаточными модуляциями голоса по силе. Но, после того как были установлены доверительные отношения с ребенком, Софья В. начала первой

вступать в диалог, стала отвечать на вопросы развернутыми ответами, речь стала эмоциональной, голос нормальным. Поэтому было проведено повторное обследование особенностей фонационного дыхания и просодических компонентов речи, в результате которого отклонений от нормы выявлено не было. В итоге, тихий голос Софьи В. также не является симптомом нарушения просодики, а указывает на психологические особенности личности ребенка: ввиду завышенных требований, предъявляемых к девочке в семье, она не чувствует уверенности в себе, когда её спрашивают, испытывает сильное напряжение и боится дать неправильный ответ.

Учёт индивидуальных особенностей личности каждого ребенка важен не только на этапе проведения диагностики, но и при последующей дифференциации процесса логопедической коррекции стертой дизартрии и дислалии у детей старшего дошкольного возраста с ФФН. Также учет индивидуальных особенностей позволяет создать оптимальные условия для реализации потенциальных способностей каждого ребенка

(Л.А. Дружинина, 2000). [38]

В-третьих, мы выяснили, что не следует однозначно подходить к оценке параметров дифференциальной диагностики. Так, Р. А. Белова-Давид [13], систематизируя многообразные формы нарушений звукопроизношения, выделила две основные группы: дислалии (функциональный характер нарушения) и дизартрии (органический характер нарушения). Исходя из этого, автор выделила в качестве основного критерия дифференциации нарушений звукопроизношения наличие или отсутствие симптомов органического ряда. При этом отмечается, что органическая симптоматика часто может быть выражена в микропроявлениях, выявляемых только специальными приемами неврологического обследования. Таким образом, все случаи нарушений

звукопроизношения такого патогенеза Р.А. Белова-Давид [13] предлагает рассматривать как расстройства дизартрического ряда.

Однако, нами в процессе обследования Даниила Б. (возраст на момент обследования 5 лет 7 месяцев) была отмечена следующая особенность: выявленная органическая микросимптоматика в неврологическом статусе (нарушение статической координации движений при обследовании общей моторики; незначительное дрожание языка, наличие дополнительных движений, неточность и ограниченный объем движений языка при обследовании состояния артикуляционной моторики) не вызывает стойкого нарушения просодических компонентов речи, а также физиологического и речевого дыхания. Так, при выполнении заданий на обследование особенностей фонационного дыхания, просодических компонентов речи и в спонтанной организованной речи не отмечается общая смазанность речи, просодические компоненты в норме, предложения различной структуры произносит плавно на одном выдохе, отклонений от нормального тембра голоса не отмечается, мимика ребенка подвижна.

При обследовании артикуляционного аппарата у ребенка обнаружена укороченная подъязычная связка, вызывающая затруднения в подвижности кончика языка и, как следствие, в динамической организации движений языка. Этой же причиной объясняется и наличие «синкинезий» при обследовании состояния артикуляционной моторики: дополнительными движениями нижней челюсти и головы ребенок пытается компенсировать ограниченную подвижность языка. Анализируя все выше сказанное, можно сделать вывод, что, несмотря на выявленную органическую микросимптоматику в неврологическом статусе, данный случай нарушения звукопроизношения относится к механической дислалии, обусловленной короткой подъязычной связкой.

После дифференциальной диагностики стертой дизартрии и дислалии у детей старшего дошкольного возраста с ФФН нами был проведен количественный и качественный анализ результатов обследования, который представлен ниже.

Анализ *анамнестических сведений* показал, что у 100 % детей с дислалией (Андрей А., Даниил Б., Марк Т., Софья В.) анамнез не отягощен. У 100 % детей со стертой дизартрией (Тимофей А., Матвей Г., Арсений Е., Ксения Ш.) анамнез отягощен, поскольку отмечаются:

- нарушения звукопроизношения у ближайших родственников / у матери, наличие хронических заболеваний у матери (пиелонефрит);
- наличие токсикозов первого, третьего триместра беременности средней тяжести;
- употребление никотина матерью во время беременности;
- искусственные роды (кесарево сечение), стремительные / затяжные естественные роды;
- вялое сосание груди, частые поперхивания и срыгивания;
- нарушения сна, частый необоснованный плач;
- перенесенные вирусные заболевания до года, дисбактериоз;
- минимальные мозговые дисфункции, нестабильность шейного отдела позвоночника.

Для установления доверительных отношений с каждым ребенком, создания в ходе обследования доброжелательной, спокойной обстановки, которая будет способствовать раскрытию всех способностей детей, *мы с помощью метода наблюдения и опросных методов (анкетирование, беседы с родителями, воспитателями, психологом) исследовали поведение дошкольников в процессе их деятельности и общения с окружающими, выявили психологические особенности личности каждого ребенка.*

Краткая характеристика детей старшего дошкольного возраста с фонетико-фонематическим недоразвитием представлена в таблице № 1.

Таблица 1

Краткая характеристика детей старшего дошкольного возраста с ФФН

№	Обследуемый ребенок	Дата рождения	Психологические особенности ребенка
1	Андрей А.	13.04.2009	Эмоциональный фон настроения уравновешенный. Темп деятельности умеренный, работоспособность достаточная. Внимание устойчивое.
2	Тимофей А.	19.01.2010	Эмоциональный фон настроения уравновешенный. Темп деятельности умеренный, работоспособность недостаточная. Внимание неустойчивое, часто отвлекается.
3	Даниил Б.	09.08.2010	Эмоциональный фон настроения уравновешенный. Темп деятельности умеренный. Работоспособность достаточная. Внимание неустойчивое, часто отвлекается.
4	Софья В.	03.01.2010	Эмоциональный фон настроения уравновешенный. Темп деятельности умеренный, работоспособность достаточная. Внимание устойчивое. Не чувствует уверенности в себе, боится дать неправильный ответ.
5	Матвей Г.	15.09.2010	Эмоциональный фон настроения уравновешенный. Темп деятельности замедленный, работоспособность недостаточная. Внимание неустойчивое, часто отвлекается, крутится, вскакивает с места.
6	Артемий Е.	29.01.2010	Эмоциональный фон настроения уравновешенный. Темп деятельности умеренный, работоспособность достаточная. Внимание устойчивое.
7	Марк Т.	25.03.2010	Эмоциональный фон настроения уравновешенный. Темп деятельности умеренный, работоспособность достаточная. Внимание устойчивое.
8	Ксения Ш.	05.03.2010	Эмоциональный фон настроения уравновешенный. Темп деятельности умеренный, работоспособность достаточная. Внимание неустойчивое, часто отвлекается, крутится, вскакивает с места, не дослушивает собеседника до конца.

Анализ данных о психологических особенностях личности каждого ребенка, представленных в таблице № 1 показал, что у 50 % детей с

дислалией (Даниил Б., Софья В.) отмечаются неустойчивое внимание, неуверенность в себе.

У 75 % детей со стертой дизартрией (Тимофей А., Ксения Ш., Матвей Г.) отмечаются недостаточная работоспособность и неустойчивое внимание.

Учёт выявленных особенностей личности каждого ребенка помог нам создать комфортную обстановку для каждого дошкольника не только в ходе обследования, но и в процессе коррекции стертой дизартрии и дислалии у детей, что способствовало повышению эффективности проводимой нами работы.

Для эффективной коррекции речевых нарушений у старших дошкольников с ФФН важное значение имеет состояние слуховой функции.

Анализ результатов обследования *слухового внимания и восприятия речи* показал, что у 100 % детей с дислалией (Андрей А., Даниил Б., Марк Т., Софья В.) состояние слуховой функции в норме. Дети правильно узнавали и различали звучание музыкальных инструментов, звучащих игрушек, правильно определяли источник звука. Также все дети с дислалией правильно понимали и выполняли четырехступенчатую инструкцию.

У 50 % детей со стертой дизартрией (Артеми Е., Тимофей А.) также отмечается нормальное состояние слуховой функции. У 50 % детей (Матвей Г., Ксения Ш.) слуховое внимание и восприятие речи недостаточно развиты: Матвей Г. путал звучание бубна и погремушки, затруднялся с определением источника звука, инструкцию выслушивал до конца, но часто не понимал её с первого раза. Ксения Ш. в силу неустойчивого внимания инструкцию выслушивала не до конца и в результате этого задание выполняла неточно.

Состояние слуховой функции у детей старшего дошкольного возраста с ФФН при дислалии и стертой дизартрии представлено в виде диаграммы на рисунке 1.

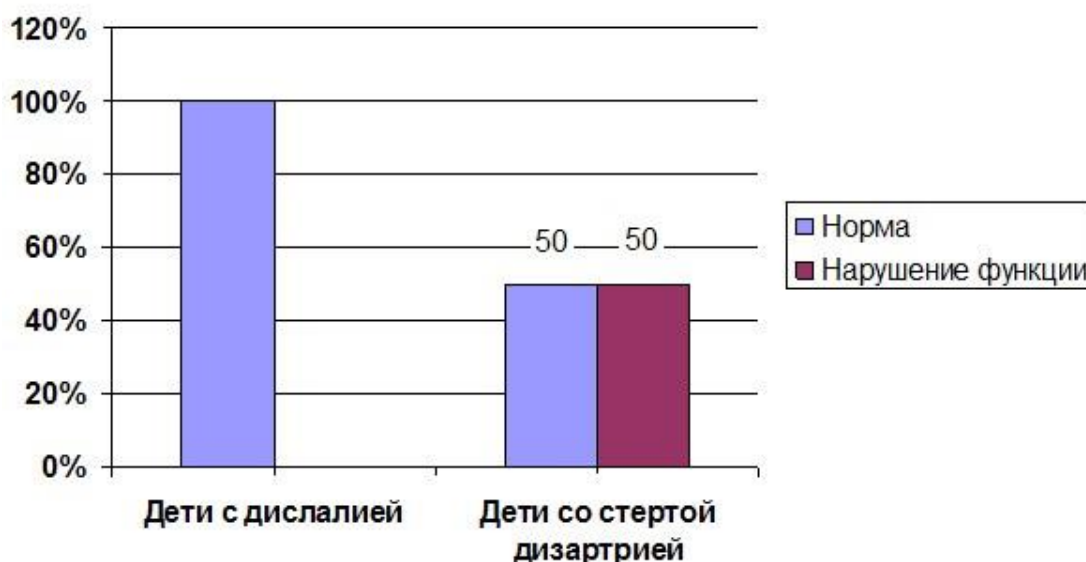


Рисунок 1 – Состояние слуховой функции у детей старшего дошкольного возраста с ФФН при дислалии и стертой дизартрии

Анализ результатов обследования *состояния зрительного восприятия, пространственного праксиса* показал, что у 100 % детей с дислалией (Андрей А., Даниил Б., Марк Т., Софья В.) данный показатель в норме. Так, все дети правильно называли и дифференцировали основные цвета и их оттенки; правильно показывали правую, левую руки; хорошо ориентировались в пространстве и правильно определяли положение предметов в пространстве.

У 100 % детей со стертой дизартрией (Артемий Е., Ксения Ш., Матвей Г., Тимофей А.) *состояние зрительного восприятия* также в норме.

У 75 % детей со стертой дизартрией (Артемий Е., Ксения Ш., Тимофей А.) *пространственный праксис* не нарушен, а у одного ребенка (25 %: Матвей Г.) *пространственный праксис* недостаточно развит: при выполнении различных заданий Матвей путал левую, правую руки, а также иногда ему требовалась помощь в правильном назывании положения предмета в пространстве.

Состояние зрительной функции и пространственного праксиса у старших дошкольников с ФФН при дислалии и стертой дизартрии представлено в виде диаграммы на рисунке 2.

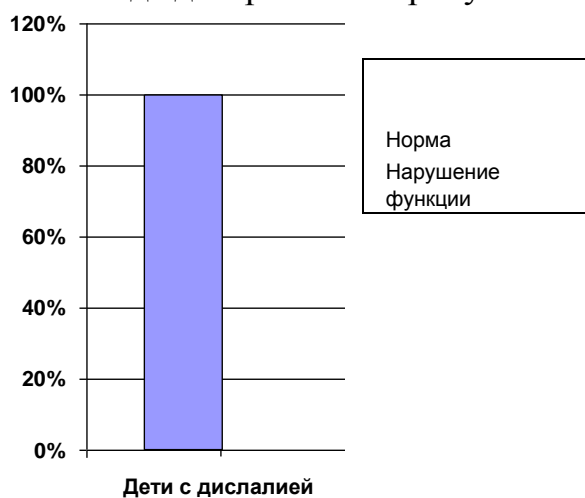


Рисунок 2 – Состояние зрительной функции и пространственного праксиса у старших дошкольников с ФФН при дислалии и стертой дизартрии

Анализ результатов обследования *общей моторики* у детей показал, что *динамическая координация движений, темп движений, а также произвольное торможение* движений у 100 % детей с дислалией (Андрей А., Даниил Б., Марк Т., Софья В.) и у 25 % детей со стертой дизартрией (Ксения Ш.) в норме. Все дети задания выполняли правильно с соблюдением последовательности движений. Для всех детей отмечена хорошая переключаемость с одного движения на другое, а также плавность и точность движений обеих ног. При остановке по команде все дети хорошо удерживали равновесие.

У 75 % детей со стертой дизартрией (Артемию Е., Матвей Г., Тимофей А.) отмечаются нарушения *динамической координации* движений, которые проявляются в недостаточной плавности и точности движений.

У большинства детей вызвали затруднения задания на обследование *статической координации* движений. Так, у 50 % детей с дислалией

(Андрей А., Даниил Б.) и у 100 % детей со стертой дизартрией (Артемий Е., Ксения Ш., Матвей Г., Тимофей А.) статическая координация движений нарушена: дети плохо удерживали равновесие стоя на одной ноге (и на левой, и на правой), быстро оступались, искали опору.

Состояние общей моторики у старших дошкольников с ФФН при дислалии и стертой дизартрии представлено в виде диаграммы на рисунке 3.

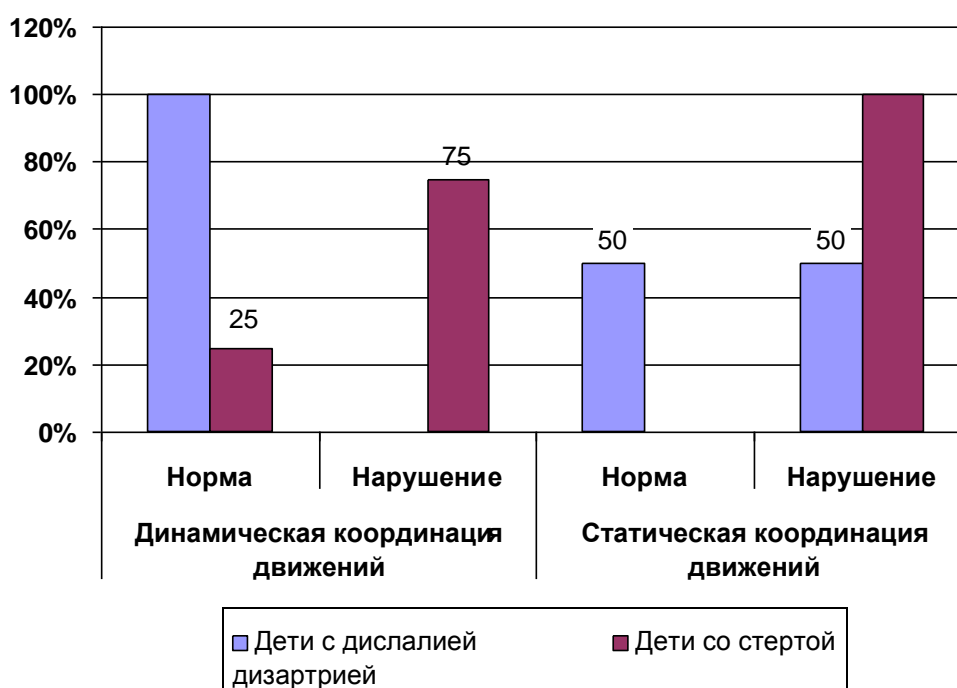


Рисунок 3 – Состояние общей моторики у старших дошкольников с ФФН при дислалии и стертой дизартрии

Анализ результатов обследования *ручной моторики* позволил нам сделать следующие выводы: для 75 % детей с дислалией (Андрей А., Марк Т., Софья В.) состояние ручной моторики в норме: объем движений полный, координация движений нормальная, хорошее удержание созданной позы, отсутствие синкинезий, хорошая переключаемость с одного движения на другое, темп выполнения заданий нормальный.

У одного ребенка с дислалией (25 %: Даниил Б.) состояние ручной моторики нарушено: несколько замедлен темп, недостаточный объем движений, а также недостаточная координация движений, поиск позы отмечались при выполнении задания соединить большой палец руки (левой, правой, обеих) с остальными пальцами. При этом отмечены хорошее удержание созданной позы, отсутствие синкинезий, хорошая переключаемость с одного движения на другое.

У 100 % детей со стертой дизартрией (Артемий Е., Ксения Ш., Матвей Г., Тимофей А.) *ручная моторика* развита недостаточно, что выражается в замедленном темпе выполнения заданий, в недостаточной координации движений, поиске позы, в нарушении последовательности выполнения движений и недостаточной переключаемости с одного движения на другое.

Состояние ручной моторики у детей старшего дошкольного возраста с ФФН при дислалии и стертой дизартрии представлено в виде диаграммы на рисунке 4.

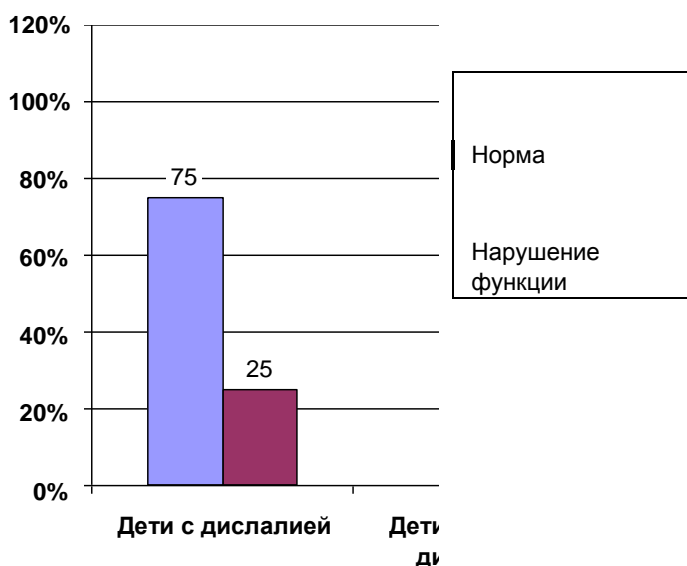


Рисунок 4 – Состояние ручной моторики у детей старшего дошкольного возраста с ФФН при дислалии и стертой дизартрии

Большое значение для дифференциальной диагностики стертой дизартрии и дислалии у детей имеет работа органов артикуляционного аппарата, поэтому в ходе проведения экспериментального исследования было обследовано состояние артикуляционной моторики (кинестетический, кинетический праксис и динамическая организация артикуляционных движений) у детей старшего дошкольного возраста с ФФН.

Анализ результатов обследования *кинестетического орального праксиса* показал, что у 75 % детей со стертой дизартрией (Матвей Г., Артемий Е., Ксения Ш.) данный параметр нарушен. Нарушение иннервации артикуляционного аппарата отрицательно влияет на чувствительность данных органов, поэтому дети неправильно чувствовали (ощущали) в каком положении находятся губы и язык при произнесении различных звуков.

Анализ результатов обследования *кинетического орального праксиса* позволил сделать вывод о том, что у 100 % детей со стертой дизартрией (Тимофей А., Матвей Г., Артемий Е., Ксения Ш.) данный параметр нарушен, что обусловлено нарушением иннервации артикуляционного аппарата. Движения языка, губ неточные, выполняются в неполном объеме, в замедленном темпе, отмечено недостаточное удержание языка, губ в заданном положении, у всех детей нарушен мышечный тонус. У трех детей (Артемий Е., Матвей Г., Тимофей А.) была отмечена *гиперсаливация*, у двух детей (Артемий Е., Ксения Ш.) – *девиация языка*. *Тремор языка* был отмечен у трех детей (Артемий Е., Ксения Ш., Матвей Г.), *синкинезии* – у одного ребенка (Артемий Е.).

У одного ребенка с ФФН и механической дислалией (25 %: Даниил Б.) отмечено, что *движения языка выполнялись неточно и в неполном объеме*. При высывании и удержании языка в заданном положении, кончик языка подворачивался внутрь и раздваивался, что объясняется наличием короткой

подъязычной связки у Даниила Б. При этом мышечный тонус нормальный, синкинезии, гиперсаливация, тремор – отсутствуют.

Кинетический оральный праксис у 75 % детей с дислалией (Андрей А., Марк Т., Софья В.) в норме: отмечается точное, в полном объеме, в нормальном темпе выполнение движений языка, губ, нижней челюсти, хорошее удерживание языка, губ в заданном положении, при этом мышечный тонус нормальный, отсутствие синкинезий, гиперкинезов, гиперсаливации, тремора.

Динамическая организация артикуляционных движений нарушена у 100 % детей с дислалией и у 100 % детей со стертой дизартрией, что выражалось в неточном выполнении, ограниченности движений языка, губ, недостаточной переключаемости с одного движения на другое. Однако следует отметить, что механизм нарушений артикуляционной моторики у детей со стертой дизартрией и у детей с дислалией различный. Так, у детей с дислалией нарушения артикуляционной моторики обусловлены недостаточной сформированностью и отработанностью тонких дифференцированных движений органов артикуляции. У Даниила Б. при выполнении упражнения «Маятник» было отмечено наличие «синкинезий» (движения нижней челюстью, поворот головы вправо), которое объясняется короткой подъязычной связкой. Дополнительными движениями нижней челюсти и головы ребенок пытается компенсировать недостаточную подвижность языка. Таким образом, нарушение динамической организации движений языка у Даниила Б. обусловлено короткой подъязычной связкой.

В свою очередь, у детей со стертой дизартрией данные нарушения обусловлены недостаточной иннервацией артикуляционного аппарата и, как следствие, нарушением тонуса мышц языка, губ.

У 100 % детей с дислалией и у 100 % детей со стертой дизартрией затруднено поднятие кончика языка вверх, также при выполнении

задания «Качели» отмечается недостаточная переключаемость с одного движения на другое (из положения вверх в положение вниз), что и является причиной нарушения произношения свистящих, шипящих и сонорных звуков.

У 100 % детей со стертой дизартрией (Артемий Е., Ксения Ш., Матвей Г., Тимофей А.) была отмечена *быстрая утомляемость, повышение саливации* при увеличении нагрузок. У 75 % человек со стертой дизартрией (Артемий Е., Ксения Ш., Тимофей А.) отмечено *наличие синкинезий* при выполнении движений. У всех детей данной категории нарушен мышечный тонус.

Состояние артикуляционной моторики у детей старшего дошкольного возраста с ФФН при дислалии и стертой дизартрии представлено в виде диаграммы на рисунке 5.

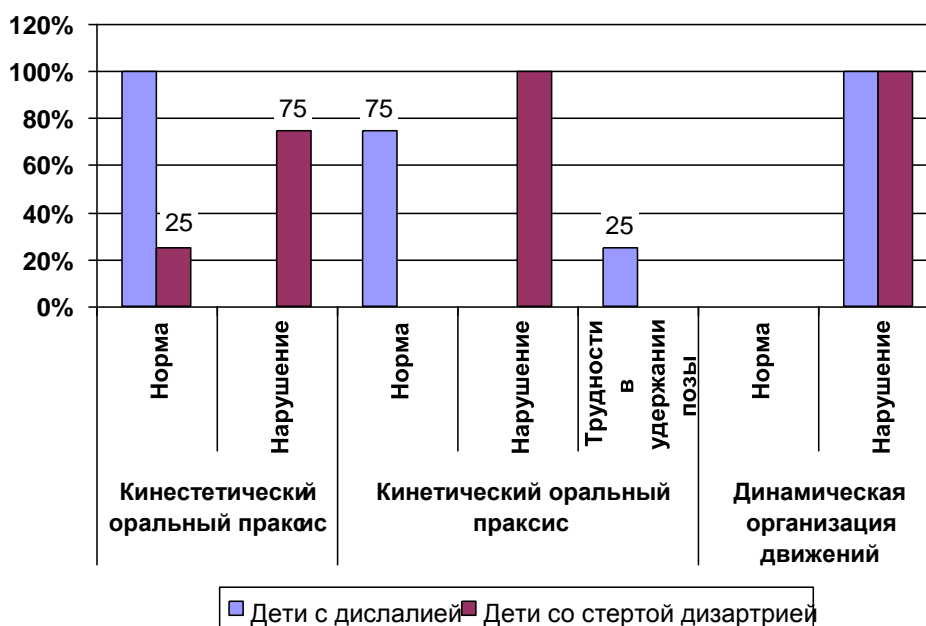


Рисунок 5 – Состояние артикуляционной моторики у старших дошкольников с ФФН при дислалии и стертой дизартрии

Таким образом, можно сделать общий вывод о том, что артикуляционная моторика нарушена у 100 % детей старшего дошкольного

возраста с ФФН, но в разной степени, а также по различным причинам, которые зависят от наличия того или иного нарушения речи по клиникопедагогической классификации.

Анализ результатов обследования *мимической мускулатуры* позволил сделать следующие выводы: работа мышц лицевой мускулатуры у 100 % детей с дислалией (Андрей А., Даниил Б., Марк Т., Софья В.) в норме: тонус мышц нормальный, движения четкие, хорошая переключаемость с одного движения на другое, мимические позы выполняли правильно.

У 100 % детей со стертой дизартрией (Артеми Е., Ксения Ш., Матвей Г., Тимофей А.) *работа мышц лицевой мускулатуры* нарушена: тонус мышц нарушен, мимические позы выполняли неточно, объем движений неполный.

У 50 % детей со стертой дизартрией (Артеми Е., Тимофей А.) ввиду гипотонуса мышц лицевой мускулатуры отмечается *сглаженность носогубных складок*.

Работа мышц лицевой мускулатуры у старших дошкольников с ФФН при дислалии и стертой дизартрии представлена в виде диаграммы на рисунке 6.

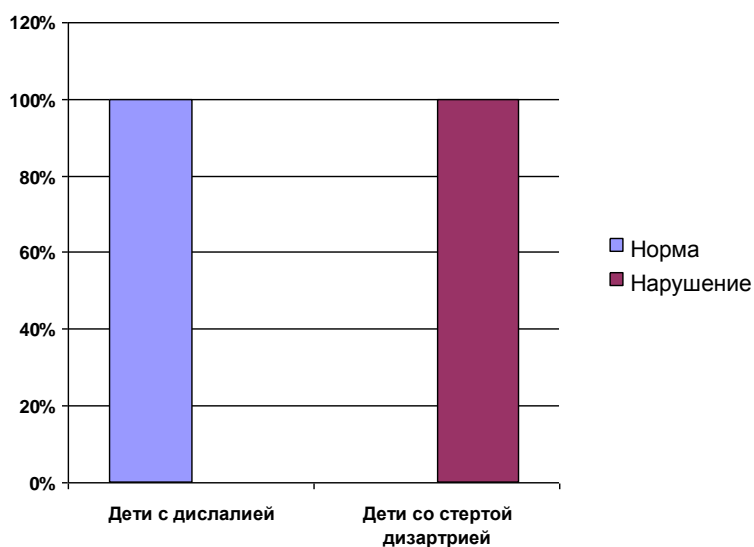


Рисунок 6 – Работа мышц лицевой мускулатуры у старших дошкольников с ФФН при дислалии и стертой дизартрии

Для дифференциации стертой дизартрии и дислалии у детей старшего дошкольного возраста с ФФН нами в ходе проведения экспериментального исследования было обследовано *состояние анатомического строения периферического отдела артикуляционного аппарата* у данной категории детей.

Анализ результатов обследования позволяет сделать вывод о том, что у 75 % детей с дислалией (Андрей А., Софья В., Марк Т.) и у 75 % детей со стертой дизартрией (Тимофей А., Матвей Г., Артемий Е.) состояние анатомического строения периферического отдела артикуляционного аппарата соответствует норме.

У 25 % детей с дислалией (Даниил Б.) и у 50 % детей со стертой дизартрией (Ксения Ш., Матвей Г.) выявлены нарушения в строении периферического отдела артикуляционного аппарата. Так, у Даниила Б. выявлена *короткая подъязычная связка*. Наличием короткой подъязычной связки у Даниила Б. объясняется нарушенное произношение сонорных звуков Р, Л (в твердом и мягком варианте). У Ксении Ш. – *толстый язык*, который мешает ей правильно, четко произносить сонорные звуки Р, Рь. У Матвея Г. *частые, мелкие зубы*, а также *увеличены аденоиды*, поэтому дыхание через нос у него затруднено, голос имеет *назальный оттенок*.

Состояние анатомического строения периферического отдела артикуляционного аппарата у детей старшего дошкольного возраста с ФФН при дислалии и стертой дизартрии представлено в виде диаграммы на рисунке 7.

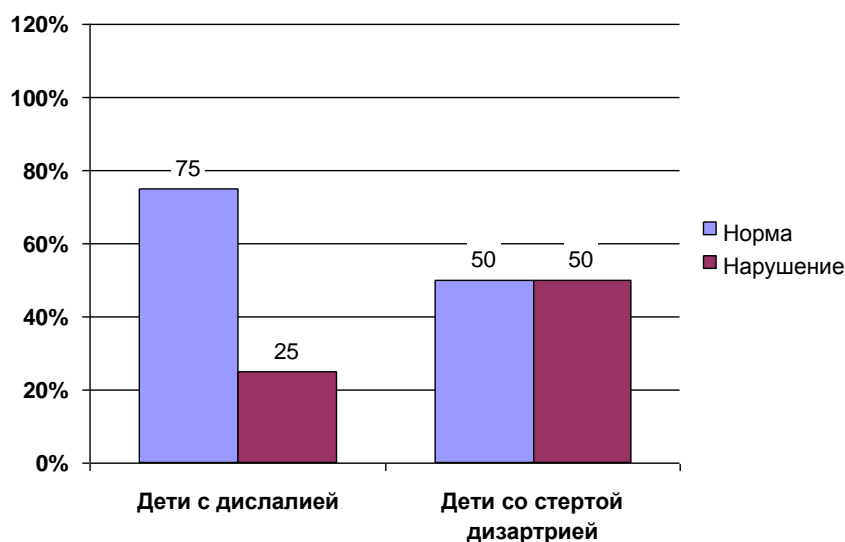


Рисунок 7 – Состояние анатомического строения периферического отдела артикуляционного аппарата у старших дошкольников с ФФН при дислалии и стертой дизартрии

Важно отметить, что у 75 % детей с дислалией (Андрей А., Софья В.) и у 100 % детей со стертой дизартрией (Тимофей А., Матвей Г., Артемий Е., Ксения Ш.) происходит *смена верхних и нижних передних молочных зубов*. Отсутствие передних молочных зубов оказывает отрицательное влияние на четкость произношения свистящих и шипящих звуков.

В ходе проведения экспериментального исследования были изучены *особенности звукопроизношения* у детей старшего дошкольного возраста с ФФН в различных фонетических условиях: изолированно, в словах (в начале, в конце, в середине), во фразовой речи.

Обследуемые звуки были условно разделены на пять групп: 1 – гласные звуки (а, э, о, ы, у, и); 2 – свистящие (с, съ, з, зь, ц); 3 – шипящие (ш, ж, щ, ч); 4 – соноры (р, рь, л, ль, м, мь, н, нь, й); 5 – остальные звуки: заднеязычные, губно-губные, губно-зубные и зубные (к, кь, г, гь, х, хь, б, бь, п, пь, в, вь, ф, фь, д, дь, т, ть).

После проведения экспериментального исследования *состояния звукопроизношения*, было выяснено, что у 100 % детей с дислалией (Андрей А., Даниил Б., Марк Т., Софья В.) и у 100 % детей со стертой дизартрией (Артемий Е., Ксения Ш., Матвей Г., Тимофей А.) произношение гласных звуков (1 группа) и заднеязычных, губно-губных, губно-зубных и зубных звуков (5 группа) не нарушено в различных фонетических условиях: изолированно, в словах (в начале, в конце, в середине), во фразовой речи.

Анализ результатов обследования *произношения звуков изолированно* детьми старшего дошкольного возраста с ФФН позволяет сделать вывод о том, что наиболее часто нарушенными являются сонорные звуки. Так, *нарушения произношения сонорных звуков* в виде искажения отмечены у 100 % детей с дислалией (Даниил Б., Софья В., Андрей А., Марк Т.) и у 75 % детей со стертой дизартрией (Тимофей А., Артемий Е., Ксения Ш.).

Нарушения произношения свистящих звуков в виде искажений и замен отмечены у 50 % детей с дислалией (Даниил Б., Андрей А.) и у 50 % детей со стертой дизартрией (Матвей Г., Тимофей А.).

У одного ребенка с дислалией (25 %: Софья В.) и у одного ребенка со стертой дизартрией (25 %: Артемий Е.) отмечено *нарушение произношения шипящих звуков* в виде искажения звуков.

Анализ результатов обследования *произношения звуков в словах* детьми старшего дошкольного возраста с ФФН показал, что у детей при произнесении слов отмечено больше дефектных звуков, чем при изолированном произношении. При этом кроме искажений и замен отмечены пропуски нарушенных звуков в словах.

Так, *произношение свистящих звуков* в различных фонетических условиях нарушено (искажения, замены) у 75 % детей с дислалией (Даниил Б., Софья В., Андрей А.) и у 50 % детей со стертой дизартрией (Матвей Г., Тимофей А.).

Искажения *произношения шипящих звуков* в различных фонетических условиях отмечены у одного ребенка с дислалией (25 %: Софья В.) и у 75 % детей со стертой дизартрией (Тимофей А., Артемий Е., Ксения Ш.).

Нарушения *произношения сонорных звуков* в различных фонетических условиях в виде искажений, замен и пропусков отмечены у 100 % детей с дислалией (Даниил Б., Марк Т., Андрей А., Софья В.) и у 100 % детей со стертой дизартрией (Артемий Е., Ксения Ш., Матвей Г., Тимофей А.).

Произношение свистящих звуков в предложениях нарушено у 50 % детей с дислалией (Андрей А., Даниил Б.) и у 75 % детей со стертой дизартрией (Артемий Е., Матвей Г., Тимофей А.).

Произношение шипящих звуков в предложениях нарушено у 50 % детей с дислалией (Андрей А., Софья В.) и у 75 % детей со стертой дизартрией (Артемий Е., Ксения Ш., Матвей Г.).

Произношение сонорных звуков в предложениях нарушено у 100 % детей с дислалией (Андрей А., Даниил Б., Марк Т., Софья В.) и у 100 % детей со стертой дизартрией (Артемий Е., Ксения Ш., Матвей Г., Тимофей А.).

Состояние звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с ФФН при дислалии и стертой дизартрии представлено в виде диаграммы на рисунке 8.

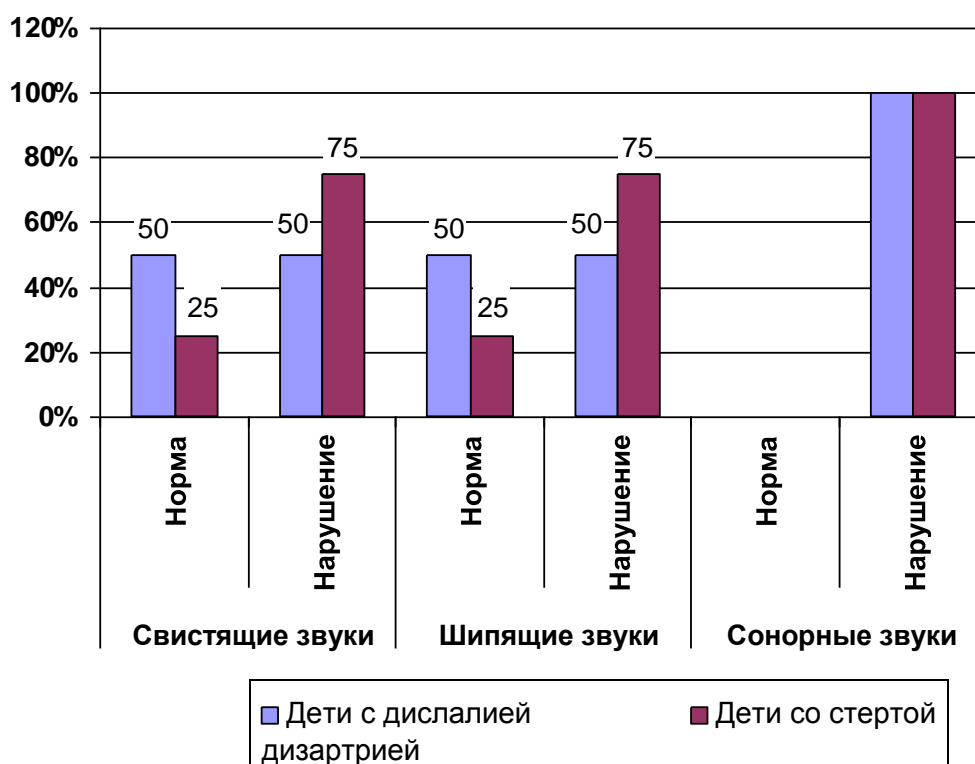


Рисунок 8 – Состояние произношения звуков детьми старшего дошкольного возраста с ФФН при дислалии и стертой дизартрии

При обследовании состояния звукопроизношения *антропофонический дефект* (искажение звука) был отмечен у 100 % детей с дислалией (Андрей А., Даниил Б., Марк Т., Софья В.) и у 100 % детей со стертой дизартрией (Артеми Е., Ксения Ш., Матвей Г., Тимофей А.).

Фонологический дефект (отсутствие звука) был отмечен у 75 % детей с дислалией (Даниил Б., Марк Т., Софья В.) и у 50 % детей со стертой дизартрией (Ксения Ш., Матвей Г.).

Фонологический дефект (замена звука) был отмечен у одного ребенка с дислалией (25 %: Софья В.) и у одного ребенка со стертой дизартрией (25 %: Матвей Г.). При этом Матвей Г. заменял звуки [з] → [ж], [ц] → [ч], [с] → [ш], а Софья В. заменяла только один звук [ц] → [тс], которые являются опорными для звука [ц].

Дефекты произношения звуков детьми старшего дошкольного возраста с ФФН при дислалии и стертой дизартрии отображены в гистограмме на рисунке 9.

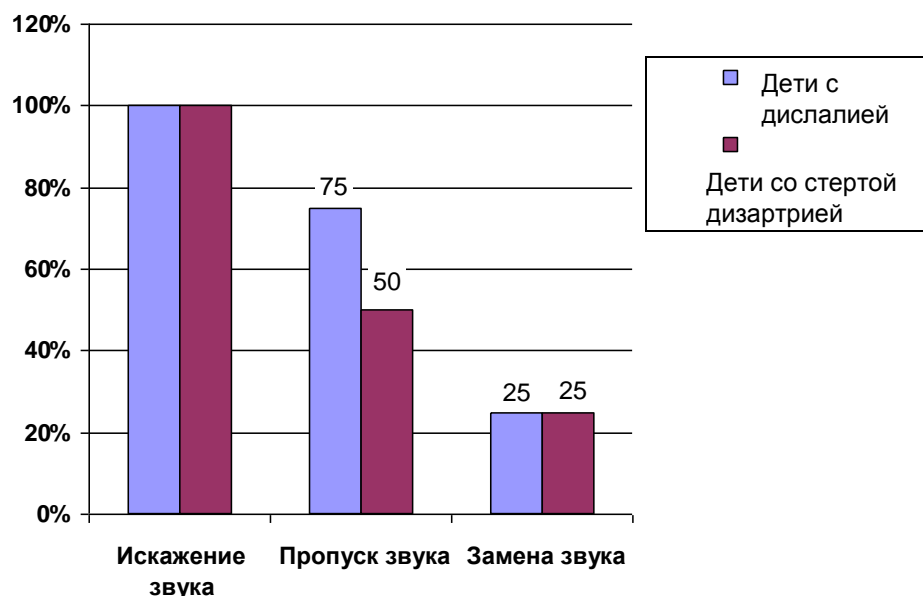


Рисунок 9 – Дефекты звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с ФФН при дислалии и стертой дизартрии

Таким образом, у 75 % детей с дислалией и у 100 % детей со стертой дизартрией выявлено полиморфное нарушение звукопроизношения (свистящие, шипящие и сонорные звуки). У 25 % детей с дислалией (Марк Т.) выявлено мономорфное нарушение произношения сонорных звуков. Наиболее часто нарушается произношение сонорных звуков, далее свистящих и шипящих звуков. Самым распространенным дефектом является антропофонический, т.е. искажение звука, далее фонологический дефект (отсутствие звука и замена звука).

При этом у 50 % детей с дислалией (Андрей А., Марк Т.) и у 100 % детей со стертой дизартрией (Тимофей А., Матвей Г., Артемий Е., Ксения Ш.) при изолированном произношении нарушено меньше звуков, чем при произнесении слов и фраз. Объясняется это тем, что у детей с дислалией не автоматизирован процесс переключения с одного артикуляционного уклада

на другой, а у детей со стертой дизартрией имеются нарушения артикуляционной моторики, обусловленные недостаточной иннервацией органов артикуляции, что затрудняет или делает невозможным процесс правильного произнесения свистящих, шипящих и сонорных звуков в более сложных фонетических условиях.

В структуре дефекта при стертой дизартрии, в отличие от дислалии, отмечаются нарушения дыхательной и голосовой функции, поэтому для дифференциации данных речевых нарушений нами было проведено обследование *состояния дыхательной и голосовой функции* у старших дошкольников с ФФН.

Анализ результатов обследования показал, что для 100 % детей с дислалией (Андрей А., Даниил Б., Марк Т., Софья В.) были отмечены *диафрагмальный тип дыхания, достаточные объем и сила воздушной струи*.

У 75 % детей со стертой дизартрией (Ксения Ш., Матвей Г., Тимофей А.) были отмечены *грудной тип дыхания, недостаточный объем и сила воздушной струи*, что объясняется нарушенной иннервацией грудного отдела артикуляционного аппарата. Зафиксированные нарушения физиологического дыхания приводят к нарушению речевого дыхания, голосовой функции и просодических компонентов речи у детей со стертой дизартрией.

Анализ результатов обследования *фонационного дыхания и голосовой функции* показал, что 100 % детей с дислалией (Андрей А., Даниил Б., Марк Т., Софья В.) предложения различной структуры произносили плавно на одном выдохе, с достаточными модуляциями голоса по высоте и силе. В спонтанной организованной речи (при прочтении стихотворения наизусть) у всех детей с дислалией речь остается четкой (кроме нарушенных звуков),

плавной, без дополнительных доборов воздуха в середине смысловых фраз, голос громкий, с достаточными модуляциями по высоте и силе.

У 75 % детей со стертой дизартрией (Артемий Е., Матвей Г., Тимофей А.) зафиксирован *укороченный речевой выдох*, что приводит к тому, что при произнесении длинной фразы детям приходится делать добор воздуха в середине предложения. Также у этих детей в тестовых заданиях отмечаются *недостаточные модуляции голоса по высоте и / или по силе*. Нарушение голосовой функции у дошкольников со стертой дизартрией приводит к монотонной речи. *В спонтанной организованной речи* (при прочтении стихотворения наизусть) у 100 % детей со стертой дизартрией (Артемий Е., Матвей Г., Тимофей А., Ксения Ш.) отмечается *ухудшение фонационного дыхания и голосовой функции*: в предложениях появились необоснованные паузы, голос стал тихим, речь нечеткая, смазанная, монотонная, появилась гиперсаливация.

Анализ результатов обследования *тембра голоса* у старших дошкольников с ФФН показал, что у 100 % детей с дислалией (Андрей А., Даниил Б., Марк Т., Софья В.) тембр голоса нормальный.

У 50 % детей со стертой дизартрией (Артемий Е., Матвей Г.) был зафиксирован *назальный тембр голоса*. При этом у Матвея Г. назальный тембр голоса объясняется *увеличенными аденоидами*, что приводит к назальному оттенку при произнесении звуков [м] и [н], тембр остальных звуков не меняется. У Артемия Е. назальный оттенок голоса объясняется *гипотонусом мягкого нёба*, в результате чего основная масса фонационного выдоха проходит через носовой резонатор, и гласные и согласные звуки (кроме звуков [м], [н]) приобретают назальный оттенок.

Состояние физиологического, фонационного дыхания, голосовой функции, тембра голоса у старших дошкольников с ФФН при дислалии и стертой дизартрии представлены в виде диаграммы на рисунке 10.

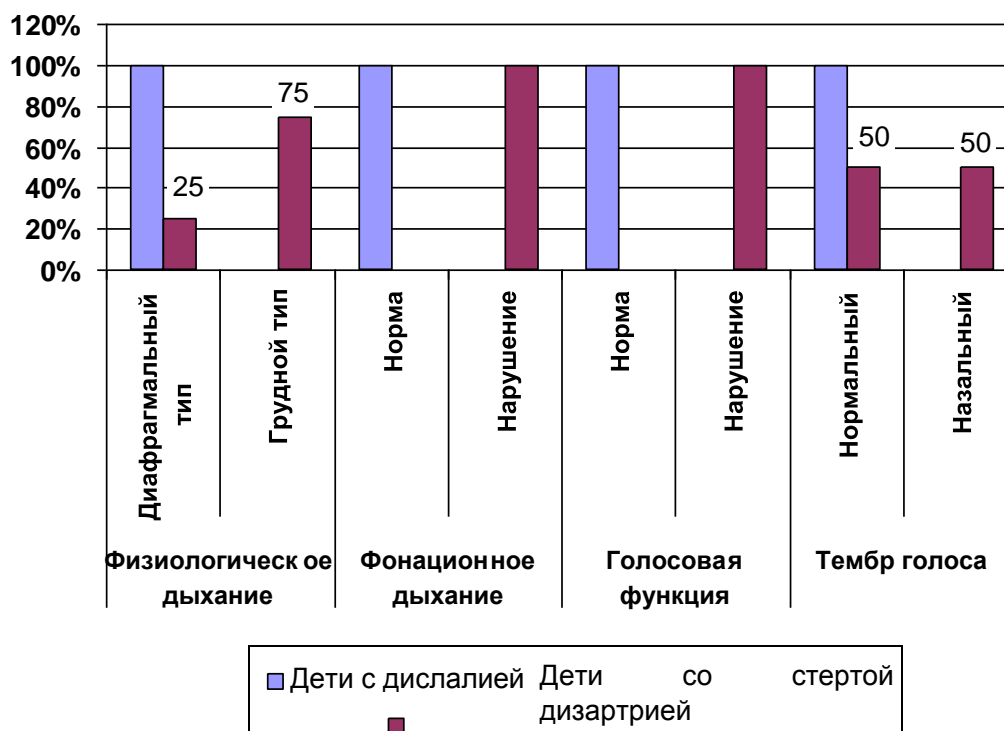


Рисунок 10 – Состояние физиологического, фонационного дыхания, голосовой функции, тембра голоса у старших дошкольников с ФФН при дислалии и стертой дизартрии

При стертой дизартрии отмечаются стойкие нарушения просодической стороны речи у детей, поэтому для дифференциальной диагностики дислалии и стертой дизартрии нами было подробно изучено *состояние просодических компонентов речи* дошкольников.

Для оценки темпа речи детей их высказывания были записаны на диктофон, и затем была высчитана скорость (количество слогов, произнесенных за 1 секунду).

Анализ результатов обследования *просодических компонентов речи* показал, что у 100 % детей с дислалией (Андрей А., Даниил Б., Марк Т., Софья В.) при выполнении тестовых заданий, а также в спонтанной организованной речи (прочтение стихотворения наизусть) речь была

интонационно выразительной, с достаточными модуляциями голоса, темп речи нормальный, всеми детьми соблюдался чёткий ритм стихотворения.

При выполнении тестовых заданий у 75 % детей со стертой дизартрией (Артеми́й Е., Матвей Г., Тимофе́й А.) были выявлены недостаточная интонационная выразительность речи, несоблюдение четкого ритма, ускоренный или замедленный темп речи.

В спонтанной организованной речи (прочтение стихотворения наизусть) нарушения просодических компонентов речи были отмечены у 100 % детей со стертой дизартрией (Артеми́й Е., Ксения Ш., Матвей Г., Тимофе́й А.). Некоторые дети (Ксения Ш., Матвей Г.) сначала даже отказывались выполнять задание.

Состояние просодических компонентов речи у старших дошкольников с ФФН при дислалии и стертой дизартрии представлено в виде диаграммы на рисунке 11.

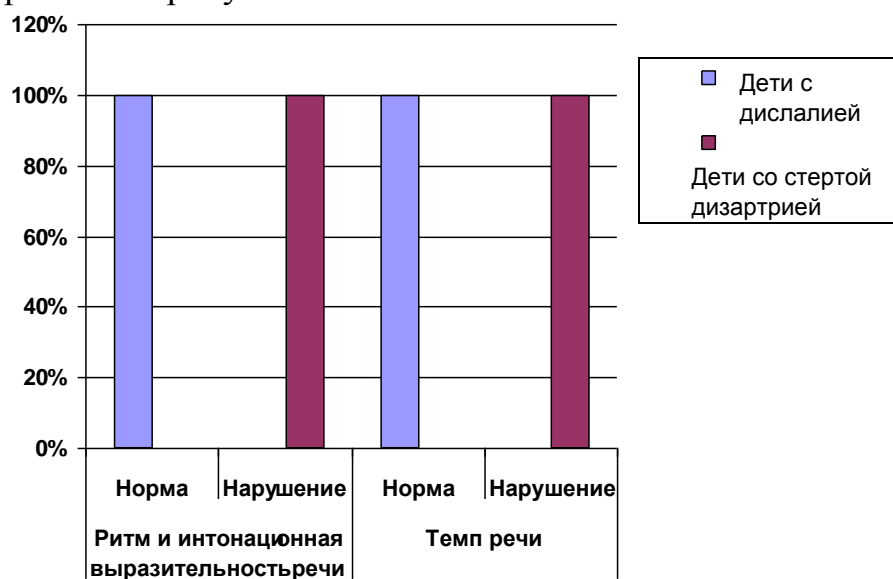


Рисунок 11 – Состояние просодических компонентов речи у старших дошкольников с ФФН при дислалии и стертой дизартрии

Для реализации комплексного обследования детей старшего дошкольного возраста с ФФН нами в ходе проведения экспериментального

исследования было обследовано состояние фонематических функций у данной категории детей.

Анализ результатов обследования *фонематических процессов* у детей старшего дошкольного возраста с ФФН показал, что у 75 % детей со стертой дизартрией (Артемий Е., Матвей Г., Тимофей А.) и у 25 % детей с дислалией (Марк Т.) *способность к фонематическому анализу и синтезу сформирована недостаточно*. Задания на выделение ударного гласного в начале слова и на выделение заданного согласного звука в словах больших затруднений не вызвали. С данными заданиями затруднения возникли у одного ребенка со стертой дизартрией (25 %: Матвей Г.).

Наибольшие затруднения у всех детей вызвали задания на определение первого и последнего звуков в слове, на определение последовательности и количества звуков в слове, а также задания на составление слова из последовательно данных звуков.

В задании на *выделение определенного согласного звука из слова* допускали ошибки 25 % детей с дислалией (Марк Т.) и 50 % детей со стертой дизартрией (Тимофей А., Матвей Г.). При этом Тимофей А. и Матвей Г. допускали ошибки со звуками, которые у них нарушены и в произношении, а у Марка Т. возникли затруднения с выделением из слов звука [С], который произносится им нормировано.

Анализ результатов обследования показал, что *дифференциация шипящих звуков* при произношении нарушена у 25 % детей со стертой дизартрией (Матвей Г.). *Дифференциация в группе свистящих звуков* при произношении нарушена у 50 % детей со стертой дизартрией (Артемий Е., Матвей Г.).

Задание показать предмет, названный логопедом, все дети, принимавшие участие в экспериментальном исследовании, выполнили правильно.

Таким образом, получается, что у детей старшего дошкольного возраста с ФФН возникают трудности в дифференциации звуков близких по акустическим и артикуляционным признакам.

Состояние фонематических функций у детей старшего дошкольного возраста с ФФН при дислалии и стертой дизартрии представлено в виде диаграммы на рисунке 12.

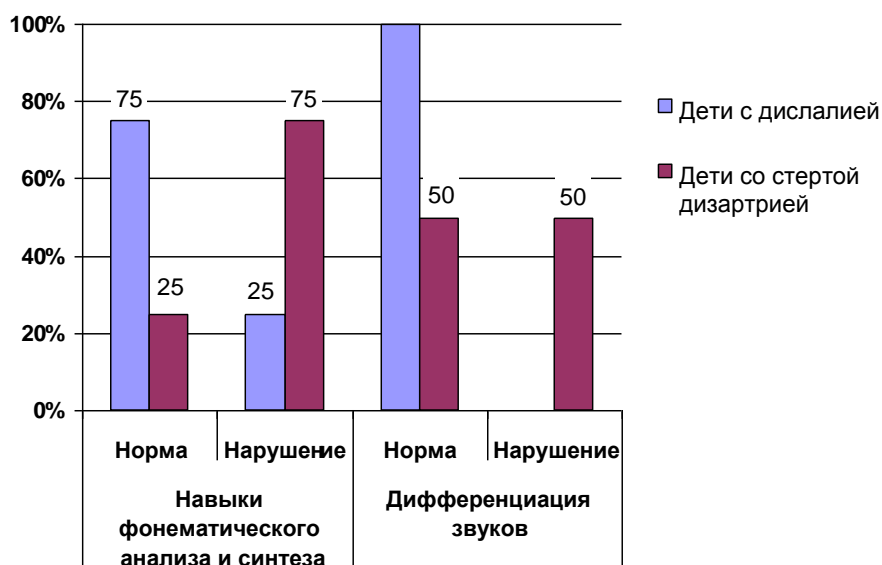


Рисунок 12 – Состояние фонематических функций у старших дошкольников с ФФН при дислалии и стертой дизартрии

Таким образом, у 25 % детей с дислалией (Марк Т.) и у 75 % детей со стертой дизартрией (Тимофей А., Матвей Г., Артемий Е.) фонематические процессы, а именно способность к фонематическому анализу и синтезу и дифференциация звуков, не соответствуют возрасту, что может привести в дальнейшем, при обучении в школе, к проблемам в овладении процессами чтения и письма и, как следствие, к понижению самооценки ребенка и его мотивации к учебному процессу.

По результатам обработки анамнестических сведений и протокольных данных дифференциальной диагностики *были составлены логопедические заключения с подробным описанием структуры дефекта для каждого*

ребенка (логопедические заключения представлены в *Приложении 5*), выведены речевые профили детей до проведения коррекционной работы (речевые профили представлены в *Приложении 6*).

Для того чтобы получить индивидуальный речевой профиль, мы высчитывали успешность выполнения заданий на каждый параметр обследования в процентном выражении. Для этого мы умножали начисленное за всю серию заданий количество баллов на 100 и делили полученный результат на максимально возможное количество баллов, т.е.:

- на 8 – для параметра «Состояние слуховой функции: слуховое внимание, восприятие речи»;
- на 12 – для параметра «Состояние зрительного восприятия, пространственного праксиса»;
- на 12 – для параметра «Состояние общей моторики»; на 24 – для параметра «Состояние ручной моторики»; на 36 – для параметра «Состояние артикуляционной моторики»; на 8 – для параметра «Работа мышц лицевой мускулатуры»; на 60 – для параметра «Состояние звукопроизношения»; на 20 – для параметра «Состояние дыхательной и голосовой функции»; на 16 – для параметра «Состояние просодических компонентов речи»; на 36 – для параметра «Состояние фонематических функций».

Затем, используя полученные значения, мы вычерчивали речевые профили, отложив по оси ординат успешность выполнения заданий методики в процентах, а по оси абсцисс – названия параметров обследования. Поскольку параметры обследования: психологические особенности ребенка и анатомическое строение периферического отдела артикуляционного аппарата не оцениваются по балльной системе, то по оси абсцисс необходимо отложить десять названий параметров обследования:

1. состояние слуховой функции: слуховое внимание, восприятие речи;

2. состояние зрительного восприятия, пространственного праксиса;
3. состояние общей моторики;
4. состояние ручной моторики;
5. состояние артикуляционной моторики;
6. работа мышц лицевой мускулатуры;
7. состояние звукопроизношения;
8. состояние дыхательной и голосовой функции;
9. состояние просодических компонентов речи;
10. состояние фонематических функций.

Таким образом, комплексное обследование детей старшего дошкольного возраста, включающее анализ анамнестических данных, учет данных о психологических особенностях личности каждого ребенка, о событиях, происходящих в их семьях, и логопедическое обследование с использованием дополнительных параметров, позволило нам определить уровень речевого развития и уточнить нозологическую форму речевой патологии дошкольников. Данные, полученные в ходе дифференциальной диагностики стертой дизартрии и дислалии, позволили нам вывести логопедические заключения, соответствующие структуре речевой недостаточности детей, что будет способствовать разработке эффективных индивидуальных программ коррекции данных речевых нарушений.

2.2. Разработка и реализация индивидуальных программ по коррекции стертой дизартрии и дислалии у старших дошкольников с ФФН

В настоящее время наблюдается стремительный рост количества детей с речевой патологией в силу множества негативных биологических и социальных причин. Среди них значительную часть составляют дети старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией и дислалией.

Выявленные особенности общего и речевого развития детей старшего дошкольного возраста с ФФН при дислалии и стертой дизартрии позволили сделать вывод о необходимости разработки и реализации дифференцированных индивидуальных программ по коррекции речевых нарушений (формирующий эксперимент).

Формирующий эксперимент диссертационного исследования проводился с мая 2016 года – по июнь 2017 года на базе МБДОУ «ДС № 307 г. Челябинска».

Цель формирующего эксперимента – разработка и реализация дифференцированных индивидуальных программ по коррекции стертой дизартрии и дислалии у старших дошкольников с ФФН с использованием систематизированных компьютерных технологий. Выявление особенностей и сроков реализации каждого этапа индивидуальных программ.

Организация формирующего эксперимента

Для разработки эффективных индивидуальных программ по коррекции стертой дизартрии и дислалии у старших дошкольников и успешной их реализации нами были проведены следующие мероприятия:

- сбор, анализ и систематизация информации по традиционным и нетрадиционным методам коррекции стертой дизартрии и дислалии;
- учтены результаты констатирующего эксперимента, а также возрастные и личностные особенности детей;
- определены направления коррекционной работы;
- сформулированы основная цель и задачи индивидуальных программ;

- определены этапы реализации индивидуальных программ;
- соблюдены основные принципы коррекционной работы;
- определены периодичность и продолжительность занятий, в том числе с использованием компьютерных технологий;
- определены условия и сроки реализации индивидуальных программ; □ разработаны методические рекомендации к реализации программ.

Основная цель индивидуальных программ – создание условий и подбор дифференцированных методов коррекции стертой дизартрии и дислалии у детей старшего дошкольного возраста с ФФН. Предупреждение возможных трудностей в усвоении программы массовой школы, обусловленных недоразвитием речевой системы старших дошкольников.

Основные задачи индивидуальных программ:

1. формирование полноценной фонетической системы языка;
2. развитие фонематического восприятия и первоначальных навыков звукового анализа и синтеза;
3. формирование произносительных умений и навыков в различных видах самостоятельной речи;
4. подготовка к обучению грамоте, овладение элементами грамоты; предупреждение возможных трудностей в усвоении программы массовой школы;
5. совершенствование лексико-грамматической системы и связной речи.

Программы по коррекции стертой дизартрии отличаются от программ по коррекции дислалии наличием дополнительных задач, обусловленных особенностями общего и речевого развития детей:

- одна из основных задач – формирование интонационной выразительности высказываний в зависимости от речевых намерений, четкости речи;
- предусмотрены мероприятия по нормализации: мышечного тонуса мимической и артикуляционной мускулатуры, физиологического и фонационного дыхания, тембра голоса, а также по нормализации мелкой моторики рук и общей моторики.

Таким образом, в индивидуальных программах отражаются направления коррекционной работы, которые позволяют устранить выявленные в ходе логопедического обследования нарушения речевой деятельности и пробелы в знаниях, умениях, навыках детей. Это позволяет повысить эффективность занятий и осуществлять личностно – ориентированный подход в обучении и воспитании, что является одной из актуальных задач специальной педагогики.

Учёт индивидуальных особенностей личности каждого дошкольника при проведении логопедического обследования и при последующей коррекционной работе позволил создать оптимальные условия для реализации потенциальных способностей каждого ребенка.

Содержание направлений работы на каждом этапе, методов и сроков их реализации, а также количество этапов коррекционной работы зависит от структуры речевого нарушения у детей.

Индивидуальные программы по коррекции стертой дизартрии и дислалии в зависимости от структуры речевого нарушения включают следующие этапы:

- I этап: подготовительный;

- II этап: постановка звука и автоматизация звука в разной сложности лексическом материале / формирование интонационной выразительности, четкости речи;
- III этап: дифференциация в произношении звуков, сходных по артикуляции или по звучанию;
- IV этап: введение поставленных звуков в речь / развитие интонационной выразительности, четкости речи в различных видах самостоятельной речи.

Каждый этап программы предполагает решение определенных задач, исходя из особенностей процесса наращивания знаний, навыков и умений ребенка.

Вспомогательным средством формирования и эффективной коррекции произносительной стороны речи у старших дошкольников со стертой дизартрией и дислалией является *применение компьютерных технологий*, которое не нарушает принятой системы коррекции нарушений речи у детей старшего дошкольного возраста с ФФН и логики профессионального мышления при планировании этой работы.

Компьютерные технологии обучения – это такая область методов, приемов, способов, средств обеспечения педагогических условий для осуществления целенаправленности процесса обучения, самообучения и самоконтроля на основе компьютерной техники, средств телекоммуникационной связи, интерактивного программно-методического обеспечения, моделирующего часть функций педагога по представлению, передаче информации и управлению познавательной личностно-ориентированной деятельности обучающегося. [62]

В основу использования компьютерных технологий в отечественной педагогике положены базовые положения, разработанные Л.С. Выготским,

П.Я. Гальпериным, В.В. Давыдовым, А.В. Запорожцем, А.Н. Леонтьевым, А.Р. Лурия, Д.Б. Элькониным и др. Теоретическая основа использования компьютерных технологий в коррекционно-развивающем обучении базируется на положениях Л.С. Выготского об уровне актуального развития ребёнка и зоне его ближайшего развития.

В индивидуальных программах по коррекции стертой дизартрии и дислалии предусмотрено применение компьютерных технологий на различных этапах коррекционной работы, что способствовало:

1. расширению сенсорной базы для освоения детьми правильного звукопроизношения;
2. быстрому созданию и поддерживанию на протяжении длительного времени мотивации детей к трудным для них занятиям произношением;
3. предотвращению утомления детей;
4. облегчению ребёнку освоения навыков самоконтроля над произношением;
5. стимулированию освоения им позиции субъекта обучения при формировании правильного звукопроизношения. [1, 20, 44, 47, 59, 95]

Применение компьютерных технологий повышает качество обучения, воспитания детей старшего дошкольного возраста, ускоряет процесс усвоения знаний, индивидуализирует обучение детей. [47]

И.Г. Белавина отмечает, что использование компьютерных технологий на занятиях способствует формированию и развитию произвольной моторики пальцев рук и совместной координированной деятельности зрительного и моторного анализаторов, что является важным моментом подготовки детей к овладению письмом. [12]

По мнению Т.К. Королевской, компьютерные технологии обучения предоставляют широкие возможности для проведения работы,

направленной на формирование и развитие коммуникативных навыков ребенка, развитие способности извлекать информацию из речевого общения. Компьютерные технологии позволяют моделировать различные ситуации общения и повторять диалог необходимое для ребенка число раз, что в реальной жизни затруднено. [59]

Актуальным направлением внедрения компьютерных технологий в работу учителя-логопеда является использование мультимедийных презентаций, интерактивных упражнений и игр, разработанных самостоятельно в приложении Microsoft Power Point.

Преимуществами использования мультимедийных презентаций и игр являются информационная емкость, доступность, наглядность, эмоциональная привлекательность, мобильность, полифункциональность.

Мультимедийные презентации, интерактивные упражнения и игры, разработанные в приложении Microsoft Power Point, а также готовые программные продукты («Игры для Тигры» [69], «Играем и учимся» [61], «Домашний логопед. Практический курс» [118], интерактивные онлайн-игры на развивающем портале Мерсибо (<https://mersibo.ru>) [99], игры и презентации, представленные на сайтах viki.rdf.ru, www.logozavr.ru, и др.) применялись нами на различных этапах коррекции стертой дизартрии и дислалии у старших дошкольников.

Основной формой коррекционного обучения являлись индивидуальные занятия.

Периодичность занятий – 2 – 3 раза в неделю в дни наибольшей работоспособности детей (вторник, среда, четверг). **Продолжительность занятий** для ребенка седьмого года жизни составляла не более 30 минут. Важно, чтобы в остальные дни занятия с каждым ребенком проводились родителями в домашних условиях по заданию и с рекомендациями

логопеда. Домашние занятия проводятся в виде кратковременных упражнений (от 5 до 15 минут) желательны 2 – 3 раза в течение дня.

Занятия с использованием компьютера мы проводили, при соблюдении определенных требований к использованию технических средств в организации обучения дошкольников (СанПиН 2.4.1.2660-10).

Использование компьютерных технологий для коррекции стертой дизартрии и дислалии осуществлялось в конце каждого индивидуального занятия, когда отмечалось снижение внимания и работоспособности ребенка. *Продолжительность работы с компьютером* в форме развивающих игр и упражнений составляла 5 – 10 минут. При этом после работы с компьютером для каждого ребенка проводилась гимнастика для глаз.

Срок реализации индивидуальных программ зависит от структуры речевого нарушения у старших дошкольников и составил:

- для детей с ФФН при дислалии от 4 месяцев до 1 года (в зависимости от количества нарушенных звуков и личностных особенностей детей);
- для детей с ФФН при стертой дизартрии 1 – 2 года (в зависимости от степени нарушения иннервации мышц артикуляционного аппарата и просодических компонентов речи, количества нарушенных звуков и личностных особенностей детей).

Для оценки динамики развития детей в середине учебного года (во второй половине января) проводился промежуточный срез, по результатам которого осуществлялась корректировка индивидуальных программ в зависимости от уровня развития каждого ребенка, его возрастных и индивидуальных особенностей.

Поскольку в настоящее время, дети со стертой дизартрией и дислалией посещают группы в логопедических дошкольных учреждениях,

а также общеобразовательные группы, группы комбинированной направленности и логопедические пункты в массовых дошкольных учреждениях, то *реализация индивидуальных программ по коррекции данных речевых нарушений возможна как в условиях специального, так и инклюзивного образования.*

При подборе игр и упражнений для коррекции стертой дизартрии и дислалии нами выполнялось следующее условие:

- все упражнения должны быть *полифункциональными* (т.е. одно упражнение способствует формированию и развитию нескольких функций), *многовариантными* (достижение поставленной цели решается при максимальном участии всех анализаторов) и *многократными* (т.к. только при многократном повторении достигается автоматизация новых умений, формирование навыка).

Коррекционная работа в ходе формирующего эксперимента была построена с учетом **основных принципов логопедии:**

- *принцип развивающего обучения* (в процессе реализации индивидуальных программ по коррекции стертой дизартрии и дислалии определялись задачи, которые находятся в зоне ближайшего развития ребенка, также производился анализ речевого дефекта в динамике возрастного развития ребенка);
- *онтогенетический принцип* (разработка индивидуальных программ, а также последовательности предоставления дидактических игр и упражнений, лексического и картинного материала осуществлялась с учетом появления форм и функций речи, а также видов деятельности ребенка в онтогенезе);
- *принцип системности* (структурные компоненты речи находятся в тесном взаимодействии, поэтому материал для закрепления правильного

произношения звуков подбирался таким образом, чтобы он одновременно способствовал расширению и уточнению словаря, грамматически правильной речи, умению правильно строить предложения и способствовал развитию связной речи);

- *принцип комплексности* (для правильности логопедического заключения и повышения эффективности коррекционной работы по устранению стертой дизартрии и дислалии были учтены данные медицинской и психолого-педагогической документации на ребенка, а также данные логопедического обследования);
- *этиопатогенетический принцип*: учет механизмов нарушения речи (в ходе логопедического обследования детей выявлялись причины нарушений звукопроизводительной стороны речи, что позволило составить эффективные индивидуальные программы по коррекции стертой дизартрии и дислалии у старших дошкольников с ФФН, включающие мероприятия по нормализации мышечного тонуса мимической и артикуляционной мускулатуры и по нормализации артикуляционной моторики);
- *принцип деятельностного подхода* (учет ведущей деятельности – для ребенка дошкольного возраста такой деятельностью является игра; в процессе игры у него возникает множество вопросов, а значит, он испытывает потребность в речевом общении, поэтому все задания на этапе диагностики и коррекционной работы проводились в игровой форме);
- *принцип связи речи с другими сторонами психического развития ребенка* (в процессе коррекции стертой дизартрии и дислалии у дошкольников проводились систематические упражнения на развитие внимания, памяти и мышления на отработанном лексическом материале);

- *опора на сохранное звено* (в ходе коррекционной работы с дошкольниками сначала задействовалось более сохранное звено, а затем постепенно подключалось нарушенное звено к активной работе: на подготовительном этапе, когда артикуляционный аппарат ребенка еще не готов к тому, чтобы произнести нормировано какой-либо звук, то мы работали с этим звуком над формированием и развитием фонематического восприятия);
- *принцип индивидуальности* (каждый ребенок индивидуален, поэтому с первой встречи с каждым ребенком мы учитывали их психологические особенности, определяли область интересов каждого ребенка, что способствовало установлению доверительных отношений и повышению мотивации к логопедическим занятиям);
- *принцип доступности* (при подборе дидактических игр и упражнений, а также лексического и картинного материала нами учитывались возрастные и индивидуальные особенности каждого ребенка, так как изучаемый материал по содержанию и объему должен быть посилен им);
- *принцип поэтапности* (логопедический процесс длительный и целенаправленный; выделялись следующие этапы: диагностика, разработка и реализация индивидуальных программ по коррекции, промежуточный срез и контроль);
- *принцип интеграции* (данный принцип способствует более высоким темпам общего и речевого развития детей, поэтому мы осуществляли взаимодействие в работе учителя-логопеда с воспитателями, специалистами ДООУ и родителями. Роль родителей в устранении речевой проблемы – одна из ведущих).

В данной главе диссертационного исследования представлены следующие индивидуальные программы:

- по коррекции стертой дизартрии у ребенка старшего дошкольного возраста с ФФН Тимофея А.;
- по коррекции дислалии у ребенка старшего дошкольного возраста с ФФН Марка Т.

Остальные индивидуальные программы по коррекции стертой дизартрии и дислалии у старших дошкольников с ФФН представлены в *Приложении 7*.

**Индивидуальная программа по коррекции дислалии у
старшего дошкольника с ФФН Марка Т.**

Пояснительная записка

На момент обследования возраст Марка Т. 5 лет 11 месяцев.

Ребенок воспитывается в полной семье, семья социально благополучная. В семье также имеется новорожденный ребенок, поэтому взрослые часто просят Марка Т. говорить тише. Таким образом, ближайшее окружение сформировало у ребенка привычку говорить тихим, вплоть до шепота, голосом.

Анамнез Марка Т. неотягощенный, поскольку:

- у родителей и родственников отсутствуют речевые, нервнопсихические и хронические заболевания;
- беременность протекала без особенностей и осложнений;
- роды естественные, протекание родов нормальное, отсутствие у ребенка асфиксии, отсутствие травм во время родов;
- к груди Марка Т. приложили в день родов; сосание активное, без поперхиваний и частых срыгиваний;
- характер «жизненного ритма» ребенка без особенностей;
- отсутствие ушибов, травм головы, оперативного вмешательства, перенесенных заболеваний до года;

- раннее речевое развитие соответствовало возрасту.

У Марка Т. отмечены следующие *психологические особенности*:

- инструкцию взрослого выслушивает до конца, понимает ее правильно;
- эмоциональный фон настроения уравновешенный; □ работоспособность достаточная, внимание устойчивое; □ темп деятельности умеренный.

В ходе логопедического обследования выявлены следующие *особенности общего и речевого развития Марка Т.:*

- слух и слуховое внимание, восприятие речи, зрительное восприятие и пространственный праксис в норме;
- общая и ручная моторика в норме, темп движений нормальный;
- строение артикуляционного аппарата без отклонений;

□

кинестетический и кинетический артикуляционный праксис в норме;
динамическая организация движений языка, губ нарушена,
динамическая организация движений нижней челюсти, мягкого неба в
норме;

- иннервация артикуляционного аппарата и мимических мышц не нарушена;
- диафрагмальный тип дыхания, достаточные объем и сила воздушной струи; голос нормальный;
- просодическая сторона речи отклонений не имеет;
- антропофонический дефект (искажение), фонологический дефект (отсутствие и замена звука) произношения сонорных звуков [Л], [Ль], [Р], [Рь], мономорфное нарушение;
- недоразвитие фонематического слуха, навыки фонематического анализа и синтеза сформированы недостаточно.

В ходе проведения логопедического обследования, наблюдения и беседы с Марком Т. *грубых нарушений лексики, грамматического строя речи не наблюдалось.*

Логопедическое заключение Марка Т.: фонетико-фонематическое недоразвитие речи при функциональной дислалии.

Основная цель программы – коррекция антропофонического дефекта (искажение), фонологического дефекта (отсутствие и замена звука) произношения сонорных звуков [Л], [Ль], [Р], [Рь]; формирование произносительных умений и навыков в различных видах самостоятельной

речи. Развитие фонематического слуха, формирование навыков фонематического анализа и синтеза.

Построение программы представляет определенный алгоритм поэтапного формирования произносительных умений и навыков в различных видах самостоятельной речи и развития фонематического восприятия. Последовательность реализации задач в рамках тематического планирования позволяет осуществить коррекционную работу, начиная от подготовительного периода к постановке сонорных звуков и автоматизации данных звуков в разной сложности лексическом материале до выработки коммуникативных умений и навыков.

Содержание программы

Программа коррекции дислалии у старшего дошкольника с ФФН в соответствии с выявленными особенностями речевого и общего развития Марка Т. *включает 3 этапа:*

- I этап: подготовительный;
- II этап: постановка звука и автоматизация звука в разной сложности лексическом материале;
- III этап: введение поставленных звуков в речь.

I этап: подготовительный.

Основные задачи этапа:

1. вызвать интерес к логопедическим занятиям;
2. совершенствование мелкой моторики:
 - массаж кистей рук;
 - совершенствование различных движений кистей и пальцев рук;
3. устранение недостаточности развития артикуляционной моторики:
 - проведение артикуляционных упражнений для развития динамической организации артикуляционных движений;

□

- проведение артикуляционной гимнастики с биоэнергопластикой;
- 4. отработка целенаправленной сильной воздушной струи;
- 5. формирование и развитие фонематического восприятия на материале правильно произносимых звуков:
 - развитие способности узнавать и различать неречевые звуки;
 - развитие способности узнавать и различать звуки речи по высоте и силе голоса;
 - различение интонационных средств выразительности в чужой речи;
 - дифференциация речевых и неречевых звуков;
 - различение слогов, состоящих из правильно произносимых звуков; различение звуков на слух в ряду других звуков, в слогах, словах, предложениях: всех гласных (У, А, И, Ы, О) и согласных, произношение которых не нарушено.
- 6. формирование и развитие навыка звукового анализа и синтеза на материале правильно произносимых звуков:
 - выделение начального гласного из слов (Аня, ива, утка), последовательное называние гласных в ряду из 2-3 гласных (АИ, УИА);
 - анализ и синтез обратных слогов (АТ, ИТ);
 - преобразование слогов за счет изменения одного звука;
 - выделение конечного согласного из слов (мак, кот);
 - выделение слогообразующего гласного из положения после согласного в односложном слове (ком, кнут);
 - выделение из слов начального согласного;
 - анализ и синтез прямых слогов (ТА, КА);

□ анализ и синтез слов (суп, кит).

II этап: постановка звука и автоматизация звука в разной сложности лексическом материале.

Основные задачи этапа:

1. выработка основных артикуляционных укладов;
2. постановка звуков [Л], [Ль], [Р], [Рь] различными способами;
3. автоматизация звуков [Л], [Ль], [Р], [Рь] изолировано (через звукоподражание) и в разной сложности лексическом материале;
4. совершенствование фонематического восприятия:
 - дифференциация на слух звуков (без проговаривания) в ряду других звуков, в слогах, словах, предложениях;
 - дифференциация правильно произносимых звуков с проговариванием в слогах, словах, предложениях и текстах;
 - различение интонационных средств выразительности в чужой речи;
5. совершенствование навыка звукового анализа и синтеза:

- усвоение слогообразующей роли гласных (в каждом слоге один гласный звук);
 - деление слов на слоги, составление слоговой схемы односложных и двусложных слов;
 - звуко-слоговой анализ слов типа косы, сани, суп, утка;
 - составление схемы слова из полосок и фишек;
 - усвоение качественной характеристики звуков: звуки гласные и согласные, твердые и мягкие;
 - воспитание умения находить в слове ударный гласный;
 - выделение гласного звука в конце слова;
 - воспитание умения подбирать слова к данным схемам;
 - воспитание умения подбирать слова к заданной модели (первый звук твердый согласный, второй — гласный, третий — мягкий согласный, четвертый — гласный и т.п.).
- б. формирование контроля за собственным произношением.

III этап: введение поставленных звуков в речь.

Основные задачи этапа:

1. закрепление навыка употребления звуков [Л], [Ль], [Р], [Рь] в самостоятельной речи:
 - использование игр в вопросно-ответной форме и коротких бесед по заданной теме;
 - использование театрализованной деятельности;
 - организация сюжетно-ролевых игр;
 - автоматизация звуков в процессе диалогической речи, в играх, развлечениях, режимных моментах и т.д.

□

□ развитие самостоятельных высказываний;

2. закрепление навыка звукового анализа и синтеза: □

составление схемы слова с выделением ударного слога;

□ выбор слова к соответствующей графической схеме;
воспитание умения подбирать слова к заданной модели;

□ преобразование слов за счет замены одного звука или слога;

□ подбор слова с заданным количеством звуков;

□ определение последовательности звуков в слове;

□ определение количества и порядка слогов в слове;

□ определение звуков, стоящих перед или после определенного звука;

□ составление слов из заданной последовательности звуков.

Методические рекомендации к реализации индивидуальной программы по коррекции дислалии у старшего дошкольника с ФФН Марка Т.

представлены ниже.

Индивидуальная программа по коррекции стертой дизартрии у старшего дошкольника с ФФН Тимофея А.

Пояснительная записка

На момент обследования возраст Тимофея А. 6 лет 1 месяц.

Ребенок воспитывается в полной семье, семья социально благополучная, в семье созданы благоприятные условия для всестороннего развития ребенка.

□ *Анамнез Тимофея А. отягощен* вследствие наличия следующих отрицательных факторов:

- наличие речевых нарушений у матери (нарушено произношение звука [л]);
 - токсикоз средней тяжести в первом триместре беременности, а также ОРВИ;
 - роды естественные, затяжные;
 - к груди ребенка приложили сразу после рождения, однако отмечались слабое сосание и поперхивания во время кормления;
 - характер «жизненного ритма» ребенка: частый и ничем не объяснимый плач, нарушение сна;
- перенесенные заболевания до года: бронхит, ОРВИ.

У Тимофея А. отмечены следующие *психологические особенности*:

- инструкцию взрослого выслушивает до конца, понимает ее правильно;
- эмоциональный фон настроения уравновешенный; □ работоспособность недостаточная, быстрая утомляемость;
- внимание неустойчивое, часто отвлекается, вскакивает с места.

В ходе логопедического обследования выявлены следующие *особенности общего и речевого развития Тимофея А.:*

- слух и слуховое внимание, восприятие речи, зрительное восприятие и пространственный праксис в норме;
- общая и ручная моторика нарушены;
- строение артикуляционного аппарата без отклонений;

□

- кинестетический артикуляционный праксис и кинетический праксис языка нарушены; динамическая организация движений языка, губ нарушена;
- иннервация артикуляционного аппарата и мимических мышц нарушена (пониженный тонус губ, языка, мимической мускулатуры);
- грудной тип дыхания, объем речевого дыхания ограничен; голос нормальный;
- имеются стойкие нарушения просодической стороны речи;
- антропофонический дефект (искажение) произношения свистящих звуков [С], [Сь], [З], [Зь], [Ц] и сонорных звуков [Л], [Ль], [Р], [Рь], полиморфное нарушение;
- недостаточная сформированность навыков фонематического анализа, синтеза.

В ходе проведения логопедического обследования, наблюдения и беседы с Тимофеем А. *грубых нарушений лексики, грамматического строя речи не наблюдалось.*

Логопедическое заключение Тимофея А.: фонетико-фонематическое недоразвитие речи при стертой дизартрии.

Основная цель программы – коррекция антропофонического дефекта (искажение) произношения свистящих звуков [С], [Сь], [З], [Зь], [Ц] и сонорных звуков [Л], [Ль], [Р], [Рь]; формирование интонационной выразительности, четкости речи и произносительных умений и навыков в различных видах самостоятельной речи. Развитие фонематического слуха, формирование и развитие навыков фонематического анализа и синтеза.

Построение программы представляет определенный алгоритм поэтапного формирования произносительных умений и навыков в различных видах самостоятельной речи и развития фонематического восприятия. *Содержание программы*

Программа коррекции стертой дизартрии у старшего дошкольника с ФФН в соответствии с выявленными особенностями речевого и общего развития Тимофея А. *включает 3 этапа:*

- I этап: подготовительный;
- II этап: постановка звука, автоматизация звука в разной сложности лексическом материале / формирование интонационной выразительности, четкости речи;
- III этап: введение поставленных звуков в речь / развитие интонационной выразительности, четкости речи в различных видах самостоятельной речи.

I этап: подготовительный.

Основные задачи этапа:

1. вызвать интерес к логопедическим занятиям;
 2. нормализация общей моторики:
- выработать статическую координацию движений;

- развить координацию движений и речи, речевого дыхания и нормализовать мышечный тонус;
3. нормализация мелкой моторики рук:
- запомнить названия пальцев рук;
 - массаж кистей рук;
 - освоить различные движения пальцами обеих рук;
4. нормализация мышечного тонуса и моторики артикуляционного аппарата:
- укрепляющий самомассаж мышц лба, щек, губ, языка;
 - точечный массаж биологически активных точек;
 - формирование кинетической основы артикуляционных движений;
 - активная артикуляционная гимнастика;
 - артикуляционная гимнастика с функциональными нагрузками;
 - артикуляционная гимнастика с биоэнергопластикой;
5. нормализация мышечного тонуса и работы мышц лицевой мускулатуры:
- активизирующий массаж, который включает следующие приемы классического массажа: поглаживание в сочетании с приемами растирания, разминания, сильной вибрации, поколачивания;
 - точечный активизирующий массаж;
 - развитие произвольных движений мимической мускулатуры.
6. нормализация речевого дыхания и голоса:
- улучшение функции внешнего дыхания ребенка;
 - выработка более глубокого вдоха и более длительного выдоха;
 - развитие фонационного (озвученного) выдоха;
 - тренировка речевого дыхания в процессе произнесения текста;
 - развитие голоса;
7. нормализация просодических компонентов речи:

- нормализация ритма и темпа;
 - формирование представлений об интонационной выразительности в импрессивной речи: познакомить Тимофея А. с различными видами интонации и средствами их обозначения, а также научить различать разнообразные интонационные структуры в импрессивной речи;
8. формирование и совершенствование фонематического восприятия на материале правильно произносимых звуков:
- развитие способности узнавать и различать звуки речи по высоте и силе голоса;
 - различение интонационных средств выразительности в чужой речи;
 - дифференциация речевых и неречевых звуков;
 - различение слогов, состоящих из правильно произносимых звуков;
 - различение звуков на слух в ряду других звуков, в слогах, словах, предложениях: всех гласных (У, А, И, Ы, О) и согласных, произношение которых не нарушено;
9. формирование и совершенствование навыка звукового анализа и синтеза на материале правильно произносимых звуков:
- выделение начального гласного из слов (Аня, ива, утка), последовательное называние гласных в ряду из 2-3 гласных (АИ, УИА);
 - анализ и синтез обратных слогов (АТ, ИТ);
 - преобразование слогов за счет изменения одного звука;
 - выделение конечного согласного из слов (мак, кот);
 - выделение слогаобразующего гласного из положения после согласного в односложном слове (ком, кнут);
 - выделение из слов начального согласного;
 - анализ и синтез прямых слогов (ТА, КА);

□ анализ и синтез слов (дом, кит).

II этап: постановка звука и автоматизация звука в разной сложности лексическом материале / формирование интонационной выразительности, четкости речи.

Основные задачи этапа:

1. выработка основных артикуляционных укладов;
2. постановка свистящих звуков [С], [Сь], [З], [Зь], [Ц] и сонорных звуков [Л], [Ль], [Р], [Рь] (по подражанию, механическим и смешанным способом);
3. совершенствование речевого дыхания и голоса:
 - тренировка речевого дыхания и голоса в процессе произнесения текста;
4. нормализация просодических компонентов речи:
 - работа над интонационной выразительностью повествовательного предложения;
 - работа над интонационной выразительностью вопросительного предложения; □ работа над интонационной выразительностью восклицательного предложения;
5. автоматизация звуков изолированно (через звукоподражание) и в разной сложности лексическом материале;
6. совершенствование фонематического восприятия:
 - дифференциация на слух звуков (без проговаривания) в ряду других звуков, в слогах, словах, предложениях;
 - дифференциация правильно произносимых звуков с проговариванием в слогах, словах, предложениях и текстах;
 - различение интонационных средств выразительности в чужой речи;
7. совершенствование навыка звукового анализа и синтеза:

- усвоение слогообразующей роли гласных (в каждом слоге один гласный звук);
 - деление слов на слоги, составление слоговой схемы односложных и двусложных слов;
 - звуко-слоговой анализ слов типа косы, сани, суп, утка;
 - составление схемы слова из полосок и фишек;
 - усвоение качественной характеристики звуков: звуки гласные и согласные, твердые и мягкие;
 - воспитание умения находить в слове ударный гласный;
 - выделение гласного звука в конце слова;
 - воспитание умения подбирать слова к данным схемам;
 - воспитание умения подбирать слова к заданной модели (первый звук твердый согласный, второй — гласный, третий — мягкий согласный, четвертый — гласный и т.п.);
8. формирование контроля за собственным произношением.

III этап: введение поставленных звуков в речь / развитие интонационной выразительности, четкости речи в различных видах самостоятельной речи.

Основные задачи этапа:

1. формирование интонационной выразительности, четкости речи в различных видах самостоятельной речи;
2. закрепление навыка употребления поставленных звуков в самостоятельной речи:
 - использование игр в вопросно-ответной форме и коротких бесед по заданной теме;
 - использование театрализованной деятельности;

- организация сюжетно-ролевых игр;
- развитие самостоятельных высказываний;
- автоматизация звуков в процессе диалогической речи, в играх, развлечениях, режимных моментах и т.д.;

3. закрепление навыка звукового анализа и синтеза:

- составление схемы слова с выделением ударного слога;
- выбор слова к соответствующей графической схеме;
- воспитание умения подбирать слова к заданной модели;
- преобразование слов за счет замены одного звука или слога;
- подбор слова с заданным количеством звуков;
- определение последовательности звуков в слове;
- определение количества и порядка слогов в слове;
- определение звуков, стоящих перед или после определенного звука; □ составление слов из заданной последовательности звуков.

Методические рекомендации к реализации индивидуальной программы по коррекции стертой дизартрии у старшего дошкольника с ФФН Тимофея А. представлены ниже.

Методические рекомендации к реализации индивидуальных программ по коррекции стертой дизартрии и дислалии

у старших дошкольников с ФФН I

этап: подготовительный.

Срок реализации I – го этапа индивидуальных программ зависит от структуры речевой недостаточности у старших дошкольников и составил:

- для детей с ФФН при дислалии от 2 недель до 1 месяца;
- для детей с ФФН при стертой дизартрии от 1 месяца до 2 месяцев.

Вызвать интерес к логопедическим занятиям

Для эффективности работы логопеда по коррекции стертой дизартрии и дислалии как в условиях специального, так и инклюзивного образования необходимым условием является формирование у ребенка установки на занятия и установление с ним доверительных отношений. При встрече с незнакомым взрослым у детей старшего дошкольного возраста нередко наблюдаются скованность, стеснительность, замкнутость. Мы проявляли особую тактичность, доброжелательность по отношению к каждому ребенку, исключили из общения с ними излишнюю строгость и официальность. Мы узнали об интересах детей и предпочтениях в играх и опирались на них в коррекционной работе, чтобы вызвать у дошкольников интерес к занятиям и желание в них включиться.

Приведем пример: во время беседы с Тимофеем А. мы узнали, что он любит играть в игру «Крестики – нолики». В ходе коррекционной работы была установлена договоренность, что если Тимофей старательно выполняет все упражнения на занятии, то по окончании занятия мы играем 2 – 3 раза в игру «Крестики – нолики». В результате отмечены повышение мотивации у ребенка к хорошему поведению и высокой работоспособности на занятии и, как следствие, повышение эффективности работы по коррекции стертой дизартрии у старшего дошкольника.

Нормализация общей моторики

В ходе логопедических занятий мы обязательно проводили физкультминутки в течение 2 – 3 минут как для детей с дислалией, так и для детей со стертой дизартрией. Важно отметить, что цели проведения физкультминуток различались в зависимости от структуры речевого нарушения у детей:

□ для детей с дислалией основной целью физкультминутки является предупреждение, снятие утомления, мышечного напряжения и

статической нагрузки, связанной с сидением, повышение активного внимания и работоспособности, а также разнообразие содержания занятия;

- для детей со стертой дизартрией основной целью физкультминутки является развитие динамической и статической координации движений, координации движений и речи, восстановление устойчивости внимания, поднятие общего тонуса, повышение работоспособности.

Упражнения на *выработку статической координации движений* выполнялись с постепенным усложнением и включали следующие приемы: игра «Морская фигура на месте замри»; стоять на счет до 10 на правой / левой ноге с открытыми глазами, руки вытянуты в стороны; стоять на счет до 10 на правой / левой ноге с закрытыми глазами, руки вытянуты в стороны и др.

Для развития *динамической координации движений и речи, речевого дыхания и нормализации мышечного тонуса* использовались приёмы логоритмики, т.е. все движения сопровождалось стихотворениями, потешками, считалочками и песнями. Данные упражнения, помимо нормализации общей моторики детей, разнообразили логопедические занятия, повысили заинтересованность каждого ребенка в них, а также способствовали формированию чувства ритма у дошкольников.

Нормализация мелкой моторики

У детей с дислалией мелкая моторика рук не нарушена, поэтому данное направление коррекционной работы реализовывалось, чтобы совершенствовать более тонкие и сложные движения кистей и пальцев рук, а также разнообразить занятия.

Для детей со стертой дизартрией нормализация мелкой моторики направлена на формирование и развитие кинестетической, кинетической

основы движений, динамической координации движений кистей и пальцев рук.

Для формирования кинестетической основы движений руки кистям и пальцам рук придавались различные позиции, которые ребенок воспроизводил сначала со зрительным контактом, а затем с закрытыми глазами.

Для развития динамической координации движений руки дети выполняли организованные движения как последовательно, так и одновременно.

Для формирования и развития *разнообразных движений пальцев и кистей рук* использовались следующие приемы:

- упражнения по развитию кинестетической основы движений: образовать кольцо при соединении большого пальца правой/левой руки с любым другим, остальные пальцы при этом вытянуты; упражнения «Зайчик», «Коза», «Крокодил», «Сова», «Слон», «Очки», «Крыша» и др.;
- упражнения по развитию кинестетической основы движений: упражнения «Пальчики здороваются», «Игра на рояле», «Ножницы», «Футбол»; поочередно прикоснуться большим пальцем правой/левой руки (затем обеих рук) ко второму, третьему, четвертому и пятому пальцам с изменением темпа и др.;
- упражнения по совершенствованию динамической координации движений рук: складывание счетных палочек в коробку одновременно двумя руками; упражнения «Кулак – ладонь», «Маляры», «Цветочки просыпаются», «Швейня машинка» и др.;
- пальчиковые упражнения, сопровождаемые стихотворными текстами (Т.Ткаченко, И.Лопухина и др.);
- упражнения с пальчиковой азбукой;

- упражнения на развитие межполушарного взаимодействия: «кулак – ребро – ладонь», зеркальное рисование, «ухо – нос», перекрестные движения, «повторялки» и др.

Упражнения, способствующие *формированию разнообразных движений пальцев и кистей рук* были связаны с игровой деятельностью ребенка и с его повседневной жизнью. Помимо занятий с логопедом нормализация мелкой моторики осуществлялась воспитателями в дошкольном учреждении и родителями в домашних условиях. Использовались следующие приемы:

- игра в пальчиковый театр;
- настольные дидактические игры типа «Мозаики» и пр.;
- перебирание крупы, выкладывание картинок из крупы;
- нанизывание бусин на нитку;
- лепка из пластилина, глины, соленого теста;
- рисование пальчиковыми красками;
- аппликации из различных по текстуре материалов;
- застегивание пуговиц, кнопок, пряжек, зашнуровывание ботинок и др.

В работе по нормализации общей и ручной моторики *с помощью компьютерных технологий* использовались:

- упражнения из раздела «Советы родителям» программы «Домашний логопед. Практический курс»;
- упражнения из раздела «Моторика» на развивающем портале Mersibo.ru.

Нормализация мышечного тонуса и моторики артикуляционного аппарата

Так как у детей с дислалией нарушения артикуляционной моторики обусловлены недостаточной сформированностью и отработанностью тонких дифференцированных движений органов артикуляции, то для

данной категории детей мы проводили статические и динамические упражнения для губ, языка в форме сказок, а также артикуляционную гимнастику с применением биоэнергопластики. Поскольку у Даниила Б. нарушение динамической организации движений языка обусловлено короткой подъязычной связкой, то для него мы дополнительно проводили упражнения на растяжение подъязычной связки.

У детей со стертой дизартрией нарушения артикуляционной моторики обусловлены недостаточной иннервацией артикуляционного аппарата и, как следствие, нарушением тонуса мышц языка, губ, поэтому работу по данному направлению программы мы начинали проводить с дифференцированных приемов массажа мышц воротниковой зоны, лба, щек, губ, языка. Затем приступали к развитию кинестетической, кинетической основы и динамической организации артикуляционных движений. Далее проводилась артикуляционная гимнастика с функциональными нагрузками и с биоэнергопластикой.

С целью нормализации мышечного тонуса у детей со стертой дизартрией мы использовали *дифференцированные приемы классического массажа*.

Выбор приемов массажа, техники их проведения осуществлялся в зависимости от тонуса мускулатуры ребенка, индивидуальной переносимости и реактивности организма ребенка.

При гипотонусе мускулатуры (Тимофей А., Артемий Е.) с целью нормализации мышечного тонуса проводился *укрепляющий массаж мышц лба, щек, губ, языка*. Движения проводились интенсивно, с нажимом. Применялись растирания, разминания, пощипывания, постукивания. Сначала массаж выполнялся логопедом, а затем ребенок самостоятельно научился проводить массаж лица. Последовательность массажных движений в данном случае рекомендуется от центра к периферии. Методика

проведения массажа подробно представлена в работах Е.Ф. Архиповой, Е.А. Дьяковой.

При гипертонусе мускулатуры (Матвей Г., Ксения Ш.) мы проводили расслабляющий массаж, который включал следующие приемы классического массажа: легкие поглаживания, похлопывания, пощипывания, легкое растирание; легкую вибрацию. Все движения проводились по направлению от периферии к центру. Расслабляющий массаж всегда начинали проводить с воротниковой зоны (мышцы шеи и плечевого пояса), поскольку расслабление данной зоны способствует расслаблению мышц корня языка.

С целью нормализации артикуляционной моторики проводились *дифференцированные приемы артикуляционной гимнастики.*

Для совершенствования двигательно-кинестетической обратной связи уточнялось положение органов артикуляции ребенка при произнесении им сохраненных звуков.

Для формирования кинестетической основы артикуляционных движений проводились дифференцированные упражнения, цель которых создание прочных кинестезий через усиление афферентных импульсов разной модальности от мышц, задействованных в артикуляции, фонации, и фонационном дыхании. Сначала присутствовал зрительный контроль, который постепенно исключался.

Для губ:

- Выполнить перед зеркалом (позже без зеркала) упражнение «Забор» с одновременным произнесением звука [и], определить, в каком положении губы.

- Выполнить перед зеркалом (позже без зеркала) упражнение «Окно» с одновременным произнесением звука [а], определить в каком положении губы.
- Выполнить перед зеркалом (позже без зеркала) упражнение «Трубочка» с одновременным произнесением звука [у], определить в каком положении губы.
- Выполнить перед зеркалом (позже без зеркала) упражнение на переключение «Забор» — «Трубочка» с одновременным произнесением последовательно звуков [и]—[у] и определить последовательность в работе губ.

Для языка:

- Выполнить перед зеркалом (позже без зеркала) упражнение «Мост» с одновременным произнесением звука [и] и определить местоположение языка и его кончика.
- Выполнить перед зеркалом (позже без зеркала) упражнение «Парус» с одновременным произнесением звука [д] и определить местоположение языка и его кончика.
- Выполнить перед зеркалом (позже без зеркала) упражнение «Качели», в которые входят два положения — «Мост» и «Парус» — с поочередным произнесением звуков [и], [д] и определить положение языка.

Для развития кинетической основы артикуляционных движений выполнялись базовые статические упражнения для губ и языка, а затем для улучшения *динамической организации артикуляционных движений* – динамические артикуляционные упражнения для губ и языка. Все упражнения выполнялись по 2 – 3 раза на счет до 10. При выполнении артикуляционных упражнений сначала присутствовал зрительный контроль, а затем он постепенно исключался.

Статические упражнения для губ и языка:

- «Заборчик» – выработка широкого и спокойного положения языка, что необходимо для подготовки шипящих и свистящих звуков: ребенок максимально растягивает губы (улыбается) и одновременно показывает верхние и нижние зубы. Верхние зубы должны находиться напротив нижних. Необходимо проверить наличие расстояния между ними (1 мм). Важно, чтобы ребенок не морщил нос;
- «Окно» – умение удерживать рот открытым: из положения «Заборчик» ребенок медленно открывает рот, зубы должны быть видны;
- «Блинчик» – выработка широкого и спокойного положения языка, что необходимо для подготовки шипящих звуков: выдвинуть язык на нижнюю губу, язык должен быть спокойным и широким, нижняя губа не должна подворачиваться, верхняя должна обнажать зубы;
- «Накажем непослушный язычок» – выработка широкого и спокойного положения языка: широко улыбнуться и приоткрыть рот, положить широкий язык на нижнюю губу и, слегка покусывая его зубами, произнести «та-та-та» или пошлепать язык губами, произнося «пя-пя-пя»;
- «Чашечка» – подготовка верхнего подъема языка для звуков [ш], [р], [л]: широкий язык поднимается за верхние резцы и упирается в альвеолы, боковые края языка прижаты к зубам. Следить, чтобы язык не провисал;
- «Иголочка» – рот широко открыт, зубы должны быть видны, язык выдвинуть вперед, напрягая его, и придать заостренную форму жала;
- «Грибок» – подготовка верхнего подъема языка для звуков [р], [л], растяжение подъязычной связки: рот широко открыть, зубы должны быть видны, прижать широкий язык всей плоскостью к нёбу, затем присосать его к нёбу и удерживать в таком положении 5—10 секунд;

- «Трубочка» – выработать активность и подвижность губ: вытянуть губы вперед, плотно их сомкнуть, чтобы в центре не было дырочки.

Динамические упражнения для губ и языка:

- артикулирование ряда с плавным переходом: и – а – о – у и в обратном порядке;
- «Заборчик – трубочка» – добиться ритмичного, точного переключения с одной артикуляции на другую: из положения «Заборчик» выполнить движение «Трубочка», переключения выполнить 5—6 раз в разном темпе (начинать в медленном темпе). Руку ребенок ставит под подбородком, чтобы контролировать его неподвижность;
- «Вкусное варенье» – формирование верхнего подъема языка в форме «Чашечки»: широкий язык поднять к верхней губе и выполнить облизывающие движения сверху вниз по верхней губе 2—3 раза в медленном темпе;
- «Маляр» – выработать тонкие дифференцированные движения кончиком языка для звука [р], растяжение подъязычной связки: рот открыть, улыбнуться, широким кончиком языка погладить нёбо, делая движения вперед-назад (от зубов в глубь рта и обратно);
- «Качели» – дифференцировать нижнее и верхнее положение языка: открыть рот, высунуть язык, тянуться языком попеременно то к носу, то к подбородку. Убрать язык в рот и тянуться языком то к верхним, то к нижним резцам;
- «Лошадка» – выработать тонкие дифференцированные движения кончиком языка для звука [р]: рот открыть, губы в улыбке, кончик языка прижать, а затем присосать к альвеолам (бугоркам за верхними зубами) и со щелчком оторвать. Сначала движение выполняется медленно, постепенно темп увеличивается;

- «Барабанщики» – выработать тонкие дифференцированные движения кончиком языка для звука [p]: рот открыть, улыбнуться, широким кончиком языка постучать по нёбу за верхними зубами, многократно и отчетливо, на одном дыхании произнося «д-д-д». Сначала произносить медленно, постепенно темп увеличивать;
- «Индюки» – выработать тонкие дифференцированные движения кончиком языка для звука [p]: рот открыть, улыбнуться, широким передним краем языка производить движения по верхней губе вперед-назад, стараясь не отрывать язык от губы. Сначала производятся медленные движения, потом темп увеличивается и «добавляется» голос, пока не послышатся звуки «бл-бл-бл».

Далее активная артикуляционная гимнастика постепенно усложнялась, и добавлялись **функциональные нагрузки**, т.е. утрированное, четкое выполнение всех заданий, с максимальной амплитудой движений органов артикуляции. Такого плана артикуляционная гимнастика была направлена на закрепление кинестезий и на улучшение качества артикуляционных движений. Отрабатывались такие качества артикуляционных движений, как точность, ритмичность, переключаемость и др.

Для повышения интереса детей к ежедневным занятиям артикуляционной гимнастикой нами использовалась **артикуляционная гимнастика с применением биоэнергопластики** – после полного освоения артикуляционной гимнастики и выполнения её без ошибок, к упражнениям подключаются кисти рук. В момент выполнения артикуляционного упражнения руки показывают, где и в каком положении находится язык, нижняя челюсть или губы. Артикуляционная гимнастика с применением биоэнергопластики подробно описана в работе Р. Г. Бушляковой.

При проведении артикуляционной гимнастики с биоэнергопластикой учитывались индивидуальные особенности ребенка. Данная гимнастика требует максимального сосредоточения для освоения точных и синхронных движений рук и артикуляционных органов.

Движения, выполняемые ребенком, должны быть точными, ритмичными, для этого мы сопровождали гимнастику с биоэнергопластикой проговариванием стихотворений или счетом.

Важно отметить, что рука подключалась только при полном освоении артикуляционного упражнения и выполнении его без ошибок.

Артикуляционная гимнастика с биоэнергопластикой включает статические упражнения («Бегемотик», «Лягушка», «Хоботок», «Трубочка», «Заборчик», «Лопатка» и т.д.) и динамические упражнения («Пятачок», «Чистим зубы», «Качели», «Часики» и т.д.).

Артикуляционная гимнастика с биоэнергопластикой представлена в мультимедийной презентации, которая сопровождается красочными иллюстрациями и веселыми детскими стихами.

У Артемия Е. в ходе логопедического обследования выявлен назальный оттенок голоса, который обусловлен гипотонусом нёбно-глоточных мышц, поэтому для этого ребенка мы проводили пассивные и пассивноактивные упражнения, стимулирующие работу нёбно-глоточных мышц.

Упражнения, стимулирующие работу нёбно-глоточных мышц:

- имитировать жевание;
- пить воду маленькими глотками или имитировать глотательные движения (многократные глотательные движения приводят к увеличению времени, в течение которого мягкое нёбо находится в поднятом положении);

- покашливать (движение совершается многократно на одном выдохе и приводит к полному смыканию нёбно-глоточного кольца); □ позевывать (движение имитируется ребенком вслед за логопедом);
- многократно произносить гласные а, э на твердой атаке голоса.

Для активизации работы нёбно-гортанно-глоточных мышц, усиления нёбно-глоточного смыкания проводились *упражнения с преодолением сопротивления*:

- логопед кладет руку на лоб ребенка и дает инструкцию опустить голову вниз. Ребенок опускает голову вниз с преодолением сопротивления;
- логопед держит руку на затылке ребенка и просит его запрокинуть голову назад. Ребенок запрокидывает голову с преодолением сопротивления;
- логопед, расположив руку под челюстью ребенка, просит его открыть рот. Ребенок открывает рот с преодолением сопротивления;
- ребенку предлагается высунуть язык, а затем постараться втянуть его внутрь. Логопед пытается удержать язык ребенка вне полости рта.

В работе по нормализации моторики артикуляционного аппарата *с помощью компьютерных технологий* использовались:

- игры и упражнения блока «Артикуляционная гимнастика» из раздела «Звукопроизношение» на развивающем портале Mersibo.ru;
- демонстрационные презентации по артикуляционной гимнастике и на постановку и автоматизацию звуков (выполненные в приложении Microsoft Power Point).

На каждую группу звуков (свистящие, шипящие, сонорные) подобраны различные презентации. Каждая презентация начинается с артикуляционной гимнастики, которая сопровождается красочными, динамичными иллюстрациями.

Нормализация мышечного тонуса и работы мышц лицевой мускулатуры

Данное направление коррекционной работы реализуется только для детей со стертой дизартрией, поскольку у детей с дислалией поражение черепно-мозговой иннервации отсутствует.

С целью нормализации тонуса мышц лицевой мускулатуры у детей со стертой дизартрией мы использовали *дифференцированные приемы классического массажа* (см. раздел «Нормализация мышечного тонуса и моторики артикуляционного аппарата»).

Упражнения для развития произвольных движений мимической мускулатуры проводились после массажа, перед артикуляционной гимнастикой.

Для развития произвольных движений мимической мускулатуры проводились следующие традиционные упражнения: закрывание и открывание глаз (одновременное и поочередное), нахмуривание бровей, равномерное поднимание бровей, надувание щек (обеих и поочередно), наморщивание крыльев носа, поднимание верхней губы. Все упражнения проводились в игровой форме.

Нормализация речевого дыхания и голоса

Тренировка внеречевого и речевого длительного выдоха осуществлялась на музыкальных занятиях при выполнении вокальных упражнений; на занятиях по развитию речи при выполнении физкультминутки; на занятиях по речевой гимнастике.

Для детей с дислалией на данном этапе отработывалась только целенаправленность сильной воздушной струи.

У детей со стертой дизартрией мы развивали сильный и длительный выдох, целенаправленность воздушной струи, достаточный объем речевого дыхания и затем работали над голосом.

Упражнения по развитию длительного, целенаправленного и плавного выдоха: «Фокус», «Листопад», «Снежинки летят», «Бабочки», «Воздушный футбол», «Веселые гонки», «Лодочка, плыви!», надувание воздушных шариков, мыльных пузырей, дутье на вертушку, игра на духовых музыкальных инструментах (дудочки, свистульки, губные гармошки и их аналоги) и др.

Игра «Фокус» вариант 1 – взрослый кладет на стол карандаш и просит ребенка сдвинуть его без помощи рук. Ребенок сильно и длительно дует на карандаш так, чтобы он покатился по столу.

Игра «Фокус» вариант 2 – взрослый кладет на кончик носа ребенка небольшой листочек / ватный шарик. Ребенок поднимает кончик языка к верхней губе (как в артикуляционном упражнении «Вкусное варенье») и сильно и длительно дует на кончик языка так, чтобы листок / вата взлетел как можно выше.

Игры «Листопад», «Снежинки летят», «Бабочки» – взрослый привязывает к шнуру нитки длиной 20 – 40 см, к каждой нитке прикреплен лист / снежинка / бабочка из бумаги / картона. Ребенок сильно и длительно дует на лист / снежинку / бабочку так, чтобы они начали летать.

Игра «Воздушный футбол» – взрослый делает из карандашей / счетных палочек ворота и кладет на стол перед ребенком ватный шарик / шарик из бумаги / теннисный мяч. Ребенок сильно и длительно дует на мяч так, чтобы он вкатился точно в ворота. Также ребенок меняет силу выдоха, при этом мяч катится то медленно, то быстро.

Игра «Веселые гонки» – взрослый собирает из карандашей / счетных палочек гараж и ставит на стол перед ребенком маленькую машинку. Ребенок сильно и длительно дует на машинку так, чтобы она вкатилась точно в гараж. Также ребенок меняет силу выдоха, при этом машинка едет то медленно, то быстро.

Игра «Лодочка, плыви!» – взрослый наливает в таз воду, опускает в воду лодочку / кораблик из бумаги. Ребенок сильно и длительно дует на лодочку, чтобы она плыла по заданной взрослым траектории. Данную игру мы рекомендовали родителям для занятий дома.

При выполнении всех упражнений по развитию длительного, целенаправленного и плавного выдоха мы следили, чтобы дети не поднимали плечи.

Мы опирались на кинестетические ощущения руки и зрительный анализатор, чтобы каждый ребенок понял, что такое длительный, целенаправленный и плавный выдох.

Тактильный контроль – тыльная сторона ладони одной руки ребенка удерживается перед собственным ртом, а другой руки – подносится ко рту логопеда. Ребенок ощущает производимую им воздушную струю и имеет возможность сравнить ее с образцом. Тот же самый прием можно выполнять с закрытыми глазами с целью концентрации внимания на тактильных ощущениях.

Зрительный контроль – в процессе дутья ребенок следит, чтобы машинка / мяч / карандаш катились с определенной скоростью и по заданной траектории. Также использовались графические схемы: изображение длительных и прерывистых линий, изображение волн / спирали (в процессе дутья ребенок проводит пальцем ведущей руки по изображенным линиям, направление движения пальца слева направо / по часовой стрелке и в обратном направлении).

Упражнения для дифференциации носового и ротового вдоха / выдоха: «Понюхай цветочек» (вдох носом, выдох ртом), «Собачка устала» (вдох и выдох только ртом), «Ёжик» (вдох и выдох только носом), «Ныряльщики за жемчугом» (глубокий вдох ртом и длительный выдох носом) и др.

Для развития речевого дыхания использовались следующие упражнения: произнесение (пропевание) гласных звуков, слогов / счет от 1 до 10 и более / называние дней недели / месяцев на одном дыхании; проговаривание постепенно удлиняющихся предложений / скороговорок / коротких стихов на одном дыхании; прочтение стихотворений / чтение текстов / пересказ текстов / составление рассказов с правильной расстановкой пауз и доборами воздуха.

Для развития голоса произносились изолированные звуки, затем слоги, слова, предложения с различными модуляциями по высоте, силе, с различной продолжительностью («Игра в горку»).

Упражнения для развития силы голоса: удлинение произнесения звуков (при средней силе голоса); усиление/ослабление голоса (беззвучная артикуляция – шепот – тихо – громко); усиление/ослабление голоса с увеличением длительности звучания; проговаривание стихотворений с изменением силы голоса; игра «Эхо» и др.

Упражнения для развития высоты голоса: повышение и понижение голоса при произнесении гласных звуков, сочетаний из двух/трех звуков, слогов с одновременным движением рук или рисованием; проговаривание стихотворений или пение песен с изменением голоса по высоте; игры «Ступеньки», «Вопрос – Ответ» и др.

В работе по нормализации речевого дыхания и голоса посредством *использования компьютерных технологий* использовались:

- упражнения блока «Просодика», модуль «Дыхание» из программы «Игры для Тигры»: упражнения данного модуля позволяют отрабатывать плавный, длительный или короткий, резкий выдох, отслеживать момент включения речевой активности, а так же измерить силу и длительность речевого выдоха и голоса. Речевая активность фиксируется микрофоном и представляется на экране компьютера в виде визуальных анимационных картинок;
- игры и упражнения блока «Воздушная струя» из раздела «Звукопроизношение» на развивающем портале Mersibo.ru;
- задания для нормализации речевого дыхания, представленные в некоторых презентациях на автоматизацию звуков, выполненные в приложении Microsoft Power Point.

Нормализация просодической стороны речи

У детей с дислалией в ходе логопедического обследования не выявлены нарушения просодических компонентов речи, поэтому данное направление коррекционной работы также проводилось только для детей со стертой дизартрией.

Упражнения по развитию восприятия ритма: прослушать изолированные удары / серии простых ударов / серии акцентированных ударов. Определить количество ударов путем показа карточки с записанными на ней соответствующими ритмическими структурами.

Упражнения по развитию воспроизведения ритма: отстучать по подражанию (без опоры на зрительное восприятие) предъявленные изолированные удары / серии простых ударов / серии акцентированных ударов; самостоятельное воспроизведение по предъявленной карточке ударов и их серий (простые и акцентированные). Упражнения по развитию воспроизведения ритма выполнялись с помощью музыкальных

инструментов (бубен, ксилофон, барабан, маракасы, синтезатор), а также с помощью рук (отхлопать серию ударов), ног (протопать серию ударов), голоса ребенка (пропеть гласными звуками / слогами серию ударов).

При воспроизведении ритма с помощью голоса мы одновременно проводили работу по *нормализации голоса* у детей со стертой дизартрией: акцентированные удары произносятся громким голосом, а простые удары – тихим голосом.

Упражнения по развитию восприятия темпа речи: прослушать слоги / предложения / скороговорки / стихотворения / короткие тексты, произнесенные взрослым. Далее определить темп речи говорящего.

Упражнения по развитию воспроизведения темпа речи: проговорить по подражанию слоги / предложения / скороговорки / стихотворения / короткие тексты в различном темпе, а также с постепенным замедлением и ускорением темпа. Самостоятельно проговорить слоги / предложения / скороговорки / стихотворения / короткие тексты в определенном темпе, заданном взрослым.

Для повышения интереса детей к занятиям использовался прием подражания поведению животных: логопед показывает карточку с изображением черепахи, черепаха двигается очень медленно – ребенок проговаривает лексический материал в очень медленном темпе. Затем логопед показывает карточку с изображением тигра, тигр бежит очень быстро – ребенок проговаривает лексический материал в быстром темпе и т.д.

При выполнении упражнений по нормализации темпа речи детей мы подбирали лексический материал таким образом, чтобы в нем по возможности отсутствовали звуки речи, нарушенные в произношении.

Упражнения по формированию представлений об интонационной выразительности в импрессивной речи: прослушать предложения / скороговорки / стихотворения / короткие тексты, произнесенные логопедом с различными видами интонации. Определить вид интонации путем его называния или показа карточки со средством обозначения данной интонации (точка, вопросительный / восклицательный знак, многоточие).

Для развития просодических компонентов речи и голоса *с помощью компьютерных технологий* применялись:

- упражнения блока «Просодика», модули «Слитность», «Ритм» и «Высота и тембр» из программы «Игры для Тигры»;
- игры и упражнения блока «Воздушная струя» из раздела «Звукопроизношение» на развивающем портале Mersibo.ru.

Формирование и совершенствование фонематического восприятия, навыков звукового анализа и синтеза

Работа по данному направлению проводилась со всеми детьми с фонетико-фонематическим недоразвитием речи в независимости от речевого нарушения по клинико-педагогической классификации.

Формирование и совершенствование фонематического восприятия, навыков звукового анализа и синтеза осуществлялись на всех этапах коррекционной работы.

Чтобы работа по формированию правильного произношения звуков принесла успех, мы сначала учили детей различать и узнавать фонемы с опорой на сохранные функции, так как регулятором нормированного употребления звуков является слух.

При работе по формированию восприятия неправильно произносимых звуков мы исключали собственное проговаривание ребенком

нарушенного звука, перенеся всю нагрузку на слуховое восприятие материала.

Операции звукового анализа, на основе которых формируются умения и навыки осознанного опознания и различения фонем, проводились в начале работы на материале с правильно произносимыми детьми звуками. После того как дети научились узнавать тот или другой звук в слове, определять его место среди других звуков, отличать один от другого, мы переходили к другим видам операций.

Важно, что для детей со стертой дизартрией в процессе формирования и развития фонематического восприятия, навыков звукового анализа и синтеза происходила **отработка всех звуков родного языка**. Отработка звуков начиналась с гласных [а], [у], [и], [о], [э], [ы], так как хоть они и не нарушены, но артикуляция их не всегда бывает точной. Отработкой гласных звуков подготавливалась четкая артикуляция согласных звуков.

После гласных отрабатывались согласные звуки, которые не нарушены в произношении. Это губные звуки [п], [б], [м]. Далее проводилась работа над звуками [ф], [в]. Затем отрабатывались переднеязычные звуки [т], [д], [н], которые готовят подъем передней части спинки языка вверх, и заднеязычные звуки [к], [г], [х]. Отработка перечисленных звуков подготавливала артикуляционный аппарат и фонематический слух к воспроизведению и восприятию более трудных фонем.

Для детей со стертой дизартрией в процессе формирования и совершенствования фонематического восприятия мы одновременно развивали способность различать звуки / слоги / слова / предложения по высоте и силе голоса, а также интонационные средства выразительности в импрессивной речи.

Упражнения по формированию и совершенствованию фонематического восприятия: «Тихо – громко», «Высоко – низко», «Звонкий – глухой», «Угадайка», «Театр настроений», «Ловишки» вариант 1, 2, «Собери бусы / дорожку» вариант 1 и др.

Игра «Тихо – громко» – логопед произносит звуки / слоги / слова с различной силой голоса. Ребенок звонит в колокольчик / стучит по барабану / топает ногами и т.д., если слышит громкие звуки / слоги / слова. Если ребенок слышит тихие звуки / слоги / слова, то сидит тихо.

Игра «Высоко – низко» – логопед произносит звуки / слоги / слова с различной высотой голоса. Ребенок поднимает руки вверх / подпрыгивает и т.д., если слышит высокие звуки / слоги / слова. Если ребенок слышит низкие звуки / слоги / слова, то опускает руки вниз / приседает.

Игра «Звонкий – глухой» – логопед произносит глухие и звонкие звуки / слоги с этими звуками. Ребенок звонит в колокольчик / стучит по барабану / топает ногами и т.д., если слышит звонкие звуки / слоги со звонкими звуками. Если ребенок слышит глухие звуки / слоги с глухими звуками, то закрывает рот ладошкой.

Игра «Угадайка» – логопед закрывается ширмой и производит речевые (произнесение звуков / слогов / слов / предложений) и неречевые (шуршание бумагой / игра на музыкальных инструментах / звук переливающейся воды и т.д.) звуки. Ребенок, например, хлопает в ладоши, если слышит речевой звук, и топает ногами, если слышит неречевой звук.

Игра «Театр настроений» – логопед произносит предложения / скороговорки / стихи с разными интонациями, а ребенок на каждую интонацию показывает карточку с изображением соответствующей эмоции.

Игра «Ловишки» вариант 1 – логопед задает ребенку определенный звук, затем называет серию звуков / слогов / слов. Ребенок хлопает в ладоши

/ топает ногами / прыгает / играет на музыкальных инструментах и т.д., если слышит заданный звук в серии произносимых звуков / слогов / слов (ребенок «ловит» заданный звук).

Игра «Ловишки» вариант 2 – логопед задает ребенку определенный звук, затем называет заданный звук / слоги с заданным звуком / слова с заданным звуком то правильно, то неправильно. Ребенок хлопает в ладоши / топает ногами / прыгает / играет на музыкальных инструментах и т.д., если слышит в серии произносимых звуков / слогов / слов неправильное произношение заданного звука (ребенок «ловит» нарушенный в произношении звук).

Игра «Собери бусы / дорожку» вариант 1 – логопед задает ребенку определенный звук, затем называет серию звуков / слогов / слов / предложений. Ребенок, если слышит заданный звук в серии звуков / слогов / слов / предложений, то берет на каждый заданный звук бусину / разноцветный камешек / фишку и т.д. и собирает из них бусы / дорожку / контур какоголибо предмета и т.д.

Упражнения по формированию и совершенствованию навыков звукового анализа и синтеза: «Знайка, отвечай-ка!», «Волшебники», «Собери бусы / дорожку» вариант 2, 3 «Веселый паровоз», «Считалкин» вариант 1, «Звуки-убегашки» вариант 1, 2, рисование схемы слогов / слов, подбор слогов / слов к определенной схеме, определение качественной характеристики звуков, выделение и определение положения конкретного звука / слога в слове и др.

Игра «Знайка, отвечай-ка!» – взрослый называет несколько слов, выделяя голосом первый / последний звук в словах. Ребенок определяет первый / последний звук в каждом слове. Затем ребенок придумывает несколько слов, которые начинаются / заканчиваются на заданный звук.

Игра «Волшебники» – взрослый называет слово и просит заменить в нем определенный звук / слог на другой, чтобы получилось новое слово (лак – рак и т.д.).

«Веселый паровоз» – взрослый кладет на стол вагончики из картона с одним / двумя / тремя и т.д. окнами и называет предметы, изображенные на картинках. Ребенок определяет количество звуков / слогов в каждом слове. Затем ребенок раскладывает картинки по соответствующим вагончикам в зависимости от количества звуков / слогов в названии картинки. Также ребенок определяет последовательность звуков / слогов в словах.

Игра «Считалкин» вариант 1 – взрослый называет слово, а ребенок четко проговаривает слово по звукам / слогам и одновременно хлопает в ладоши на каждый звук / слог. Затем ребенок считает количество хлопков, столько звуков / слогов в слове. Далее ребенок самостоятельно подбирает слово с заданным количеством звуков / слогов.

Игра «Звуки-убегайки» вариант 1 – взрослый называет звуки в разброс (звуки «разбежались» из слова), ребенок собирает из отдельных звуков слово.

Игра «Звуки-убегайки» вариант 2 – взрослый называет слово, пропуская в нем определенный звук (звук «убежал» из слова). Ребенок произносит слово, добавляя пропущенный звук, и определяет положение пропущенного звука в слове.

Игра «Собери дорожку / бусы» вариант 2 – логопед задает ребенку определенный звук / слог и называет серию слов. Ребенок берет фишку / камешек / бусину определенного цвета в зависимости от расположения звука / слога в слове. Например, если звук / слог в начале слова – фишка / камешек / бусина красного цвета, если звук / слог в середине слова – синего цвета, если звук / слог в конце слова – зеленого цвета. Затем ребенок

собирает из фишек / камешков / бусин и т.д. бусы / дорожку / контур какого-либо предмета и т.д.

Игра «Собери дорожку / бусы» вариант 3 – логопед задает ребенку определенный слог и называет серию слов. Ребенок берет фишку / камешек / бусину определенного цвета в зависимости от того, какой слог находится в слове. Например, если слово содержит слог [са] – фишка / камешек / бусина красного цвета, если слог [со] – синего цвета, если слог [су] – зеленого цвета и т.д. Затем ребенок собирает из фишек / камешков / бусин и т.д. бусы / дорожку / контур какого-либо предмета и т.д.

Формирование и совершенствование фонематического восприятия, навыков звукового анализа и синтеза на I и II этапах коррекционной работы осуществлялось *с помощью следующих компьютерных технологий:*

- игры и упражнения блока «Фонематика» компьютерной логопедической программы «Игры для Тигры»;
- игры и упражнения блока «Дифференциация» из раздела «Звукопроизношение», а также игры из раздела «Фонематический слух» на развивающем портале Mersibo.ru;
- логопедическая игра «Играем и учимся»: раздел «Звуки и буквы для дошкольников»;
- мини-игра «Угадай-ка!» и упражнения раздела «Советы родителям» логопедической компьютерной программы «Домашний логопед. Практический курс»;
- компьютерные игры, упражнения и ребусы пособия «Уроки Мудрой Совы или Приключения Логоши», представленные на сайте www.logozavr.ru;

- демонстрационные презентации, направленные на развитие фонематического слуха и на обучение навыкам звукового анализа и синтеза (выполненные в приложении Microsoft Power Point);
- демонстрационные презентации по автоматизации и дифференциации смешиваемых на слух и в произношении различных групп звуков (свистящих, шипящих и сонорных), выполненные в приложении Microsoft Power Point

II этап: постановка звука, автоматизация звука в разной сложности лексическом материале / формирование интонационной выразительности, четкости речи.

Срок реализации II – го этапа индивидуальных программ зависит от структуры речевой недостаточности у старших дошкольников и составил:

- для детей с ФФН при дислалии от 3 месяцев до 8 месяцев;
- для детей с ФФН при стертой дизартрии от 7 месяцев до 12 месяцев.

Выработка основных артикуляционных укладов

После отработки отдельных артикуляционных движений для детей с дислалией и стертой дизартрией осуществлялась *выработка основных артикуляционных укладов*. Для этого выполнялись серии последовательных движений четко, утрированно, с опорой на зрительный, слуховой, кинестетический контроль (по Е.Ф. Архиповой [4]):

- *комплекс упражнений для свистящих звуков (дорсальная позиция):*
«Забор» – «Окно» – «Мост» – «Забор» – «Холодный ветер».
- *комплекс упражнений для шипящих звуков (какуминальная позиция):*
«Забор» – «Окно» – «Мост» – «Лопата»;
«Лопата копает» – «Вкусное варенье»; «Фокус»
– «Теплый ветер».

□ комплекс упражнений для сонорного звука [Л] (альвеолярная позиция):
«Забор» – «Окно» – «Мост» – «Лопата»; «Пароход» – «Пароход гудит».

□ комплекс упражнений для сонорного звука [Р] (альвеолярная позиция):
«Забор» – «Окно» – «Мост» – «Парус»;

«Цокает лошадка» – «Молоток» – «Дятел» – «Пулемет».

Сначала все упражнения проводились совместно с логопедом при участии зрительного контроля, затем, по мере освоения ребенком всех упражнений, участие логопеда и зрительного контроля исключались.

Важно, чтобы артикуляционные установки для детей были осознанными. Поэтому каждый артикуляционный уклад при воспроизведении звуков не только показывался логопедом, но и сопровождался словесной инструкцией, демонстрацией картинного материала, а также необходимые движения языка, губ ребенок показывал кистью руки, т.е. привлекались слуховой, зрительный, кинестетический анализаторы.

Для повышения интереса детей к монотонному процессу выработки основных артикуляционных укладов, а также для более полного использования различных анализаторных систем в процессе выполнения и контроля над деятельностью применялись следующие *компьютерные технологии*: □ демонстрационные презентации, выполненные в приложении Microsoft Power Point, по постановке соответствующих звуков; □ логопедическая компьютерная программа «Домашний логопед. Практический курс»: разделы «Согласные звуки», «Гласные звуки».

Постановка звуков

Последовательность устранения выявленных дефектов звукопроизношения определялась индивидуально, в соответствии с речевыми особенностями каждого ребенка.

Для постановки звуков использовались следующие приемы:

- *по подражанию*: внимание ребенка фиксировалось на движениях, положениях органов артикуляционного аппарата (при этом использовались зрительный и слуховой контроль). Дополнительно использовались тактильно-вибрационные ощущения (например, ребенок кладет ладонь на шею и чувствует вибрацию голосовых связок при произнесении звонких звуков);
- *от опорных звуков*: использовались правильно произносимые звуки, без механической помощи (например, постановка звука [ж] от звука [ш]: ребенку предлагается произнести звук [ш] и добавить голос, получится звук [ж] и т.д.);
- *механическим способом*: использовались вспомогательные средства (шпатели, зонды, ватные палочки и т.д.). С механической помощью артикуляторным органам придавалось правильное положение (например, установить язык за нижние зубы, предложить ребенку произносить звук [с], одновременно шпателем или зондом поднимать язык кверху, пальцами правой руки слегка нажать на щеки и выдвинуть губы вперед, вместо свиста получается шипение – звук [ш]);
- *с помощью артикуляционной гимнастики*: артикуляционный уклад звука делился на простые артикуляционные движения, далее эти движения тренировались многократным повторением с тем, чтобы выработать у ребенка ощущения от движений органов артикуляции; отработанные движения вводились в единый артикуляционный уклад и подавались выдыхательная струя воздуха и голос (при необходимости), таким образом, ребенок произносил нужный звук правильно).
- *смешанным способом*: способ основывается на совмещении предыдущих способов постановки звука.

Важно, что для детей с дислалией и со стертой дизартрией постановка звуков осуществлялась при максимальном использовании всех анализаторов. Для детей со стертой дизартрией это особенно важно, поскольку у них отмечается нарушение кинестетического орального праксиса, обусловленного нарушением иннервации мышц артикуляционного аппарата. Частные приемы коррекции определялись и детализировались в зависимости от состояния, строения и функции артикуляционного аппарата.

При постановке звуков учитывалось следующее:

- для первоначальной постановки отбирались звуки, принадлежащие к различным фонетическим группам;
- звуки, смешиваемые в речи ребенка, поэтапно отработывались отсроченно во времени;
- окончательное закрепление изученных звуков достигалось в процессе дифференциации всех близких звуков (при необходимости).

Упражнения для постановки звуков: «Холодный ветерок», «Фокус», «Дятел», «Позвони в звоночек», «Заведи моторчик» и др.

Игра «Холодный ветерок» – ребенок, приоткрыв рот, размещает плоский широкий язык на дне ротовой полости так, чтобы он по всему периметру соприкасался с нижними зубами (логопед показывает ему эту артикуляцию), затем он должен сомкнуть (но не сжать) зубы в форме правильного прикуса и вытянуть губы в улыбку. В этом положении после выдоха (плечи должны быть опущены) ребенок должен «всосать» в себя очень немного воздуха, так мало, чтобы он «попал» на самый кончик языка (ребенок чувствует холодок на кончике языка). Затем этот же самый воздух, который ребенок чувствует холодком на кончике языка, он сквозь зубы

«выдувает» наружу. Губы должны оставаться в широкой улыбке. В результате получается тихий звук [с].

Игра «Фокус» – ребенок ставит язык как в упражнении «Вкусное варенье». Взрослый кладет ребенку на кончик носа ватку или маленький кусочек бумаги. Ребенок дует на кончик языка ртом так, чтобы ватка / бумажка взлетели как можно выше. Данное упражнение использовалось при постановке шипящих звуков и сонорного звука [Р].

Игра «Дятел» – ребенок произносит звук [Д], ударяя кончиком языка по альвеолам, при этом постоянно меняется темп от медленного к быстрому. Данное упражнение использовалось при постановке сонорного звука [Р].

Игра «Позвони в звоночек» – ребенок выполняет упражнение «чашечка», при этом сильно прижимает кончик языка к альвеолам и с силой дует на кончик языка ртом. Данное упражнение использовалось при постановке сонорного звука [Р].

Игра «Заведи моторчик» – ребенок произносит звук [Д] в умеренном темпе, ударяя кончиком языка по альвеолам, и одновременно указательным пальцем правой руки производит движения влево – вправо по кончику языка. Получается вибрация языка. Данное упражнение использовалось при постановке сонорного звука [Р].

Совершенствование речевого дыхания и голоса

Совершенствование речевого длительного выдоха и голоса осуществлялось для детей со стертой дизартрией на музыкальных занятиях при выполнении вокальных упражнений; на индивидуальных занятиях с логопедом.

Для развития речевого дыхания и голоса использовались упражнения, перечисленные в подготовительном этапе, только лексический материал (изолированные звуки / слоги / слова / предложения / скороговорки / стихи

/ тексты) по возможности максимально был насыщен исправленными звуками.

Например, для развития голоса и одновременной автоматизации произношения звука [Р] мы проводили *игру «Тигренок» вариант 1*: ребенок-тигренок разговаривает с мамой-тигрицей (логопед) на тигрином языке:

- Рароры, – рычит мама низким голосом.
- Рароры, – отвечает тигренок тонким голосом.
- Рароры, – рычит мама тихим / громким голосом.
- Рароры, – отвечает тигренок тихим / громким голосом (или наоборот).

Таким образом, в игровой форме мы не только задавали образцы мелодических рисунков слогов / фраз / текстов, формировали навыки воспроизведения мелодики с понижением или повышением основного тона, силы голоса, но и закрепляли правильное произношение звуков.

Для развития голоса на данном этапе также проводились игры драматизации: пересказ сказок по ролям, пересказ сказок с использованием пальчикового театра.

Лексический материал для развития голоса: «Три медведя» (Л. Н. Толстой), «Колобок», «Теремок» (С. Михалков), «Телефон» (К. И. Чуковский) и др.

Нормализация просодической стороны речи

Работа над интонационной выразительностью речи проводилась только для детей со стертой дизартрией.

Формирование интонационной выразительности в экспрессивной речи осуществлялось в направлении: от усвоения средств интонационного оформления на материале слов к их усвоению на более сложном по звуковому оформлению материале; от овладения определенными видами

интонационных структур к их дифференцированному воспроизведению в экспрессивной речи.

Упражнения по развитию интонационной выразительности в экспрессивной речи: проговорить слоги / предложения / скороговорки / стихотворения / короткие тексты с различными видами интонации, которые задает логопед или которые предусмотрены смысловым содержанием текста. Проговорить предложения / скороговорки / стихотворения / короткие тексты с выделением наиболее важных по смыслу слов.

При выполнении упражнений по развитию интонационной выразительности речи детей мы подбирали лексический материал, который одновременно максимально способствовал автоматизации поставленных звуков.

Например, для развития интонационной выразительности и одновременной автоматизации произношения звука [Ш] в прямых слогах мы проводили *игру «Веселые змейки» вариант 2:*

- [Ша – шо – шу], – шипит большая змейка (логопед) с повествовательной интонацией.
- [Ша – шо – шу], – повторяет маленькая змейка (ребенок) с повествовательной интонацией.
- [Ша – шо – шу]? – шипит большая змейка (логопед) с вопросительной интонацией.
- [Ша – шо – шу]? – повторяет маленькая змейка (ребенок) с вопросительной интонацией и т.д.

Затем взрослый и ребенок меняются ролями – интонации задает ребенок, а взрослый повторяет. Также логопед специально допускает ошибки при воспроизведении интонации, а ребенок исправляет.

Развитие способности выделять в речи наиболее важные по смыслу слова на начальном этапе работы проводилось в игре «Веселые змейки» вариант 3 (слог, на котором делается ударение, выделен жирным шрифтом):

- [Ша – **шо** – шу], – шипит большая змейка (логопед) с повествовательной интонацией.
- [Ша – **шо** – шу], – повторяет маленькая змейка (ребенок) с повествовательной интонацией.

Данная игра проводилась на различные виды интонации.

Также для формирования интонационной выразительности, четкости речи работа проводилась на материале диалогов, считалок, игринсценировок, сказок, разыгрываемых по ролям, в ходе которых дети учились подражать голосам, интонациям героев.

Речевой материал: «Дядя Степа» (С. Михалков), «Волк и лиса», «Разговор лягушек» (С. Маршака), «Телефон», «Путаница», «Айболит», «Федорино горе» (К. Чуковский), «Девочка-ревушка» (А. Барто), «Три медведя» (Л. Н. Толстой), русские народные сказки, «Медведь» (по Г. Виеру), «В гостях у королевы» (С. Маршак), «Сорока и медведь» (по Н. Сладкову), «Аист и лягушка» (С. Михалков), «Про красу и крысу» (по М. Годованец), «Лиса и петух» (по сказке С. Маршака «Теремок»), «Медведь и солнце» (Н. Сладков) и др.

В процессе работы по данному направлению мы опирались на кинестетические ощущения тела и зрительный анализатор, чтобы ускорить процесс формирования интонационной выразительности речи.

Тактильный контроль – речевой материал проговаривался каждым ребенком с утрированными интонациями и сопровождался мимикой, жестами, движениями.

Зрительный контроль – использовались графические схемы: изображение стрелок направленных вверх по диагонали / вниз по диагонали / по прямой вправо, а также карточки с изображением различных эмоций (спокойствие, радость, удивление (вопрос)) и карточки с изображением соответствующих знаков препинания (точка, восклицательный / вопросительный знаки).

Для развития чувства ритма, нормального темпа и плавности, четкости и разборчивости речевого высказывания, для развития голосового аппарата ребенка *с помощью компьютерных технологий* использовались:

□ упражнения блока «Просодика», модули «Слитность», «Ритм» и «Высота и тембр» компьютерной логопедической программы «Игры для Тигры».

Важно отметить, что в ходе работы по совершенствованию речевого дыхания, голоса и развитию интонационной выразительности в экспрессивной речи мы осуществляли игры-драматизации по традиционному плану. Сначала мы знакомили детей с содержанием текста, затем распределяли роли, подбирали или изготавливали оборудование и костюмы. При разучивании реплик в вопросно-ответной форме мы вместе с ребенком выявляли, какие свойства характера присущи каждому персонажу, какими должны быть выразительные движения, а главное, интонации действующих лиц.

Некоторые игры-драматизации мы демонстрировали родителям, воспитателям или другим детям, поскольку присутствие зрителей во время инсценировок повышает мотивацию детей и вызывает желание сыграть лучше свою роль.

Автоматизация исправленных звуков

Данное направление коррекционной работы реализуется в одинаковой последовательности как для детей со стертой дизартрией, так и для детей с дислалией. Однако для детей со стертой дизартрией процесс автоматизации звуков затруднен и растянут во времени.

В работе по автоматизации исправленных звуков устанавливалась последовательность позиции звука от наиболее благоприятной для произнесения к наименее благоприятной, от легкой к трудной с учетом особенностей артикуляционной базы родного языка.

Автоматизация звука проводилась в следующей последовательности:

- изолированно (через звукоподражание);
- в обратных слогах: [ар], [ор], [ур] и т.д.;
- в открытых слогах: [ра], [ро], [ру] и т.д.;
- в слогах со стечением согласных: [рта], [рто], [арт], [орт] и т.д. (отрабатывались различные варианты расположения отрабатываемого звука в слоге);
- проговаривание звука в слоговых рядах на переключение: [ар – ра]; [ор – ро] и т.д.
- проговаривание слоговых рядов с различными модуляциями голоса по силе и с ударением на различные слоги;
- проговаривание слоговых рядов с чередованием артикуляционных укладов [ра – ка – ра];
- автоматизация звука в словах в различных фонетических условиях (в начале, в середине, в конце слова): проводится по следам автоматизации в слогах, в той же последовательности;
- автоматизация звука в предложениях: каждое отработанное в произношении слово немедленно включается в отдельные предложения;

□ автоматизация звука в потешках, чистоговорках, скороговорках, стихах; □ автоматизация звука в небольших рассказах.

Материал для автоматизации правильного произношения звуков подбирался таким образом, чтобы он одновременно способствовал расширению и уточнению словаря, грамматически правильной речи, умению правильно строить предложения и способствовал развитию связной речи. В процессе логопедической коррекции стертой дизартрии нами также проводились систематические упражнения на развитие внимания, памяти и мышления на отработанном материале.

Упражнения по закреплению правильного произношения звуков: произнесение изолированного звука перед зеркалом; прохождение лабиринтов / закрашивание и штрихование фигур / рисование различной сложности узоров и др. при одновременном произнесении поставленного звука; подвижные игры на звукоподражание «Насос», «Холодный ветерок», «Комарики», «Змейки», «Горячий ветерок», «Полет жуков», «Самолет летит», «Тигрята», «Заводим моторчик» и др.; печатание букв / складывание букв из счетных палочек с проговариванием соответствующих звуков; игра «Лесенка»; игра «Кто дольше?» и др.

Произнесение изолированного звука перед зеркалом – упражнение способствует выработке правильных зрительно-двигательных и связанных с ними слухо-речевых рефлексов. Упражнение сопровождается движениями руки, которая имитирует движения языка (язык вверх или вниз, язык широкий или узкий).

Прохождение лабиринтов / закрашивание и штрихование фигур / рисование различной сложности узоров и др. при одновременном произнесении поставленного звука – данное упражнение также способствует многократному произнесению поставленного звука в игровой

форме и совершенствованию графомоторных навыков детей, что важно при подготовке детей к письму.

Игра «Насос» – ребенок изображает, как качает насос и одновременно произносит звук [С].

Игра «Комарики» – ребенок кладет руки на плечи, выполняет круговые движения руками вперед и назад и одновременно произносит звук [З].

Игра «Змейки» – ребенок вытягивает руки перед собой, складывает их вместе, затем изображает движения змейки и одновременно произносит звук [Ш].

Игра «Самолет летит» – ребенок разводит прямые руки в разные стороны, ходит по комнате, изображая полет самолета, и одновременно произносит звук [Л].

В данных играх все движения выполняются по показу логопедом и способствуют нормализации общей моторики детей.

Печатание букв / складывание букв из счетных палочек / бусин с проговариванием соответствующих звуков – упражнения способствуют закреплению правильного произношения звука, а также графического образа букв.

Игра «Лесенка» – взрослый рисует на листе бумаги / собирает из кубиков лесенку. Ребенок пальцами руки / маленькой игрушкой поднимается / спускается по лестнице и на каждой ступени произносит поставленный звук.

Игра «Кто дольше?» – взрослый предлагает ребенку посоревноваться: кто дольше будет произносить звук .

Игры способствовали более быстрому закреплению изолированного звука в речи за счет многократного повторения поставленного звука в

игровой форме, сохранению интереса к занятиям и повышению устойчивости внимания и контроля за собственным произнесением звука, что особенно важно для детей со стертой дизартрией.

Упражнения по автоматизации звука в слогах: произнесение слогов перед зеркалом; прохождение лабиринтов / закрашивание и штрихование фигур / рисование различной сложности узоров и др. при одновременном произнесении слогов с поставленным звуком; печатание слогов / складывание слогов из счетных палочек с одновременным проговариванием; игра «Лесенка»; игра «Повторялкин»; игра «Собери дорожку / бусы» вариант 3; «Игра на пианино»; «Пальчики здороваются»; пение детских песен слогами с поставленным звуком и др.

Игра «Лесенка» – логопед рисует на листе бумаги / собирает из кубиков лесенку. Ребенок пальцами руки / маленькой игрушкой поднимается / спускается по лестнице и на каждой ступени произносит слоги с поставленным звуком.

Игра «Повторялкин» – логопед произносит цепочки слогов, ребенок повторяет слоги, четко проговаривая поставленный звук. Далее логопед произносит слоговые цепочки с различным ритмическим рисунком либо с акцентированным произнесением одного слога из цепочки, а ребенок повторяет их. Данное упражнение способствует развитию просодических компонентов речи у детей со стертой дизартрией.

Игра «Собери дорожку / бусы» вариант 3 – логопед называет слоги и закрепляет за каждым слогом фишку / камешек / бусину определенного цвета. Ребенок берет фишку / камешек / бусину определенного цвета и называет соответствующий слог. Затем ребенок собирает дорожку / бусы и т.д. из собранных фишек / камешков / бусин. Например, камешек красного цвета – слог [са], камешек желтого цвета – слог [со], камешек зеленого цвета – слог [су] и т.д.

Игра «Игра на пианино» – ребенок имитирует игру на пианино: поочередно прикасается большим, вторым, третьим, четвертым и пятым пальцами правой руки к столу. Аналогичное задание выполнить пальцами левой руки. Одновременно при нажатии каждого пальца ребенок произносит цепочки слогов. Игра также способствует нормализации мелкой моторики.

Игра «Пальчики здороваются» – ребенок поочередно прикасается большим пальцем правой руки ко второму, третьему, четвертому и пятому пальцам. Одновременно выполнить аналогичное задание пальцами левой руки. Во время выполнения упражнения ребенок произносит цепочки слогов. Игра также способствует нормализации мелкой моторики.

Пение детских песен слогами с поставленным звуком – одновременно развиваются длительность и сила речевого выдоха, модуляции голоса по высоте и силе, чувство ритма, темпа и высокочастотный слух, что имеет особое значение для детей со стертой дизартрией.

Упражнения по автоматизации звука в предложении: игра «Повторялкин», игра «Путаница», игра «Сочинялкин» и др.

Игра «Повторялкин» – логопед произносит предложения в различном темпе, с различными интонациями, а ребенок повторяет их, четко проговаривая поставленный звук.

Игра «Путаница» – логопед произносит отдельные слова из предложения (слова «перепутались»). Ребенок ставит слова в нужном порядке, при необходимости изменяет окончания слов и произносит предложение целиком. Упражнение способствует также развитию грамматики.

Игра «Сочинялкин» – логопед произносит начало предложения, а ребенок заканчивает его, добавляя слово по смыслу и в рифму. Далее ребенок произносит все предложение полностью.

Упражнение по автоматизации звука в чистоговорках и скороговорках – проговаривание речевого материала в различном темпе и с различными интонациями, силой голоса. Данное упражнение проводится для детей со стертой дизартрией в первую очередь для того, чтобы одновременно развивать голос и просодические компоненты речи. Упражнение также делает содержание занятий более разнообразным и повышает интерес к ним детей с дислалией и со стертой дизартрией.

Автоматизация звука в текстах – работа начиналась со знакомства ребенка с текстом: рассказывается сказка / рассказ (либо ребенок читает самостоятельно) с использованием сюжетной картины, серии картин, изображения главных героев (в виде картинного материала, резиновой, пластмассовой или плюшевой игрушки, куклы на руку или на палец).

Далее проводилась беседа по речевому материалу в вопросноответной форме: уточнялись главные герои, что с ними случилось, чем закончилась сказка / рассказ.

Затем ребенок *пересказывал текст с опорой на схему для пересказа* или *выполнял пошаговый пересказ текста*. Внимание обращалось на соответствие пересказа прочитанному тексту, обнаруживались пропущенные детали в пересказе, оценивались правильность произношения звуков, темп, плавность, отсутствие длительных пауз, выразительность. Проведение данной работы имеет особенное значение для детей со стертой дизартрией.

Для *формирования контроля за собственным произношением* внимание ребенка концентрируется на звуковой стороне языка, на обрабатываемых звуках, поэтому с первых занятий ребенок учится на слух

узнавать звук в ряду других звуков и в словах даже в том случае, если произношение данного звука нарушено.

В качестве дополнительного средства обучения на этапе автоматизации звуков в различной сложности лексическом материале, а также для формирования контроля за собственным произношением применялись следующие компьютерные технологии:

- игры и упражнения блока «Звукопроизношение» компьютерной логопедической программы «Игры для Тигры»;
- игры и упражнения блока «Автоматизация» из раздела «Звукопроизношение» на развивающем портале Mersibo.ru;
- логопедической игры «Играем и учимся»: раздел «Звуки и буквы для дошкольников»;
- мини-игра «Звуковичок» и упражнения разделов «Советы родителям», «Согласные звуки» логопедической компьютерной программы «Домашний логопед. Практический курс»;
- компьютерные игры, упражнения и ребусы пособия «Уроки Мудрой Совы или Приключения Логоши», представленные на сайте www.logozavr.ru;

- демонстрационные презентации по автоматизации различных групп звуков (свистящих, шипящих и сонорных), выполненные в приложении Microsoft Power Point.

III этап: дифференциация звуков в произношении, сходных по артикуляции или по звучанию

Данный этап коррекционной работы реализуется в том случае, если в ходе логопедического обследования у ребенка было отмечено нарушение дифференциации звуков в произношении.

Срок реализации III – го этапа индивидуальных программ зависит от структуры речевой недостаточности у старших дошкольников и составил:

- для детей с ФФН при дислалии от 1 месяца до 3 месяцев;
- для детей с ФФН при стертой дизартрии от 2 месяцев до 4 месяцев.

Работа по дифференциации смешиваемых звуков в произношении проводилась в следующей последовательности:

- смешиваемые звуки сравнивались, сопоставлялись в плане артикуляционной и акустической характеристик звуков;
- звуки соотносились с буквами, далее эти буквы прорисовывались и закрашивались в зависимости от твердости – мягкости соответствующих звуков синим или зеленым цветом. *Рисование сопровождалось длительным произнесением дифференцируемых звуков;*
- дифференциация звуков по артикуляционным и акустическим признакам: проговаривание слоговых дорожек вслед за логопедом, а также *пение детских песен слогами с дифференцируемыми звуками;*

- - дифференциация звуков в словах: подбирались слова-паронимы и одновременно разбиралось значение каждого слова, *далее составлялись предложения с этими словами и обыгрывались в сценках* [усы – уши];
 - дифференциация звуков в предложениях (*подбирались предложения с нереальными ситуациями: «У девочки на голове козы, а на лугу пасутся косы»*);
- дифференциация звуков в чистоговорках, скороговорках, стихотворениях;
- дифференциация звуков в коротких текстах.

IV этап: введение поставленных звуков в речь / развитие интонационной выразительности, четкости речи в различных видах самостоятельной речи

Срок реализации IV – го этапа индивидуальных программ зависит от структуры речевой недостаточности у старших дошкольников и составил:

- для детей с ФФН при дислалии от 1 месяца до 3 месяцев;
- для детей с ФФН при стертой дизартрии от 3 месяцев до 6 месяцев.

Развитие интонационной выразительности, четкости речи в различных видах самостоятельной речи

Данное направление коррекционной работы реализуется только для детей со стертой дизартрией.

Для закрепления интонационной выразительности, четкости речи мы следили, чтобы просодические средства (различные интонации, модуляции голоса по высоте и силе, изменения темпа речи и тембра голоса, логические ударения, паузы и др.) были включены (даже несколько утрировано) в следующие виды самостоятельной речи:

- короткие беседы по заданной теме;

-
- реализация театральной деятельности и сюжетно-ролевых игр;
- диалогическая речь, речь в играх, режимных моментах;
- самостоятельные высказывания о событиях, происходящих в жизни ребенка, о людях, животных и предметах, которые окружают ребенка.

Закрепление навыка употребления поставленных звуков в самостоятельной речи

Введение поставленных звуков в самостоятельную речь проводилось для детей с дислалией и со стертой дизартрией в *следующей последовательности*:

- использование игр в вопросно-ответной форме и коротких бесед по заданной теме;
- использование театрализованной деятельности: эмоциональный пересказ и показ сказок, рассказов самим ребенком, а также с помощью игрушек, кукол пальчикового театра;
- организация сюжетно-ролевых игр – закрепление нормированного звукопроизношения в ситуациях, приближенных к повседневным: поход в магазин за продуктами, ужин в кругу семьи, разговор с другом по телефону и т.д.;
- автоматизация звуков в процессе диалогической речи, в играх, развлечениях, режимных моментах и т.д.;
- развитие самостоятельных высказываний: составление рассказов по картинке, серии картин, пересказ; составление описательных рассказов.

Использование *театрализованной деятельности* позволило работу по введению поставленных звуков в спонтанную речь сделать более увлекательной, захватывающей и эффективной.

□

Работа начиналась со знакомства ребенка со сказкой. Далее проводилась беседа по речевому материалу в вопросно-ответной форме. Для одновременного обогащения активного словаря мы давали характеристику главным героям произведения.

Театрализованная деятельность осуществлялась без сложной предварительной подготовки (декорации, костюмы), что способствовало использованию в работе большого количества текстов, а также развитию творческого мышления и восприятия у ребенка.

Перед началом инсценировки проводилась беседа с ребенком о том, как он будет изображать главных героев и их действия с помощью мимики, жестов, движений пальцев рук и всего тела (использовались как статические, так и динамические движения).

Сначала ребенок осуществлял театрализованную деятельность совместно с логопедом, затем участие логопеда постепенно уменьшалось и,

наконец, ребенок самостоятельно рассказывал и показывал сказку или рассказ.

Помимо автоматизации звуков в спонтанной речи театрализованная деятельность способствовала закреплению навыка дифференциации интонационных структур предложений в экспрессивной речи, развитию связной речи, развитию общей и мелкой моторики, а также развитию внимания, памяти и творческих способностей ребенка.

Весь материал подбирался с учетом правильно произносимых звуков. По ходу занятий рассказы, сказки, игры и беседы усложнялись и становились более продолжительными.

Для повышения мотивации старших дошкольников к занятиям с логопедом мы в конце каждого занятия обязательно их хвалили, подводили итог занятия и совместно отмечали, чему научился каждый ребенок, что стало получаться лучше.

Важно отметить, что эффективность работы по коррекции дислалии и, особенно, стертой дизартрии у старших дошкольников зависит от степени заинтересованности и участия их родителей, ближайших родственников.

В ходе коррекционной работы родителям (законным представителям) были даны *следующие рекомендации*:

- чаще хвалить ребенка за успехи (даже незначительные): это повышает мотивацию дошкольника к логопедическим занятиям, повышает его самооценку, придает уверенности в себе;
- не ругать ребенка за неправильную речь: это невротизирует его, вызывает негативную реакцию;
- исправлять неправильное произношение очень тактично, ненавязчиво;

- придумать секретный жест / знак / слово, обозначающий, что ребенку надо исправить произношение изучаемого звука;
- не заострять внимание на запинках и повторах слогов и слов;
- формировать позитивный настрой ребенка на занятия с логопедом, выполнять все задания и рекомендации специалиста.

Таким образом, проведение комплексного обследования с использованием дополнительных параметров дифференциальной диагностики стертой дизартрии и дислалии позволило:

- вывести логопедические заключения, соответствующие структуре речевой недостаточности у детей;
- разработать индивидуальные программы логопедической коррекции стертой дизартрии и дислалии у старших дошкольников с ФФН.

В ходе реализации индивидуальных программ были выявлены сроки и особенности коррекции стертой дизартрии и дислалии у детей старшего дошкольного возраста с ФФН. Использование традиционных и реализованных нами приемов, упражнений, игр по нормализации звукопроизносительной стороны речи детей, а также систематизированных компьютерных технологий позволило разнообразить содержание коррекционной работы, повысить мотивацию детей к занятиям с логопедом.

2.3. Анализ результатов логопедической коррекции стертой дизартрии и дислалии у старших дошкольников с ФФН

Для оценки эффективности разработанных индивидуальных программ по коррекции стертой дизартрии и дислалии у старших дошкольников с ФФН, а также для определения уровня речевого развития детей нами был организован и проведен контрольный эксперимент.

Цель контрольного эксперимента – провести комплексное обследование детей старшего дошкольного возраста, определить уровень развития звукопроизносительной стороны речи и навыков звукового анализа и синтеза у детей с ФФН при стертой дизартрии и дислалии после проведения коррекционной работы.

Контрольный эксперимент диссертационного исследования проводился в июне 2017 года. В контрольном эксперименте принимали участие 8 детей старшего дошкольного возраста с ФФН, из них: 4 ребенка с дислалией (ЭГ 1) и 4 ребенка со стертой дизартрией (ЭГ 2).

В рамках формирующего эксперимента была проведена работа по нормализации звукопроизносительной стороны речи и формированию и развитию фонематического восприятия и навыков звукового анализа и синтеза у детей ЭГ 1 и ЭГ 2 с применением разработанных нами дифференцированных индивидуальных программ и методических рекомендаций к их реализации.

Эффективность предложенного содержания индивидуальных программ коррекции стертой дизартрии и дислалии у детей с ФФН оценивалась с помощью сравнительного анализа результатов обучения в ЭГ 1 и ЭГ 2. Сравнительный анализ результатов обучения в ЭГ 1 и ЭГ 2, проведённый на основе количественного и качественного методов обработки материала, позволил проследить динамику нормализации звукопроизносительной стороны речи и развития фонематического восприятия и навыков звукового анализа и синтеза детей с ФФН при стертой дизартрии и дислалии.

Для определения уровня развития звукопроизносительной стороны речи и навыков звукового анализа и синтеза у детей ЭГ 1 и ЭГ 2 использовали методы, приёмы, параметры и критерии их оценки, описанные в констатирующем эксперименте.

Анализ *данных о психологических особенностях личности* каждого ребенка, полученных от родителей (лиц их замещающих), воспитателей, а также в результате наблюдения за поведением детей ЭГ 1 и ЭГ 2 в процессе их деятельности, общения с окружающими, показал, что у детей ЭГ 1 и ЭГ 2 отмечается повышение устойчивости внимания, работоспособности, усидчивости и интереса к занятиям с логопедом.

Полученные данные обусловлены тем, что нам удалось создать комфортную обстановку, доверительные отношения для каждого дошкольника в ходе проведения коррекционной работы, учесть и максимально использовать их интересы и, как следствие, реализовать их потенциальные возможности.

Обследование *состояния слухового внимания и восприятия речи* проводилось только для детей ЭГ 2 (Матвей Г., Ксения Ш.), у которых ранее отмечалось нарушение слуховой функции.

Анализ результатов обследования слухового внимания и восприятия речи показал, что у детей ЭГ 2 (Матвей Г., Ксения Ш.) состояние слуховой функции в норме. Дети правильно узнавали и различали звучание музыкальных инструментов, звучащих игрушек, правильно определяли источник звука. Также дети выслушивали до конца, правильно понимали и выполняли четырехступенчатую инструкцию.

Таким образом, в результате проведенной коррекционной работы у всех детей ЭГ 1 (Андрей А., Даниил Б., Марк Т., Софья В.) и ЭГ 2 (Артемий Е., Ксения Ш., Матвей Г., Тимофей А.) состояние слуховой функции соответствует возрасту.

Обследование *состояния зрительного восприятия* не проводилось, поскольку данный параметр у детей ЭГ 1 и ЭГ 2 был в норме и до проведения коррекционной работы.

Обследование *пространственного праксиса* проводилось только для одного ребенка ЭГ 2 (Матвей Г.). Анализ результатов обследования показал, что после проведенной работы пространственный праксис не нарушен: Матвей Г. правильно показывал правую / левую руки при выполнении различных заданий, без ошибок определял положение предметов в пространстве.

Анализ результатов обследования *общей моторики* у детей показал, что *динамическая координация движений*, темп и произвольное торможение движений у детей обеих групп в норме. Все дети выполняли задания правильно с соблюдением последовательности движений. Для всех детей отмечены хорошая переключаемость с одного движения на другое, плавность и точность движений

Сравнительный анализ обследования *статической координации движений* показал, что все дети ЭГ 1 и 75 % детей ЭГ 2 (Тимофей А., Ксения Ш., Артемий Е.) хорошо удерживали равновесие, стоя с закрытыми глазами на одной ноге (и на левой, и на правой), т.е. статическая координация движений у них в норме.

Качественный анализ результатов обследования статической координации движений показал, что у 25 % детей ЭГ 2 (Матвей Г.) в результате выполнения систематических упражнений по данному направлению программы отмечается значительное улучшение статической координации движений. Матвей Г. хорошо удерживал равновесие, стоя на одной ноге (и на правой, и на левой) с открытыми глазами. Ребенок начинал раскачиваться и оступаться только при выполнении задания с закрытыми глазами.

Анализ результатов обследования *состояния ручной моторики* позволил нам сделать вывод о том, что данное направление индивидуальных программ реализовано нами успешно как для детей ЭГ 1, так и для детей ЭГ 2. Для детей обеих групп отмечены полный объем движений, нормальная координация движений, хорошее удержание созданной позы, отсутствие синкинезий, хорошая переключаемость с одного движения на другое, нормальный темп выполнения заданий.

Обследование *кинестетического и кинетического артикуляционного праксиса* проводилось только для детей ЭГ 2.

Качественный анализ результатов обследования кинестетического и кинетического орального праксиса показал, что вследствие проведенных мероприятий по нормализации мышечного тонуса и моторики артикуляционного аппарата (массаж воротниковой зоны, лица, органов артикуляции, самомассаж лица, статическая артикуляционная гимнастика, в том числе с функциональными нагрузками и биоэнергопластикой), у детей ЭГ 2 отмечаются значительные улучшения данных параметров.

Кинестетический оральный праксис у 100 % детей ЭГ 2 (Тимофей А., Матвей Г., Артемий Е., Ксения Ш.) в норме: дети правильно определяли положение органов артикуляции при произнесении различных звуков или выполнении определенных артикуляционных упражнений.

Кинетический оральный праксис также в норме у 100 % детей ЭГ 2 (Тимофей А., Матвей Г., Артемий Е., Ксения Ш.): движения языка, губ, нижней челюсти точные, в полном объеме, в нормальном темпе. Гиперсаливация, девиация и тремор языка, синкинезии – отсутствуют.

Для одного ребенка ЭГ 1 (Даниила Б.) проводилось обследование *качества выполнения упражнений статической артикуляционной гимнастики*. В результате реализации приемов по растяжению короткой подъязычной связки у Даниила Б. были отмечены точные, в полном объеме

движения языка, а также длительное удержание языка в заданном положении.

Сравнительный анализ результатов обследования *динамической организации движений* показал, что у всех детей ЭГ 1 и у 50 % детей ЭГ 2 (Матвей Г., Ксения Ш.) данный параметр в норме: движения языка, губ, нижней челюсти точные, в полном объеме, хорошая переключаемость с одного движения на другое. Гиперсаливация, девиация и тремор языка, синкинезии – отсутствуют. Таким образом, в ходе коррекционной работы у детей ЭГ 1 автоматизированы тонкие дифференцированные движения органов артикуляции. У Даниила Б. (ЭГ 1) также достаточно растянута короткая подъязычная связка. У детей ЭГ 2 успешно реализованы мероприятия по нормализации мышечного тонуса и моторики артикуляционного аппарата.

У 50 % детей ЭГ 2 (Тимофей А., Артемий Е.) динамическая организация артикуляционных движений незначительно нарушена, что проявлялось в быстрой утомляемости и появлении саливации при увеличении нагрузки. При этом у детей отмечается значительная положительная динамика: движения языка, губ, нижней челюсти точные, в полном объеме, хорошая переключаемость с одного движения на другое.

Состояние артикуляционной моторики у детей ЭГ 1 и ЭГ 2 до и после проведения коррекционной работы представлено в виде диаграммы на рисунке 13.

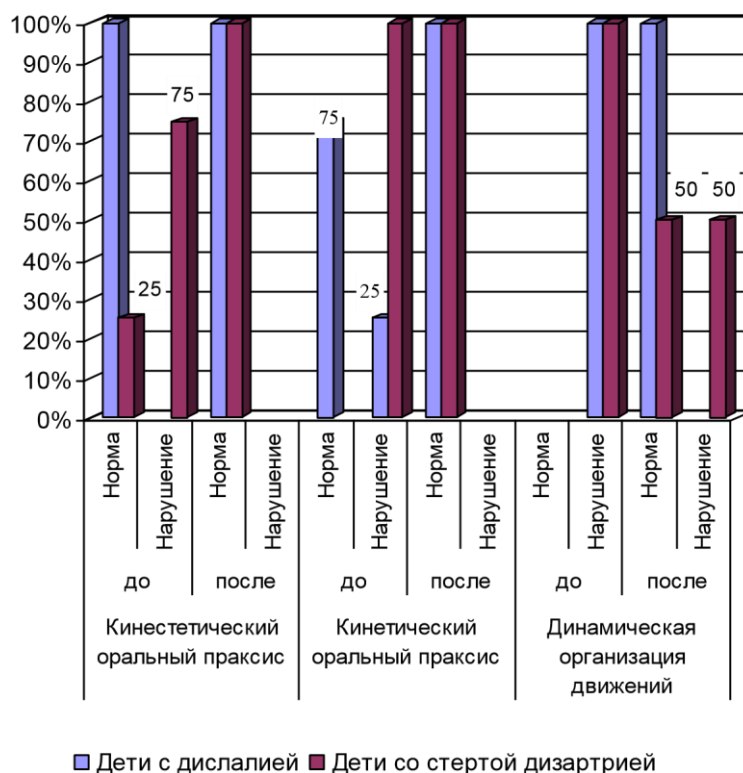


Рисунок 13 – Состояние артикуляционной моторики у детей ЭГ 1 и ЭГ 2 до и после проведения коррекционной работы

Таким образом, в ходе реализации индивидуальных программ у детей обеих групп органы артикуляционного аппарата полностью подготовлены для нормированного произношения всех звуков русского языка.

Обследование *работы мышц лицевой мускулатуры* проводилось только для детей ЭГ 2, поскольку у детей ЭГ 1 работа мимической мускулатуры не нарушена.

Качественный анализ результатов обследования показал, что тонус мышц нормальный, движения четкие, хорошая переключаемость с одного движения на другое, мимические позы выполняли правильно, носогубные складки симметричные. Таким образом, вследствие проведенной работы по нормализации мышечного тонуса и работы мышц лицевой мускулатуры (массаж воротниковой зоны, лица, самомассаж лица, развитие

произвольных движений) у детей ЭГ 2 данный параметр соответствует норме.

В ходе проведения контрольного экспериментального исследования были изучены *особенности звукопроизношения* у детей старшего дошкольного возраста с ФФН при стертой дизартрии и дислалии в различных фонетических условиях: изолированно, в словах (в начале, в конце, в середине), во фразовой речи. Обследованию подвергались только те группы звуков, произношение которых ранее было нарушено, т.е. свистящие, шипящие и сонорные звуки.

Сравнительный анализ результатов обследования качества произношения звуков изолированно и в словах (в начале, в середине и в конце) показал, что в ходе реализации индивидуальных программ у всех детей ЭГ 1 и ЭГ 2 сформирован навык правильного произношения свистящих, шипящих и сонорных звуков в данных фонетических условиях.

Сравнительный анализ обследования состояния звукопроизношения во фразовой речи показал, что у 100 % детей ЭГ 1 (Андрей А., Даниил Б., Марк Т., Софья В.) и у 50 % детей ЭГ 2 (Матвей Г., Ксения Ш.) отмечается правильное произношение свистящих, шипящих и сонорных звуков. При этом все дети произносили звуки правильно как в отдельных предложениях, так и в спонтанной организованной и неорганизованной речи. Следует отметить, что при этом процесс автоматизации и введения звуков в речь для детей со стертой дизартрией был растянут во времени и затруднен. Детям со стертой дизартрией для формирования навыка правильного звукопроизношения чаще и более длительное время требовалась опора на зрительный анализатор, кинестетические ощущения руки, а также многократное повторение приемов и методов индивидуальных программ.

У 25 % детей ЭГ 2 (Матвей Г.) отмечается назальный тембр голоса при произнесении гласных и согласных звуков, кроме сонорных звуков [м,

мь, н, нь] в различных фонетических условиях, что обусловлено увеличенными аденоидами у ребенка (родителям дана рекомендация сводить ребенка на консультацию к отоларингологу).

Для 50 % детей ЭГ 2 (Тимофей А., Артемий Е.) нарушенные звуки были исправлены, автоматизированы, однако не все звуки были введены в речь. Так, в ходе выполнения тестовых заданий: повторить предложение за логопедом / прочитать самостоятельно предложения (короткий текст) Тимофей А. и Артемий Е. произносили все звуки чисто, четко. Однако в спонтанной организованной и неорганизованной речи (прочитать стихотворение на память, составить рассказ на определенную тему), когда внимание детей переключалось на более сложную для них задачу, у Тимофея А. были зафиксированы случаи искажения произношения свистящих звуков [с, съ, ц], а у Артемия Е. – сонорных звуков [р, рь].

В результате реализации приемов и методов по исправлению, автоматизации и дифференциации нарушенных в произношении звуков у всех детей ЭГ 1 и ЭГ 2 в ходе обследования, а также наблюдения за их общением со сверстниками и взрослыми фонологический дефект (пропуски и замены звуков) не был отмечен.

Таким образом, для 100 % детей ЭГ 1 (Андрей А., Даниил Б., Марк Т., Софья В.) и для 50 % детей ЭГ 2 (Матвей Г., Ксения Ш.) все нарушенные в произношении звуки были поставлены, автоматизированы и введены в речь. Два ребенка ЭГ 2 (Тимофей А. и Артемий Е.) нуждаются в дальнейшей коррекционной работе, направленной на введение исправленных звуков в речь.

Состояние звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с ФФН при дислалии и стертой дизартрии в спонтанной речи до и после проведения коррекционной работы представлено в виде диаграммы на рисунке 14.

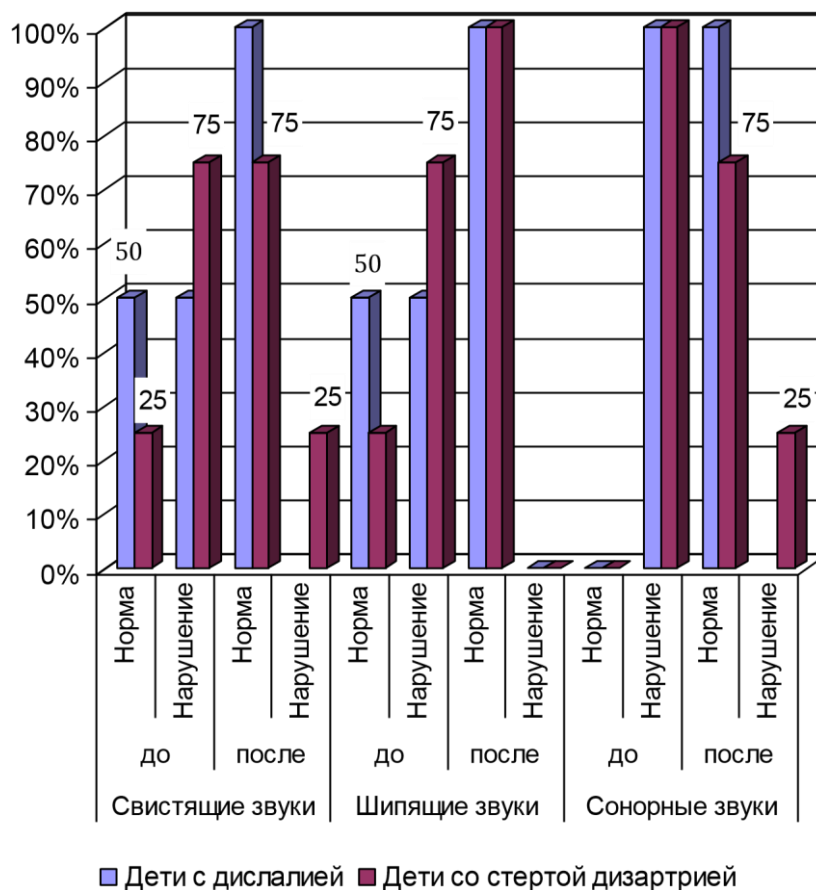


Рисунок 14 – Состояние звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с ФФН при дислалии и стертой дизартрии в спонтанной речи до и после проведения коррекционной работы

Контрольное обследование *состояния дыхательной и голосовой функции*, а также *тембра голоса* проводилось только для детей старшего дошкольного возраста с ФФН при стертой дизартрии, поскольку у детей с дислалией данные параметры не нарушены.

Качественный анализ результатов обследования дыхательной функции показал, что в ходе реализации индивидуальных программ у всех детей ЭГ 2 сформирован диафрагмальный тип дыхания, развиты достаточные объем и сила воздушной струи.

При изучении фонационного дыхания в тестовых заданиях, а также в спонтанной организованной и неорганизованной речи 100 % детей ЭГ 2

(Ксения Ш., Матвей Г., Тимофей А., Артемий Е.) произносили предложения различной структуры плавно на одном выдохе, без дополнительных доборов воздуха в середине смысловых фраз. Таким образом, реализация методов и приемов по нормализации фонационного дыхания, представленных в индивидуальных программах, привела к положительной динамике в развитии данного параметра.

Качественный анализ результатов изучения голосовой функции в тестовых заданиях, а также в спонтанной речи позволил сделать вывод о том, что голосовая функция в норме у 75 % детей ЭГ 2 (Тимофей А., Ксения Ш., Матвей Г.). Дети предложения различной структуры произносили с достаточными модуляциями голоса по высоте и силе.

У 25 % детей ЭГ 2 (Артемий Е.) отмечена положительная динамика в нормализации голосовой функции. Артемий Е. в тестовых заданиях, а также в спонтанной организованной речи (прочтение стихотворения наизусть) предложения различной структуры произносил с достаточными модуляциями голоса по высоте и силе. Однако при составлении рассказа на заданную тему, а также в моменты волнения при общении со сверстниками или взрослыми отмечалось ухудшение голосовой функции у Артемия Е.: голос становился тихим, речь с недостаточными модуляциями голоса по высоте / силе, незначительно увеличивалась саливация.

Анализ результатов обследования *тембра голоса* показал, что у 75 % детей ЭГ 2 (Тимофей А., Ксения Ш., Артемий Е.) тембр голоса нормальный. У одного ребенка ЭГ 2 (25 %: Матвей Г.) был зафиксирован назальный тембр голоса, который объясняется увеличенными аденоидами.

Таким образом, мы пришли к выводу, что одному ребенку ЭГ 2 (Артемий Е.) необходима дальнейшая коррекция голосовой функции в различных видах самостоятельной речи.

Состояние физиологического, фонационного дыхания, голосовой функции, тембра голоса у старших дошкольников с ФФН при дислалии и стертой дизартрии до и после проведения коррекционной работы представлены в виде диаграммы на рисунке 15.

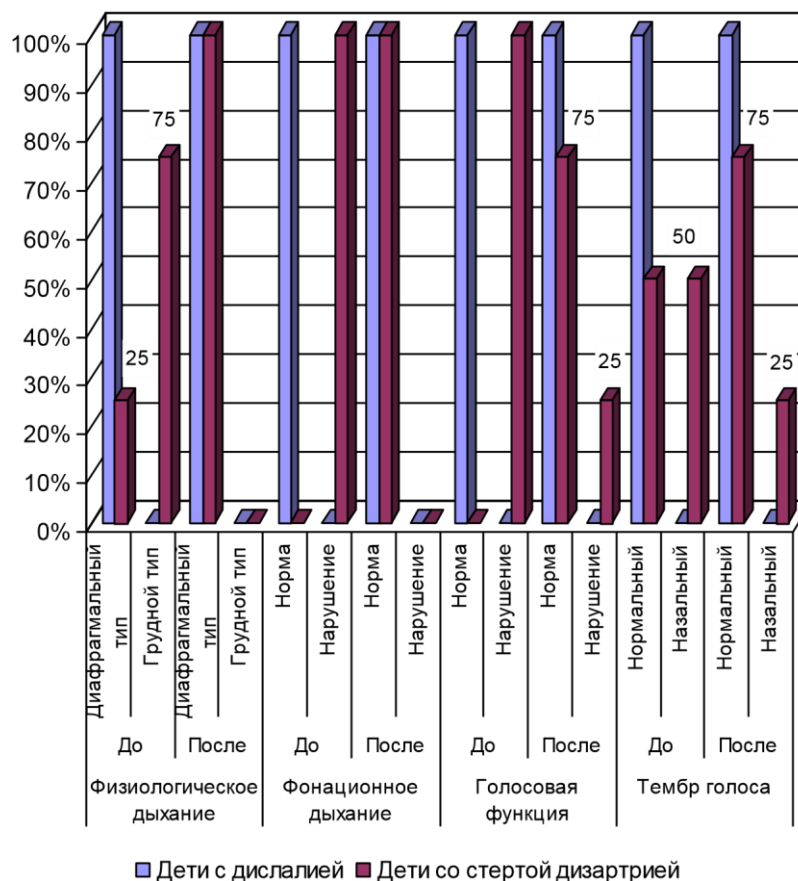


Рисунок 15 – Состояние физиологического, фонационного дыхания, голосовой функции, тембра голоса у старших дошкольников с ФФН при дислалии и стертой дизартрии до и после проведения коррекционной работы

В контрольном обследовании для детей с ФФН при стертой дизартрии были изучены особенности просодических компонентов речи: темп, ритм и интонационное оформление речи.

Анализ результатов обследования состояния просодических компонентов в тестовых заданиях и в спонтанной речи показал, что у 75 % детей ЭГ 2 (Ксения Ш., Тимофей А., Матвей Г.) речь была интонационно

выразительной, всеми детьми соблюдались нормальный темп и четкий ритм речи.

У 25 % детей ЭГ 2 (Артемий Е.) отмечены значительные улучшения интонационной выразительности речи. Артемий Е. выполнил все тестовые задания правильно, стихотворение рассказал интонационно выразительно, в нормальном темпе и с четким ритмом. Однако при составлении рассказа на заданную тему, а также при общении со сверстниками или взрослыми отмечалось ухудшение просодических компонентов речи, которое проявлялось в недостаточной интонационной выразительности речи, при этом темп и ритм речи нормальные.

Следует отметить, что в ходе контрольного обследования все дети ЭГ 2 с удовольствием, эмоционально рассказывали стихотворения. Ксения Ш., Тимофей А. сопровождали эмоциональный рассказ соответствующими мимическими движениями, а также движениями тела, хотя в контрольном обследовании некоторые дети (Ксения Ш., Матвей Г.) сначала отказывались от задания прочесть стихотворение наизусть. Таким образом, в ходе реализации индивидуальных программ у всех детей ЭГ 2 были также развиты произвольная память и координация движений и речи.

Таким образом, мы пришли к выводу, что одному ребенку ЭГ 2 (Артемий Е.) необходима дальнейшая коррекционная работа по развитию интонационной выразительности в различных видах самостоятельной речи.

Состояние просодических компонентов речи у старших дошкольников с ФФН при дислалии и стертой дизартрии до и после проведения коррекционной работы представлено в виде диаграммы на рисунке 16.

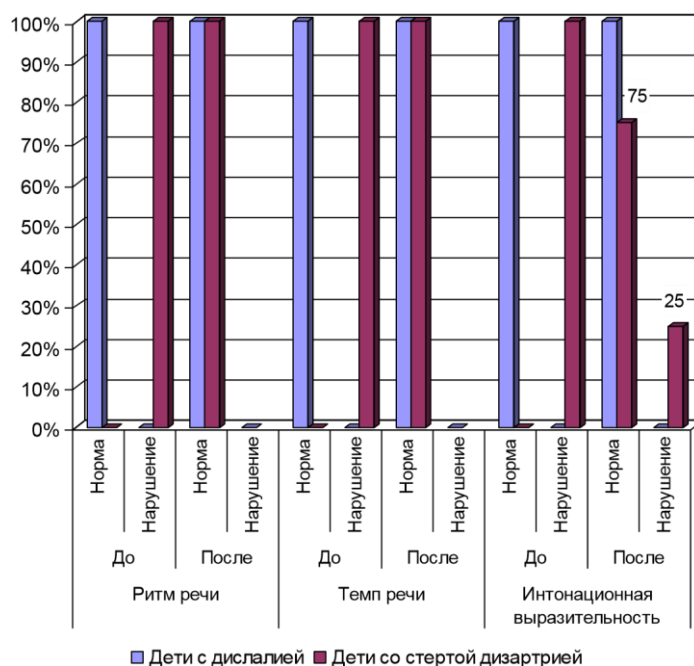


Рисунок 16 – Состояние просодических компонентов речи у старших дошкольников с ФФН при дислалии и стертой дизартрии до и после проведения коррекционной работы

В контрольном эксперименте был проведен сравнительный анализ способности к фонематическому анализу и синтезу у детей с ФФН при стертой дизартрии и дислалии. Также было изучено фонематическое восприятие у детей с ФФН при стертой дизартрии. У детей с ФФН при дислалии дифференциация звуков на слух и в произношении не нарушена.

В результате реализации индивидуальных программ у детей ЭГ 2 были сформированы способность к различению интонационных средств выразительности в чужой и собственной речи, а также навык дифференциации звуков на слух и в произношении. Так, Матвей Г. правильно различает на слух и произносит шипящие звуки, а Артемий Е., Матвей Г. – свистящие звуки.

Сравнительный анализ результатов обследования показал, что у всех детей ЭГ 1 и ЭГ 2 в ходе реализации индивидуальных программ сформирован навык фонематического анализа и синтеза, который соответствует возрасту. Все дети справились со следующими заданиями:

выделение ударного гласного в начале слова, определение первого / последнего звука в слове, последовательности и количества звуков / слогов в слове, составление схемы слова с выделением ударного слога, выбор слова к соответствующей графической схеме, преобразование слов за счет замены одного звука / слога, составление слов из заданной последовательности звуков / слогов и др.

Мы пришли к выводу, что после проведения коррекционной работы фонематические процессы у всех детей ЭГ 1 и ЭГ 2 соответствуют возрасту, что будет способствовать успешному овладению навыками чтения и письма, повышению интереса к обучению в школе и самооценки каждого ребенка.

Количественный и качественный анализ результатов контрольного обследования детей ЭГ 1 и ЭГ 2 позволил вывести *речевые профили для каждого ребенка после проведения коррекционной работы* (речевые профили представлены в Приложении 6).

Индивидуальные речевые профили мы строили по методике, представленной в контрольном эксперименте. Профили являются дополнительным средством изучения эффективности разработанных индивидуальных программ по коррекции стертой дизартрии и дислалии у старших дошкольников, а также проведенной в соответствии с ними работы. Речевые профили позволили наглядно оценить, какие показатели речевого развития у детей соответствуют возрастной норме, а какие показатели нуждаются в дальнейшей проработке.

Таким образом, нами проведен сравнительный анализ реализации индивидуальных программ по коррекции стертой дизартрии и дислалии у старших дошкольников с ФФН за период с мая 2016 года по июнь 2017 года, который позволил сделать следующие выводы:

- речевое развитие детей ЭГ 1 (Даниил Б., Софья В., Андрей А., Марк Т.) соответствует возрасту, речь интонационно выразительная с правильным произношением всех звуков родного языка;
- речевое развитие двух детей ЭГ 2 (Ксения Ш., Матвей Г.) соответствует возрасту, речь интонационно выразительная с правильным произношением всех звуков родного языка;
- два ребенка ЭГ 2 (Тимофей А. и Артемий Е.) нуждаются в дальнейшей коррекционной работе, направленной на введение исправленных звуков в речь;
- одному ребенку ЭГ 2 (Артемий Е.) необходима дальнейшая коррекционная работа по развитию голосовой функции и интонационной выразительности в различных видах самостоятельной речи.

Выводы по главе 2

В ходе констатирующего эксперимента исследования мы пришли к следующим выводам:

- необходимо использовать дополнительные параметры дифференциальной диагностики: изучение особенностей фонационного дыхания и состояния просодических компонентов речи, оцениваемых в процессе спонтанной организованной (прочтение стихотворения наизусть) или неорганизованной (при составлении рассказа из собственного опыта) речи детей, позволило четко разграничить стертую дизартрию и дислалию у старших дошкольников с ФФН;
- необходимо учитывать психологические особенности личности каждого ребенка и события, происходящие в его семье;
- необходим комплексный подход к оценке параметров обследования.

Проведение дифференциальной диагностики с использованием дополнительных параметров обследования позволило получить следующие результаты:

1. у всех детей со стертой дизартрией в отличие от детей с дислалией анамнез отягощен;
2. для детей со стертой дизартрией характерно неустойчивое внимание и недостаточная работоспособность;
3. у детей со стертой дизартрией недостаточно развиты слуховое внимание, восприятие речи, пространственный праксис, общая и ручная моторика;
4. артикуляционная моторика нарушена у всех детей старшего дошкольного возраста с ФФН, однако механизм нарушений артикуляционной моторики зависит от нарушения речи по клинико-педагогической классификации. Так, у детей со стертой дизартрией нарушения кинестетического, кинетического орального праксиса и динамической организации движений обусловлены недостаточной иннервацией артикуляционного аппарата и, как следствие, нарушением тонуса мышц языка, губ, мягкого нёба. У детей с дислалией нарушения

- артикуляционной моторики объясняются недостаточной сформированностью и отработанностью тонких дифференцированных движений органов артикуляции, а также наличием короткой подъязычной связки у одного ребенка;
5. работа мышц лицевой мускулатуры нарушена только у детей со стертой дизартрией, ввиду недостаточной иннервации и, как следствие, нарушения тонуса данных мышц;
 6. нарушения в строении периферического отдела артикуляционного аппарата (короткая подъязычная связка, толстый язык) отмечаются как у детей с дислалией, так и у детей со стертой дизартрией. У многих детей происходит смена верхних и нижних передних молочных зубов, что влияет на качество звукопроизношения;
 7. у детей с дислалией и со стертой дизартрией выявлено полиморфное нарушение звукопроизношения (свистящие, шипящие и сонорные звуки). Однако для детей со стертой дизартрией отмечается резкое ухудшение качества звукопроизношения во фразовой речи, а также увеличение саливации при увеличении нагрузки;
 8. у детей со стертой дизартрией в отличие от детей с дислалией отмечаются нарушения физиологического и фонационного дыхания, голосовой функции и просодических компонентов речи, особенно ярко проявляющиеся при увеличении нагрузки;
 9. способность к фонематическому анализу и синтезу и дифференциация звуков не соответствуют возрасту как у детей с дислалией, так и у детей со стертой дизартрией ввиду наличия у них фонетико-фонематического недоразвития речи по психолого-педагогической классификации.

В ходе формирующего эксперимента с учетом выявленных особенностей общего и речевого развития детей нами были разработаны и

реализованы дифференцированные индивидуальные программы поэтапной коррекции стертой дизартрии и дислалии у старших дошкольников с ФФН.

Для повышения качества обучения, воспитания детей, ускорения процесса усвоения знаний на занятиях по коррекции стертой дизартрии и дислалии нами подобраны и систематизированы компьютерные технологии.

При разработке и реализации индивидуальных программ были соблюдены основные принципы коррекционной работы, а также возрастные особенности детей.

Мы разработали методические рекомендации по коррекции стертой дизартрии и дислалии у старших дошкольников с ФФН с указанием особенностей и сроков реализации каждого этапа индивидуальных программ. В методических рекомендациях приводится подробное описание последовательности, приемов, упражнений и игр по всем направлениям коррекционной работы.

Сравнительный анализ результатов контрольного эксперимента позволил сделать следующие выводы:

1. речевое развитие детей с дислалией и двух детей со стертой дизартрией соответствует возрасту, речь интонационно выразительная с правильным произношением всех звуков родного языка;
2. два ребенка со стертой дизартрией нуждаются в продолжении коррекционной работы, направленной на введение исправленных звуков в речь и на развитие голосовой функции и интонационной выразительности в различных видах самостоятельной речи;
3. использование традиционных и реализованных нами приемов, упражнений, игр и систематизированных компьютерных технологий позволило разнообразить содержание коррекционной работы, повысить мотивацию детей к занятиям с логопедом и, как следствие, добиться

положительных результатов по коррекции стертой дизартрии и дислалии у старших дошкольников с ФФН.

Заключение

Важнейшим критерием успешного обучения в школе и овладения процессами чтения и письма является сформированность устной речи, фонетико-фонематической стороны речи, а также зрительного восприятия и пространственного праксиса. Изучение особенностей общего и речевого развития детей с ФФН при стертой дизартрии и дислалии, поиск эффективных методов преодоления данных речевых нарушений имеет важное значение для формирования социально адаптированной личности.

В настоящем исследовании представлена дифференциальная диагностика стертой дизартрии и дислалии у старших дошкольников с ФФН с подробным описанием последовательности и методики проведения обследования.

Доказана необходимость изучения особенностей фонационного дыхания, голосовой функции и состояния просодических компонентов в процессе спонтанной организованной или неорганизованной речи детей. Использование дополнительных параметров обследования и критериев их оценки позволило четко разграничить стертую дизартрию и дислалию у старших дошкольников с ФФН.

Также доказана необходимость учета психологических особенностей личности каждого ребенка и событий, происходящих в его семье и реализации комплексного подхода к оценке параметров обследования.

В процессе дифференциальной диагностики выявлено, что у детей со стертой дизартрией неречевые функции, психические процессы (внимание,

память, работоспособность, зрительное и слуховое восприятие, общая и ручная моторика) недостаточно развиты. Обследование детей показало, что механизм нарушения артикуляционной моторики, звукопроизношения и степень проявления этих нарушений зависят от расстройства речи по клинико-педагогической классификации. У детей со стертой дизартрией также выявлено резкое ухудшение дыхательной, голосовой функций и просодических компонентов речи при увеличении нагрузки. Способность к фонематическому анализу и синтезу и дифференциация звуков не соответствуют возрасту как у детей с дислалией, так и у детей со стертой дизартрией, что обусловлено недоразвитием речи по психолого-педагогической классификации.

В ходе исследования разработаны и апробированы эффективные индивидуальные программы по коррекции стертой дизартрии и дислалии у старших дошкольников с ФФН. Дифференцированные программы направлены на формирование полноценной фонетической системы языка, произносительных навыков в различных видах самостоятельной речи, на развитие фонематического восприятия, навыков звукового анализа / синтеза, а также четкости речи и интонационной выразительности высказываний в зависимости от речевых намерений. Программы одновременно способствуют расширению и уточнению словаря, умению правильно строить предложения и развитию связной речи, внимания, памяти и мышления.

Доказана эффективность включения в содержание коррекционно-педагогической работы систематизированных компьютерных технологий, способствующих развитию общей, ручной и артикуляционной моторики, звукопроизносительной стороны речи, внимания, памяти детей, а также повышению заинтересованности дошкольников к занятиям с логопедом.

В процессе исследования разработаны методические рекомендации по коррекции стертой дизартрии и дислалии у старших дошкольников с ФФН с указанием особенностей и сроков реализации каждого этапа индивидуальных программ. В методических рекомендациях представлены традиционные и реализованные нами приемы, упражнения и игры, позволяющие разнообразить содержание и повысить эффективность коррекционной работы, а также повысить мотивацию детей к занятиям с логопедом.

Таким образом, проведенное исследование подтвердило выдвинутую гипотезу. Все задачи исследования реализованы.

Список литературы

1. Абдеев, Р. Ф. Философия информационной цивилизации [Текст] / Р. Ф. Абдеев. – М. : ВЛАДОС, 1994. – 125с.
2. Александровская, М. А. Недостатки произношения у детей старшего дошкольного возраста : Автореф. дисс. канд. пед. наук. [Текст]. – М., 1955. – 14 с.
3. Алмазова, Е. С. Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей [Текст] / Е. С. Алмазова. – М : Просвещение. – 1973.
4. Архипова, Е. Ф. Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стертой дизартрии у детей [Текст] / Е. Ф. Архипова. – М. : АСТ: Астрель, 2008. — 254,с.
5. Архипова, Е. Ф. Логопедический массаж при дизартрии [Текст] / Е. Ф. Архипова. – М. : АСТ : Астрель, 2008. – 123 с.
6. Архипова, Е. Ф. Стёртая дизартрия у детей : учеб. пособие для студентов вузов [Текст]. – М. : АСТ: Астрель, 2006. – 320 с.

7. Ахметзянова, А. И., Болтакова и др. Основы логопедии: учебное пособие [Текст]. – Казань : Казан. ун-т, 2015. – 175 с.
8. Бадалян, Л. О. Невропатология: учебник для студ. дефектол. фак. высш. пед. учеб. заведений [Текст]. – 2-е изд., испр. – М. : Издательский центр «Академия», 2003.
9. Базжина, Т. В. Становление речи и усвоение языка ребенком [Текст] / Т. В. Базжина. – М. : Изд. Московского университета, 1985.
10. Башмакова С. Б., Кошкина О. Н. Теоретический анализ исследований психоречевых особенностей дошкольников с дизартрией [Текст] / С. Б. Башмаков, О. Н. Кошкина // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2016. – Т. 8. – С. 132 – 137.
11. Беккер, К. П. Логопедия: пер. с нем. [Текст] / К. П. Беккер, М. М. Совак. – М. : Медицина, 1981. – 288 с.
12. Белавина, И. Г. Восприятие ребенком компьютера и компьютерных игр [Текст] / И. Г. Белавина // Вопросы психологии / под ред. Е. В. Щедрина. – 1993. – №3. – С. 62 – 70.
13. Белова-Давид, Р. А. К вопросу систематизации речевых расстройств у детей [Текст] / Р. А. Белова-Давид // Нарушение речи у дошкольников. – М. : Просвещение, 1969. – С. 11 – 47.
14. Бельтюков, В. И. О закономерностях развития речевой функции в онтогенезе [Текст] / В. И. Бельтюков // Вопросы психологии. – 1984. – № 5.
15. Бельтюков, В. И. О сроках усвоения в произношении звуков речи слышащими детьми [Текст] / В. И. Бельтюков // Дефектология. – 1983. – № 2. – С. 28 – 34.
16. Белякова, Л. И. Логопедия. Дизартрия [Текст] / Л. И. Белякова, Н. Н.

- Волоскова. – М. : Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2009. – 287 с.
17. Белякова, Л. И. , Дьякова, Е. А. Заикание: учеб. пособие для студентов педагогических институтов по специальности “Логопедия” [Текст]. – М. : В. Секачев, 1998. – 304 с.
 18. Белянин, В. П. Психолингвистика: учебник [Текст]. – М. : Флинта: Московский психолого-социальный институт, 2003. – 232 с.
 19. Бернштейн, Н. А. Очерки о физиологии движений и физиологии активности [Текст] / Н. А. Бернштейн. – М. : Изд-во «Медицина», 1966.
 20. Беспалько, В. П. Образование и обучение с участием компьютеров (педагогика третьего тысячелетия) [Текст] / В. П. Беспалько. – М. ; Воронеж : Изд-во Моск. псих.-пед. ин-та : Изд-во: НПО «Модэк», 2002.
 21. Божович, Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте [Текст]. – М., 1968. – 435 с.
 22. Болтакова, Н. И. Теоретические основы логопедии. Дислалия: краткий конспект лекций [Текст]. – Казань : Каз. федер. ун-т, 2013. – 69 с.
 23. Винарская, Е. Н. Раннее речевое развитие ребёнка и проблемы дефектологии. Периодика раннего развития. Эмоциональные предпосылки освоения языка [Текст] / Е. Н. Винарская. – М. : Просвещение, 1987.
 24. Винарская, Е. Н. Дизартрия и ее диагностическое значение в клинике очаговых поражений мозга [Текст] / Е. Н. Винарская, А. М. Пулатов. – М. – Ташкент : Медицина, 1989. – 170 с.
 25. Винарская, Е. Н. Дизартрия [Текст] / Е. Н. Винарская. – М. : АСТ: Астрель, Хранитель, 2006. – 141 с.
 26. Волкова, Г. А. Методика психолого-логопедического обследования детей с нарушениями речи. Вопросы дифференциальной диагностики: учебно-методическое пособие [Текст]. – СПб. : ДЕТСТВО-ПРЕСС,

2005. – 144 с.
27. Волкова, Л. С. Нарушения детской речи и их устранение в учебновоспитательном процессе [Текст] / Л. С. Волкова // Педагогические сочинения / под ред. А. Земитана. – Рига, 1969. – С. 35 – 39.
 28. Волкова, Л. С. Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): учеб. пособие для студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений [Текст]. В 2 тт. Т.1 / Под ред. Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова. – М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1977. – 560 с.
 29. Выготский, Л. С. Мышление и речь [Текст] / Л. С. Выготский. – 5-е изд., испр. – М. : Лабиринт, 1999. – 352 с.
 30. Гвоздев, А. Н. Вопросы изучения детской речи [Текст] / А. Н. Гвоздев. – М. : Изд-во АПН РСФСР, 1978. – 471с.
 31. Горчакова, А. М. Формирование фонематических процессов у детей с нарушениями речи [Текст] / А. М. Горчакова // Современные тенденции специальной педагогики и психологии: Научные труды Всероссийской научно-практической конференции «Современные тенденции специальной педагогики и психологии» – Самара, СГПУ, 2003. – С. 70 – 83.
 32. Грибова, О. Е. Логопедический тренажер «Дэльфа-142.1» для специальных (коррекционных) школ. Версии программного обеспечения 1.5 и 2.0 : практическое руководство [Текст]. – М. : Дэльфа М, 2008. – 130 с.
 33. Григоренко, Н. Ю., Цыбульский, С. А. Диагностика и коррекция звукопроизносительных расстройств у детей с нетяжелыми аномалиями органов артикуляции: учебно-методическое пособие [Текст]. – М. : Книголюб, 2005. – 144с.

34. Гриншпун, Б. М. Дислалия [Текст] / Б. М. Гриншпун // Хрестоматия по логопедии / под ред. Л. С. Волковой, В. И. Селиверстова. – М., 1997. Т.1. – С. 108 – 119.
35. Гуровец, Г. В., Маевская С. И. К вопросу диагностики стертых форм псевдобульбарной дизартрии. [Текст] / Г. В. Гуровец, С. И. Маевская // Вопросы логопедии. – М., 1978. – С. 27 – 37
36. Давыдова, М. П. Коррекция речи у детей с дизартрией [Текст] / М. П. Давыдов. – Курск : Курский областной институт усовершенствования учителей, 1991. – 19 с.
37. Диагностика нарушений речи у детей и организация логопедической работы в условиях дошкольного учреждения: сборник методических рекомендаций [Текст]. – СПб. : «Детство-Пресс», 2000.
38. Дружинина, Л. А. Индивидуальный и дифференцированный подходы при организации коррекционной помощи детям с косоглазием и амблиопией: дис. ... канд. пед. наук [Текст]. – М., 2000. – 160 с.
39. Ермакова, И. И. Коррекция речи и голоса у детей и подростков: кн. для логопеда [Текст] / И. И. Ермаков. – 2-е изд., перераб. – М. : Просвещение: АО «Учеб. лит.», 1996. – 143 с.
40. Жинкин, Н. И. Механизмы речи [Текст] / Н. И. Жинкин. – М. : АПН РСФСР, 1958. – 378 с.
41. Журба, Л. Т. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни [Текст] / Л. Т. Журба, Е. М. Мастюкова. – М. : Медицина, 1981. – 272 с.
42. Журова, Л. Е. Обучение грамоте в детском саду [Текст] / Л. Е. Журова. – М. : Педагогика, 1974. – 152 с.
43. Захарова, И. Г. Информационные технологии в образовании [Текст] / И. Г. Захарова. – М. : Издательский центр «Академия», 2005.

44. Зеленская, Ю. Б. Эволюция технических средств формирования и коррекции произносительной стороны речи у детей [Текст] / Ю. Б. Зеленская // Дефектология. – 2003. – №2. – С.76 – 87.
45. Зеeman, Н. Косноязычные дети [Текст] / Н. Зеeman // Расстройства речи в детском возрасте / под ред. В. К. Трутнева, С. С. Ляпидевского. – М., 1962. – С. 83 – 127.
46. Иллюстрированная методика логопедического обследования детей старшего дошкольного возраста [Текст] / под общ. ред. Т. Н. Волковской. – М. : Изд-во «Коррекционная педагогика», 2006. – 104 с.
47. Информационные технологии в обучении произношению : пособие для сурдопедагогов и логопедов, преподавателей и аспирантов каф. спец. психологии и коррекц. педагогики Ун-тов и ВУЗов [Текст] / О. И. Кукушкина, Т. К. Королевская, Ю. Б. Зеленская; Ин-т коррекц. педагогики Рос. акад. образования. – М. : Полиграф Сервис, 2004. – 158 с. : ил.
48. Карелина, И. Б. Дифференциальная диагностика стертых форм дизартрии и сложной дислалии [Текст] / И. Б. Карелина // Дефектология. – 1996. – №5. – С. 10 – 13.
49. Карелина, И. Б. Новые направления в коррекции минимальных дизартрических расстройств [Текст] / И. Б. Карелина // Дефектология. – 2000. – №1. – С. 24 – 26.
50. Каше, Г. А. Программа воспитания и обучения детей с фонетикофонематическим недоразвитием речи (7 год жизни) [Текст] / Г. А. Каше, Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина. – М. : Министерство Просвещения

СССР научно-исследовательский институт дефектологии АПН СССР, 1986.

51. Каше, Г. А. Недостатки произношения звуков у учащихся массовой школы [Текст] / Г. А. Каше // Недостатки речи у учащихся начальных классов массовой школы / Под ред. Р.Е. Левиной. – М.: Просвещение, 1971. – 191с.
52. Каше, Г. А. Подготовка к школе детей с недостатками речи: пособие для логопеда [Текст]. – М. : Просвещение, 1985. – 207 с.
53. Киселева, В. А. Диагностика и коррекция стертой формы дизартрии: пособие для логопедов [Текст]. – М. : Школьная пресса, 2007. – 48 с.
54. Китик, Е. Е. Основы логопедии [Текст] : учеб. пособие / Е. Е. Китик. – 2-е изд. стер. – М. : ФЛИНТА, 2014. – 196 с.
55. Кольцова, М. М. Ребенок учится говорить. Пальчиковый игротренинг [Текст] / М. М. Кольцова, М. С. Рузина // Психология детства. Современный взгляд. – Екатеринбург : У-Фактория, 2006. – 224 с.
56. Корнев, А. Н. Артикуляционная и вербальная диспраксия у детей [Текст] / А. Н. Корнев // Расстройства речи. Клинические проявления и методы коррекции. Материалы конференции «Современные проблемы логопатии». СПб. – 1999. – С. 57 – 63.
57. Корнев, А. Н. Основы логопатологии детского возраста: клинические и психологические аспекты [Текст] / А. Н. Корнев. – СПб. : Речь, 2006. – 380 с.
58. Корнев, А. Н. О функциональной структуре фонологических нарушений при моторной алалии [Текст] / А. Н. Корнев // Распад и недоразвитие языковой системы: исследования и коррекция. – СПб. – 1991. – С. 58 – 66.
59. Королевская, Т. К. Компьютерные интерактивные технологии и устная речь как средство коммуникации: достижения и поиски [Текст] / Т. К.

- Королевская // Дефектология. – 1998. – № 1. – С. 47 – 55.
60. Коррекционно-педагогическая работа в дошкольных учреждениях для детей с нарушениями речи [Текст] / под ред. Ю. Ф. Гаркуши. – М. : Секачев В. Ю. ТЦ «Сфера» : НИИ Школьных технологий, 2008. – 128 с.
61. Котова, Е. А. Играем и учимся [Электронный ресурс] // <http://www.logopedgame.ru>
62. Красильникова. В. А. Концепция компьютерной технологии обучения [Текст] / В. А. Красильникова. – Оренбург : ОГУ, 2008. – 42 с.
63. Куссмауль, А. О дизартрии [Текст] / А. Куссмауль // Хрестоматия по логопедии / под ред. Л. С. Волковой, В. И. Селиверстова. – М., 1997. Т.1. – С. 163 – 166.
64. Куссмауль, А. Косноязычие и лепетание [Текст] / А. Куссмауль // Хрестоматия по логопедии / под ред. Л. С. Волковой, В. И. Селиверстова. – М., 1997. Т.1. – С. 8 – 13.
65. Лалаева, Р. И. Методика психолингвистического исследования нарушений устной речи у детей [Текст] / Р. И. Лалаева. – М., 2004. – 72 с.
66. Лалаева, Р. И. Формирование правильной разговорной речи у дошкольников [Текст] / Р. И. Лалаева, Н. В. Серебрякова. – Ростов-на-Дону : «Феникс», СПб : «Союз», 2007.
67. Леонтьев, А. А. Язык, речь и речевая деятельность [Текст] / А. А. Леонтьев. – М. : Просвещение, 1969. – 214 с.
68. Лепская, Н. И. Доречевая стадия развития ребенка и ее роль в становлении аспектов, форм и средств коммуникации [Текст] / Н. И. Лепская // Детская речь: Лингвистический аспект: сб. научн. трудов / под ред. С.Н. Цейтлин. – СПб. : Образование, 1992. – С. 39 – 49.

69. Лизунова, Л. Р. Компьютерная технология коррекции общего недоразвития речи «Игры для Тигры» : учебно-метод. пособие [Текст] / Л. Р. Лизунова. – Изд. 2 доп. и перераб. – Пермь, 2013. – 60с.
70. Литвак, Л. Б. Локально-диагностические особенности дизартрии и дисфонии в неврологической клинике [Текст] / Л. Б. Литвак // Вопросы патологии речи. Том 81, Харьков, 1959. – С. 59 – 71.
71. Логопатопсихология : учеб. пособие для студентов [Текст] / под ред. Р. И. Лалаевой, С. Н. Шаховской. – М. : Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 2011.
72. Логопедическая диагностика и коррекция нарушений речи у детей: сб. методических рекомендаций [Текст]. – СПб., Москва. : САГА : ФОРУМ, 2006. – 272 с.
73. Логопедия. Методическое наследие: пособие для логопедов и студ. дефектол. фак. пед. Вузов [Текст] / под ред. Л.С. Волковой: В 5 кн. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – Кн. V: Фонетико-фонематическое и общее недоразвитие речи: Нарушения речи у детей с сенсорной и интеллектуальной недостаточностью. – 480 с.
74. Логопедия: учебник для студентов дефектол. фак. пед. Вузов [Текст] / под ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской. – М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998. – 680 с.
75. Лопатина, Л. В. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами: учебное пособие [Текст]. / Под ред. Е. А. Лотиновой. – СПб. : Издательство «Союз», 2005. – 192 с.
76. Лопатина, Л. В. Нарушения голоса в синдроме стертой дизартрии у детей [Текст] / Л. В. Лопатина // Современная педагогика: теория,

- методика, практика. Сборник материалов международной научной конференции / под. ред. Д. Ю. Ануфриевой – Киров : МЦНИП, 2014. – С. 65 – 73.
77. Лопатина, Л. В., Позднякова, Л. А. Логопедическая работа по развитию интонационной выразительности речи дошкольников: учебное пособие [Текст]. – СПб. : НОУ «СОЮЗ», 2006. – 151 с.
78. Лопатина, Л. В., Серебрякова, Я. В. Логопедическая работа в группах дошкольников со стертой формой дизартрии: учебное пособие к спец. курсу. Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена [Текст]. – СПб. : Образование, 1994. – 91с.
79. Лопатина, Л. В. Приемы обследования дошкольников со стертой формой дизартрии и дифференциация их обучения [Текст] / Л. В. Лопатина // Дефектология : Научно- методический журнал Академии педагогических наук / Ред. В. И. Лубовский, А. И. Чайкина. – 1986. – № 2. – С. 64 – 71.
80. Лопатина, Л. В. Уровневый подход в изучении психомоторики детей с речевой патологией [Текст] / Л. В. лопатина // Психологическая наука и образование. – 2003. – № 2. – С. 31 – 36.
81. Лопатина, Л. В., Серебрякова, Н. В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников (коррекция стертой дизартрии): учебное пособие [Текст]. – СПб. : Изд-во «СОЮЗ», 2000. – 192 с.
82. Лопатина, Л. В. Дифференциальная диагностика стертой дизартрии и функциональных расстройств звукопроизношения [Текст] / Л. В. Лопатина // Материалы конференции «Реабилитация пациентов с расстройствами речи». – СПб. : 2000. – С. 177 – 182.
83. Лопатина, Л. В. Фонетико-фонематические нарушения и их коррекция у дошкольников со стертой дизартрией: монография [Текст]. – СПб. :

Изд-во РГПУ, 2004. – 259 с.

84. Лубовский, В. И. Развитие словесной регуляции действий у детей (в норме и патологии) [Текст] / В. И. Лубовский. – М. : Педагогика, 1978. – 224 с.
85. Лурия, А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушение при локальных поражениях мозга [Текст] / А. Р. Лурия. – 2-е изд. доп. – М. : Издательство Московского университета, 1969. – 504с.
86. Лынская, М. И. Организация логопедической помощи с использованием компьютерных программ [Текст] / М. И. Лынская // Логопед в детском саду. – 2006. – № 6. – С. 54 – 56. : ил.
87. Лямина, Г. М. Особенности развития речи детей дошкольного возраста // Хрестоматия по теории и методике развития речи детей дошкольного возраста: учеб. пособие для студ. высш. и сред. пед. учеб. заведений [Текст] / сост. М.М. Алексеева, В.И.Яшина. – М. : Академия, 2000. – 560 с.
88. Максаков, А. И. Воспитание звуковой культуры речи у дошкольников : пособие для педагогов дошкольных учреждений [Текст] / А. И. Максаков. – 2-е изд. – М. : Мозаика-Синтез, 2005. – 64 с.
89. Мартынова, Р. И. Медико-педагогическая характеристика дислалии и дизартрии [Текст] / Р. И. Мартынова // Очерки по патологии речи и голоса / под ред. С. С. Ляпидевского. – М., 1963. – С. 34 – 48.
90. Мартынова, Р. И. О психолого-педагогических особенностях детей дислаликов и дизартриков [Текст] / Р. И. Мартынова // Очерки по патологии речи и голоса. – М. : Учпедгиз, 1963. – Вып. 3. – С. 98.
91. Мартынова, Р. И. Сравнительная характеристика детей, страдающих легкими формами дизартрий и функциональной дислалией [Текст] / Р.

- И. Мартынова // Расстройства речи и методы их устранения / под ред. Ляпидевского С. С., Шаховской С. Н. – М., 1975. – С. 79 – 91.
92. Мастюкова, Е. М., Ипполитова, М. В. Нарушение речи у детей с церебральным параличом: кн. для логопеда [Текст]. – М. : Просвещение, 1985. – 192 с.
93. Мастюкова, Е. М. Нарушение речи у детей с церебральным параличом [Текст] / Е. М. Мастюкова, М. В. Ипполитова. – М., 1977.
94. Мастюкова, Е. М. Основные формы двигательных, речевых и интеллектуальных нарушений у детей с ante- и перинатальным поражением мозга [Текст] / Е. М. Мастюкова // Дефектология, 1977, № 5 – С. 33 – 37
95. Машбиц. Е. И. Психолого-педагогические проблемы компьютеризации обучения [Текст] / Е. И. Машбиц. – М. : Педагогика, 1988. – 191 с.
96. Мелехова, Л. В. Дифференциация дислалий [Текст] / Л. В. Мелехова // Очерки по патологии речи и голоса / под ред. С. С. Ляпидевского. – М., 1967. – С. 77 – 97.
97. Мелехова, Л. В. Речь дошкольника и её исправление [Текст] / Л.В. Мелехова, М.Ф. Фомичёва. – М.: Просвещение, 1967. – 96 с.
98. Мелехова, Л. В. Сравнительный анализ логопедической работы при различных формах дислалии [Текст] / Л. В. Мелехова // Уч. записи МГПИ им. В. И. Ленина. – М., 1964. – Вып. 219.
99. Мерсибо: развивающие игры для детей от 2 до 8 лет [Электронный ресурс] // <https://mersibo.ru/>
100. Миронова, С. А. Логопедическая работа в дошкольных учреждениях и группах для детей с нарушением речи [Текст] / С. А. Миронова. — М. : А.П.О., 1993.

101. Монделаерс, Б. Ж. Вербальная диспраксия у детей [Текст] / Б. Ж. Монделаерс // Расстройства речи. Клинические проявления и методы коррекции: Материалы конференции «Современные проблемы логопатологии». – СПб, 1999.
102. Нейман, Л. В., Богомильский, М. Р. Анатомия, физиология и патология органов слуха и речи: учеб. для студ. высш. пед. учеб. заведений [Текст]. / Под ред. В. И. Селиверстова. – М. : ВЛАДОС, 2001. – 224 с.
103. Носиков, С. М. Опыт фонетического описания лепета (организация слога и ритмической структуры) [Текст] / С. М. Носиков // Становление речи и усвоение языка ребенком / Под ред. Ю.В. Рождественского. М. : Изд. Московского университета, 1985. – С. 21 – 33
104. Орфинская, В. К. О воспитании фонологических представлений в младшем школьном возрасте: уч. записки ЛГПИ им. Герцена [Текст]. – 1946.
105. Основы логопедической работы с детьми : учебное пособие для логопедов, воспитателей детских садов, учителей начальных классов, студентов педагогических училищ [Текст] / под общ. ред. д.п.н., проф. Г. В. Чиркиной. – М. : АРКТИ, 2003. – 240 с.
106. Основы теории и практики логопедии [Текст] / под ред. Р. Е. Левиной. – М., 1967. – 368 с.
107. Особенности умственного и речевого развития учащихся с церебральным параличом : сб. науч. тр. [Текст] / под ред. М. В. Ипполитовой. – М. : изд. АПН СССР, 1989. – 126 с.
108. Панченко, И. И. Особенности фонетико-фонематического анализа расстройств звукопроизношения и некоторые принципы лечебнокоррекционных мероприятий при дислалических и дизартрических нарушениях речи [Текст] / И. И. Панченко // Расстройства речи и голоса в детском возрасте. – М., 1973.

109. Панченко, И. И., Щербакова, Л. А. Медико-педагогическая характеристика детей с дизартрическими расстройствами и анартрией, страдающих церебральными параличами, и особенности логопедической работы [Текст] / И. И. Панченко, Л. А. Щербакова // Нарушения речи и голоса у детей и взрослых. – М. : МГПИ им. В. И. Ленина, 1975. – 236 с.
110. Панченко, И. И. Нарушение голоса и речи у детей [Текст] / И. И. Панченко. – М., 1975.
111. Парамонова, Л. Г. Логопедия для всех [Текст] / Л. Г. Парамонова. – СПб : Питер, 2009. – 370с.
112. Пискунов, М. А. Анатомо-физиологические основы и терапия косноязычия [Текст] / М. А. Пискунов. – М. : МЕДГИЗ, 1962.
113. Поваляева, М. А. Справочник логопеда [Текст] / М. А. Поваляева. – Ростов-на-Дону : «Феникс», 2002. – 448 с.
114. Понятийно-терминологический словарь логопеда [Текст] / под ред. В. И. Селиверстова. – М. : Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 1997. – 400 с.
115. Пособие по диагностике речевых нарушений [Текст] / под общ. ред. проф. Г. В. Чиркиной. – 3-е изд., доп. – М. : АРКТИ, 2003. – 240 с.
116. Правдина, О. В. Логопедия: учеб. пособие для студентов дефектолог. фак-тов пед. ин-тов [Текст] / . В. Правдина. – изд. 2-е, доп. и перераб. – М. : «Просвещение», 1973. – 272 с., с ил.
117. Приходько, О. Г. Дизартрические нарушения речи у детей раннего и дошкольного возраста [Текст] / О. Г. Приходько // Специальное образование, 2010, № 2 – С. 68 – 81.
118. Развивающая, обучающая игра для детей «Домашний логопед» / Разработчик: ID COMPANY [Электронный ресурс] // <http://www.nd.ru/catalog/products/homespeechtherapist/>

119. Развитие речи детей дошкольного возраста: пособие для воспитателя дет. сада [Текст] / под ред. Ф. А. Сохина. – 2-е изд., испр. – М. : Просвещение, 1979. – 223 с.
120. Рау, Е. Ф. Исправление недостатков произношения у школьников [Текст] / Е. Ф. Рау, В. И. Рождественская. – М., 1969.
121. Рау, Е. Ф. Логопедия [Текст] / Е. Ф. Рау, В. А. Синяк – М. : Просвещение, 1969.
122. Рау, Ф. Ф., Слезина Н. Ф. Методика обучения произношению в школе глухих: пособие для учителей [Текст]. – М. : Просвещение, 1981. – 191 с.
123. Рау, Ф. Ф. О психологических основах развития слухового восприятия речи у глухих детей [Текст] / Ф. Ф. Рау // Дефектология. – 1975. – № 1. – С. 32 – 51.
124. Репина, З. А., Лизунова, Л. Р. Компьютерные средства обучения: проблемы разработки и внедрения [Текст] / З. А. Репина, Л. Р. Лизунова // Вопросы гуманитарных наук. – 2004. – № 5 (14). – С. 283 – 285.
125. Репина, З. А., Лизунова, Л. Р. Новые информационные технологии: специализированная компьютерная логопедическая программа «Игры для Тигры» [Текст] / З. А. Репина, Л. Р. Лизунова // Вопросы гуманитарных наук. – 2004. – № 5 (14). – С. 285 – 287.
126. Российская, Е. Н. Произносительная сторона речи: практический курс [Текст] / Е. Н. Российская, Л. А. Гаранина. – М. : АРКТИ, 2003. – 104с.
127. Румянцева, Е. Ю. Коррекционный аспект формирования певческого голоса как средства развития звуковысотного слуха у детей дошкольного возраста с церебральными параличами [Текст] / Е. Ю. Румянцева // Ребенок. Раннее выявление отклонений в развитии речи и их преодоление / Под ред. Ю. Ф. Гаркуши. 2-е изд., испр. – М. :

- Издательство Московского психолого-социального института, 2003. – С. 235 – 246.
128. Салахова, А. Д. Звуковой состав лепета слышащего ребенка [Текст] / А. Д. Салахова // Дефектология. 1971. – № 2. – С. 23 – 29.
129. Селиверстов, В. И. Речевые игры с детьми [Текст] / В. И. Селиверстов. — М. : ВЛАДОС, 1994.
130. Семенова, К. А. Речевые расстройства у детей с церебральными параличами [Текст] / К. А. Семенова // Хрестоматия по логопедии / под ред. Л. С. Волковой, В. И. Селиверстова. – М., 1997. Т.1. – С. 168 – 173.
131. Семенова, К. А. Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей [Текст] / К. А. Семенова, Е. М. Мастюкова, М. Я. Смуглин. – М., 1972. – С. 222 – 277.
132. Сереброва, Н. И. Из опыта работы с детьми, страдающими псевдобульбарной дизартрией [Текст] / Н. И. Сереброва // Специальная школа. – 1966. – № 3. – С. 13 – 19.
133. Серебрякова, Н. В. К вопросу о методике изучения ориентировки на слово у дошкольников с нарушением речи [Текст] / Н. В. Серебрякова // Речевые и нервно-психические нарушения у детей и взрослых. Межвузовский сборник научных трудов. – Л., 1987. – С. 61 – 68.
134. Сизова, Э. Я., Макарова, Э. К. О механизме бокового сигматизма [Текст] / Э. Я. Сизова, Э. К. Макарова // Психические и речевые нарушения у детей. Вопросы реабилитации. – Л. : Изд-во ЛГПИ им. А.И. Герцена, 1979. – С. 89 – 98.
135. Соботович, Е. Ф., Чернопольская, А. Ф. Проявления стертых дизартрий и методы их диагностики [Текст] / Е. Ф. Соботович, А. Ф. Чернопольская // Дефектология. – 1974. – №4.

136. Степанов, С. С. Дефектология : словарь-справочник [Текст] / под ред. Б. П. Пузанова. – М. : Сфера , 2005. – 208 с.
137. Тимофеева, Ж. А. О способности детей с нарушением в развитии извлекать информацию из общения с героем компьютерной программы [Текст] / Ж. А. Тимофеева // Дефектология. – 1997. – № 2. – С. 41 – 49.
138. Ткаченко, Т. А. Логопедическая тетрадь. Развитие фонематического восприятия и навыков звукового анализа [Текст] / Т. А. Ткаченко. – СПб., 1998.
139. Токарева, О. А. Дизартрии [Текст] / О. А.Токарева // Расстройства речи у детей и подростков / под общ. ред. С. С. Ляпидевского. – М., 1969.
140. Токарева, О. А. Функциональные дислалии [Текст] / О. А. Токарева // Расстройства речи у детей и подростков / под ред. С. С. Ляпидевского. – М., 1969. – С. 100 – 128.
141. Филичева, Т. Б. Основы логопедии: учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. «Педагогика и психология (дошк.)» [Текст] / Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина. – М. : Просвещение, 1989. – 223 с.
142. Филичева, Т. Б. Дети с фонетико-фонематическим недоразвитием. Воспитание и обучение. Учебно-методическое пособие для логопедов и воспитателей [Текст] / Т. Б. Филичева, Т. В. Туманова. – М. : "Издательство ГНОМ и Д", 2000. – 80 с.
143. Филичева, Т. Б. Логопедическая работа в специальном детском саду [Текст] / Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева. – М., 1987.
144. Филичева, Т. Б. Нарушения речи у детей: пособие для воспитателей дошкольных учреждений [Текст] / Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина. – М. : Профессиональное образование, 1993. – 232 с.

145. Филичева, Т. Б. Программа обучения и воспитания детей с фонетикофонематическим недоразвитием (старшая группа детского сада). Учебное пособие для логопедов и воспитателей детских садов с нарушениями речи [Текст] / Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина. – М. : МГОПИ, 1993. – 72 с.
146. Филичева, Т. Б. Устранение общего недоразвития речи у детей дошкольного возраста. Практическое пособие [Текст] / Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина. – М. : Айрис-пресс, 2008. – 224 с.
147. Фомичева, М. Ф. Воспитание у детей правильного звукопроизношения. Практикум по логопедии: учеб. пособие для учащихся пед. уч-щ по спец. № 03.08 «Дошк. воспитание» [Текст]. – М. : Просвещение, 1989. – 239 с.
148. Фомичева, М.Ф., Волосовец, Т. В., Кутепова, Е. Н. и др. Основы логопедии с практикумом по звукопроизношению: учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений [Текст]. / под ред. Т. В. Волосовец. – М. : Издательский центр «Академия», 2002. – 200 с.
149. Хватцев, М. Е. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста. Пособие для студентов педагогических институтов, методистов и воспитателей детских садов [Текст] / М. Е. Хватцев. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : Государственное учебно-педагогическое издательство министерства просвещения РСФСР, 1961.
150. Хватцев, М. Е. Логопедия. Книга для преподавателей и студентов высших педагогических учебных заведений. В двух книгах. Книга 1 [Текст] / под ред. Р. И. Лалаевой, С. Н. Шаховской. – М. : Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС. 2009. – 272 с.

151. Хватцев, М. Е. Общее учение о косноязычии [Текст] // Хрестоматия по логопедии / под ред. Л. С. Волковой, В. И. Селиверстова. – М., 1997. Т.1. – С. 13 – 16.
152. Хватцев, М. Е. Логопедия : уч. для пед. институтов [Текст]. – М., 1937.
153. Хватцев, М. Е. Логопедия [Текст] / М. Е. Хватцев. – М., 1959. – С. 73.
154. Цветкова, Л. С. Афазия и восстановительное обучение: учеб. пособие для студентов дефектол. фак. пед. ин-тов [Текст]. – М. : Просвещение, 1988. – 207 с.
155. Цвирко, О. Ю. Формирование произносительной стороны речи и исправление нарушений звукопроизношения у детей [Текст] / О. Ю. Цвирко. – Барнаул, 2008.
156. Чиркина, Г. В. Актуальные проблемы развития логопедической науки [Текст] / Г. В. Чиркина // Дефектология. – 2012. – № 1.
157. Чиркина, Г. В. Дети с нарушениями артикуляционного аппарата [Текст] / Г. В. Чиркина. – М. : Педагогика, 1969. – 120 с.
158. Чиркина, Г. В. Программы дошкольных образовательных учреждений компенсирующего вида для детей с нарушениями речи. Коррекция нарушений речи [Текст] / Г. В. Чиркина. – М. : Просвещение, 2009. – 187 с.
159. Чистович, Л. А. Речь, артикуляция и восприятие [Текст] / Л. А. Чистович, В. А. Кожевников, В. В. Алякринский и др. – М. ; Л., 1965. – 238 с.
160. Чучалина, Л. Н. Взаимосвязь и взаимообусловленность строения и функционирования речевого аппарата при зубочелюстных аномалиях [Текст] / Л. Н. Чучалина // Дефектология. 1976. – № 5.
161. Шашкина, Г. Р. и др. Логопедическая работа с дошкольниками: учеб.

- пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений [Текст]. – М. :
Издательский центр «Академия», 2003. – 240 с.
162. Швачкин, Н. Х. Развитие фонематического восприятия речи в раннем
возрасте [Текст] / Н. Х. Швачкин // Вопросы психологии восприятия и
мышления / отв. ред. Б. М. Теплов. – М.: – Л., 1948.
163. Швачкин, Н. Х. Возрастная психолингвистика: Хрестоматия : учеб.
пособие [Текст] / Составление К. Ф. Седова. – М. : Лабиринт, 2004. – 330
с.
164. Шевцова, Б. Б. Технологии формирования интонационной стороны речи
[Текст] / Б. Б. Шевцова, Л. В. Забродина. – М. : АСТ: Астрель, 2009.
– 222 с.
165. Шевченко, Л. Е. Программно — методический комплекс «Развитие
речи. Учимся говорить правильно» [Текст] / Л. Е. Шевченко, Г. О.
Аствацатуров. – М. : «Новый Диск», 2008.
166. Шестакова, Н. А. Для чего ребенку фонематический слух? [Текст] / Н.
А.Шестакова // Начальная школа плюс До и После. – 2007. – № 9. –
С. 34 – 38.
167. Шипицына, Л. М. Детский церебральный паралич
[Текст] /
Л. М. Шипицына, И. И. Мамайчук. – СПб., 2001. – 272 с.
168. Щербак, С. Г. Формирование устной монологической речи детей с
минимальными дизартрическими расстройствами [Текст] : дис. канд.
пед. наук. – М., 2011. – 170 с.
169. Эйдинова, М. Б. Детские церебральные параличи и пути их преодоления
[Текст] / М. Б. Эйдинова, Е. Н. Правдина-Винарская. – М. :
Просвещение, 1969. – 173 с.
170. Эльконин, Д. Б. Развитие речи в дошкольном возрасте [Текст] / Д. Б.
Эльконин. – М. : Просвещение, 1966. – 96 с.

171. Янченко, И. В. Ресурсы информационных технологий в коррекционноразвивающей работе с детьми, имеющими различные формы речевой патологии // «ИТО-Ростов-2010» // [Электронный ресурс]

<http://ito.edu.ru/2010/Rostov/VII/VII-0-18.html>