



МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ

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

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

«Коррекция артикуляционной моторики у детей младшего школьного
возраста с дизартрией»

Выпускная квалификационная работа по направлению
44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование
Направленность (профиль) «Логопедия»
Форма обучения очная

Выполнила студентка группы
ОФ-406-101-4-1

Бакина Валерия Константиновна

Научный руководитель:

к.п.н., доцент

кафедры СПП и ПМ

Бородина Вера Анатольевна

Проверка на объем заимствований:

61,8 % авторского текста

Работа рекоменд. к защите:

рекомендована/не рекомендована

«28 12» 2022 г. стр. 25

Зав. кафедрой специальной педагогики,

психологии и предметных методик

к.п.н., доцент Л.А. Дружинина

Челябинск
2022



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

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

**«Коррекция артикуляционной моторики у детей младшего школьного
возраста с дизартрией»**

**Выпускная квалификационная работа по направлению
44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование
Направленность (профиль) «Логопедия»
Форма обучения очная**

Выполнила студентка группы
ОФ-406-101-4-1
Бакина Валерия Константиновна
Научный руководитель:
к.п.н., доцент
кафедры СПП и ПМ
Бородина Вера Анатольевна

Проверка на объем заимствований:

_____ % авторского текста

Работа _____ к защите:

рекомендована/не рекомендована

«__» _____ 2022 г.

Зав. кафедрой специальной педагогики,

психологии и предметных методик

к.п.н., доцент Л.А. Дружинина

Челябинск

2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАЗВИТИЯ АРТИКУЛЯЦИОННОЙ МОТОРИКИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДИЗАРТРИЕЙ	6
1.1. Анатомо-физиологические механизмы артикуляционной моторики	6
1.2. Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей младшего школьного возраста с дизартрией.....	9
1.3. Особенности артикуляционной моторики у детей младшего школьного возраста с дизартрией	16
Выводы по главе 1	21
ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО РАЗВИТИЮ АРТИКУЛЯЦИОННОЙ МОТОРИКИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДИЗАРТРИЕЙ.....	23
2.1. Исследование состояния артикуляционной моторики у детей младшего школьного возраста с дизартрией.....	23
2.2. Направления логопедической работы по развитию артикуляционной моторики у детей младшего школьного возраста с дизартрией	33
Выводы по главе 2	42
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	43
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	45
Приложение	48

ВВЕДЕНИЕ

Речевая функция является одной из важнейших функций человека. Нарушения речи отрицательно влияют на развитие ребёнка в целом, затруднено общение с окружающими, задерживается формирование познавательных процессов, следовательно, препятствуют становлению полноценной личности.

Рост числа детей с речевыми нарушениями в настоящее время отмечается неуклонным. В систематической коррекционной работе нуждаются дети с лёгкой степенью дизартрии, направленной на их общее развитие, развитие положительных свойств личности, максимальную поддержку и развитие общения, данной категории детей крайне важным является социальная адаптация [21]. При логопедической работе преодоление недоразвития речи возможно лишь при наличии поэтапной и многоаспектной системы. При этом важным представляется принцип комплексного подхода, который позволяет увидеть то главное, что обеспечивает эффективность и успешность воспитания и обучения детей дизартрией. На качественное решение задач образования и развития личности ребёнка влияет правильная логопедическая работа. В основе этого принципа лежат идеи единства, целостности, неразрывности образовательного процесса.

При создании вокруг ребёнка благоприятных условий, которые должны поддерживать логопед и родители, возможно полноценное развитие детей с дизартрией.

Развитие сенсомоторной сферы, психических процессов, воспитание личности ребёнка и оздоровление всего организма в целом направлено на коррекционную работу с детьми.

Учитывая индивидуальные особенности каждого ребёнка с нарушениями речи, специалисты намечают единый комплекс совместной коррекционно-педагогической работы, направленной на формирование и развитие двигательных и речевых сфер.

В исследованиях многих авторов (Р. И. Лалаева, Р. Е. Левина, Р. В. Лопатина, Р. И. Мартынова) указывалась связь между недостатками нарушениями фонематических процессов и звукопроизношения, то есть фонематического представлений, синтеза и анализа [12, 11, 10, 14]. Выделялась важная роль, которая играет в развитии фонематических функций и исправлений недостатков развития речи в целом, звукопроизношения, и формирования процессов письма и чтения.

Объект исследования – процесс развития моторики артикуляционного аппарата у младших школьников с дизартрией.

Предмет исследования – коррекционная работа по формированию моторики артикуляционного аппарата у младших школьников с дизартрией.

Цель исследования – теоретически изучить и эмпирически определить содержание коррекционной работы по развитию артикуляционной моторики у младших школьников с дизартрией.

Для достижения поставленной цели были сформулированы следующие задачи:

1. Изучить литературу по проблеме исследования.
2. Выявить особенности состояния артикуляционной моторики у младших школьников с дизартрией.
3. Описать содержание логопедической работы по коррекции артикуляционной моторики у младших школьников.

Методы исследования: *теоретические методы:* анализ литературы, данные диагностического изучения детей, сравнение теоретических и экспериментальных данных, классификация, обобщение результатов исследования. *Эмпирические методы:* методы логопедической диагностики.

Структура работы: работа состоит из введения, двух глав, выводов по главам, заключения и списка литературы.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАЗВИТИЯ АРТИКУЛЯЦИОННОЙ МОТОРИКИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДИЗАРТРИЕЙ

1.1. Анатомо-физиологические механизмы артикуляционной моторики

Речевой аппарат состоит из центрального и периферического отделов.

К центральному отделу речевого аппарата относится головной мозг – его кора, подкорковые узлы, проводящие пути и ядра соответствующих нервов.

Главенствующее значение в образовании речи имеет лобная, височная, теменная и затылочная доли преимущественно левого полушария мозга. Лобные извилины являются речедвигательной областью и участвуют в образовании устной речи (центр Брока) [17].

Височные извилины, будучи речеслуховой областью (центр Вернике), отвечают за восприятие чужой речи.

Теменная доля коры мозга обеспечивает понимание речи, а затылочная, являясь зрительной областью, имеет значение для усвоения письменной речи.

Подкорковые узлы отвечают за ритм, темп и выразительность речи.

Проводящие пути связывают кору головного мозга с периферическими органами речи.

От центра к периферии идут эфферентные (центробежные) пути – пирамидная и экстрапирамидная системы, а от периферии к центру – афферентные (центростремительные) нервные пути.

В состав эфферентных проводящих путей включаются также черепно-мозговые нервы, которые берут начало в ядрах ствола головного мозга и иннервируют все органы периферического речевого аппарата. В иннервации мышц речевого аппарата принимают участие следующие черепно-мозговые нервы:

Тройничный нерв иннервирует мышцы, приводящие в движение нижнюю челюсть;

Лицевой нерв – мимическую мускулатуру, в том числе мышцы, которые осуществляют движение губ, щёк;

Языкоглоточный и блуждающий нервы – мышцы гортани и голосовых складок, глотки и мягкого нёба. Языкоглоточный нерв также является чувствительным нервом языка, а блуждающий иннервирует мышцы органов дыхания и сердца;

Добавочный нерв иннервирует мышцы шеи;

Подъязычный нерв дает возможность совершать языку разнообразные движения [17].

Периферический речевой аппарат состоит из дыхательного, голосового и артикуляционного отделов.

Дыхательный отдел периферического речевого аппарата служит для подачи воздуха.

Дыхательный отдел включает в себя грудную клетку с лёгкими, бронхами и трахеей. Речь образуется в фазе выдоха, поэтому во время речи выдох намного длиннее вдоха. Длительный выдох нуждается в большем запасе воздуха. Поэтому в момент речи объём вдыхаемого и выдыхаемого воздуха увеличивается почти в 3 раза [17].

У ребенка речевое дыхание вырабатывается постепенно, в процессе речевого развития. Вначале ребенок пользуется в речи навыками жизненного дыхания. Такое дыхание остается в случаях рано возникающей речевой патологии.

Голосовой отдел периферического речевого аппарата служит для образования голоса [17].

Голосовой отдел состоит из гортани с находящимися в ней голосовыми складками. Гортань представляет собой трубку конусообразной формы, состоящую из нескольких хрящей. Вверху гортань граничит с глоткой, а внизу – с трахеей.

Голосовые складки своей массой почти полностью закрывают просвет гортани, оставляя узкую голосовую щель. При обычном дыхании голосовая

щель расширяется (вдох), принимая вид равнобедренного треугольника, и сужается (выдох).

В основе механизма голосообразования лежит колебание голосовых складок гортани, на которые воздействует воздух, поступающий под определенным давлением из бронхов и лёгких. Колебания передаются в окружающую среду, и мы воспринимаем их как звуки голоса [17].

Артикуляционный отдел периферического речевого аппарата образует характерные звуки речи в результате деятельности органов артикуляционного аппарата.

Основными органами артикуляционного отдела являются: язык, губы, верхняя и нижняя челюсти, твердое и мягкое нёбо, зубы, альвеолы, язык, губы, мягкое нёбо и нижняя челюсть – это подвижные органы артикуляции; зубы, альвеолы и твердое нёбо – неподвижные, которые не изменяют своего положения, но также участвуют в образовании звуков [17].

Язык – самый активный и подвижный орган артикуляции, система мышц языка даёт возможность менять его форму, положение и степень напряжения. Язык участвует в образовании всех гласных и почти всех согласных звуков (кроме губных). Передняя часть языка подвижна и в ней различают кончик, передний края, боковые края и спинку. Задняя часть языка фиксирована и называется корнем языка [17].

От середины нижней поверхности языка ко дну ротовой полости спускается складка слизистой оболочки (так называется уздечка).

Важная роль в образовании звуков речи помимо языка принадлежит также и другим органам артикуляции: твердому и мягкому нёбу. Совершая различные движения и принимая самые разнообразные положения, они видоизменяют форму ротовой полости, образуют в ней смычки, щели и т.п. Мягкое нёбо, поднимаясь и прижимаясь к задней стенке глотки, закрывает проход в нос, опускаясь, открывает его.

Движения активных органов артикуляции называют речевой моторикой, т.е. возможностью совершать движения и удерживать орган в заданном положении.

Образовавшийся в гортани голос усиливается и приобретает индивидуальный тембр благодаря резонансу в так называемой надставной трубе (глотка, ротовая и носовая полость). Надставная труба может менять форму и объем, что имеет большое значение для образования звуков речи. Именно эти изменения и создают явление резонанса.

При правильном произношении носовой резонатор участвует только в произнесении звуков м и н и их мягких вариантов. При произнесении других звуков нёбная занавеска, образуемая мягким нёбом и маленьким язычком, закрывает вход в полость носа [17].

При образовании звуков речи надставная труба кроме функции резонатора выполняет функцию шумового вибратора (функция звукового вибратора принадлежит голосовым складкам). Шумовым вибратором являются щели между губами, между зубами и губами, зубами и языком, языком и твердым нёбом, языком и альвеолами. При помощи шумового вибратора образуются глухие согласные, а одновременное колебание голосовых складок и шумового вибратора – звонкие согласные.

Важными факторами для развития речи ребенка являются его полноценный слух и зрение [17].

В процессе развития ребенка между анализаторами, принимающих участие в речевой деятельности, возникает система условных связей, которая постоянно развивается и укрепляется повторными связями.

1.2. Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей младшего школьного возраста с дизартрией

Дизартрия это нарушения произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата.

Архипова Е.Ф. считает, что ведущим дефектом при дизартрии является нарушение звукопроизносительной и просодической стороны речи, связанное с органическим поражением центральной и периферической нервной систем [1].

При определении дизартрии большинство авторов не исходят из точного значения этого термина, а трактуют его более широко, относя к дизартрии расстройства артикуляции, голосообразования, темпа, ритма и интонации речи.

Изучением данной патологии занимались многие специалисты медицинского и психолого-педагогического профиля: Е.М. Мастюкова [12], Г. В. Чиркина [24], Р. И. Мартынова [13] и другие.

Нарушения звукопроизношения при дизартрии проявляются в разной степени и зависят от характера и тяжести поражения нервной системы. В легких случаях имеются отдельные искажения звуков, «смазанная речь», в более тяжелых наблюдаются искажения, замены и пропуски звуков, страдает темп, выразительность, модуляция, в целом произношение становится невнятным, считает Киселева В.А. [8].

Дизартрические нарушения речи наблюдаются при различных органических поражениях мозга, которые у взрослых имеют более выраженный очаговый характер. У детей частота дизартрии, прежде всего, связана с частотой перинатальной патологии, (поражением нервной системы плода и новорожденного). Наиболее часто дизартрия наблюдается при детском церебральном параличе, по данным различных авторов, от 65 до 85% [10, 13]).

В настоящее время проблема дизартрии детского возраста интенсивно разрабатывается в клиническом, нейролингвистическом, психолого-педагогическом направлениях.

По мнению Левиной Р. Е. дети с дизартрией могут быть условно разделены на несколько групп в зависимости от их общего психофизического развития:

- дизартрия у детей с нормальным психофизическим развитием;

- дизартрия у детей с церебральным параличом;
- дизартрия у детей с олигофренией;
- дизартрия у детей с гидроцефалией;
- дизартрия у детей с задержкой психического развития;
- дизартрия у детей с минимальной мозговой дисфункцией [11].

Эта форма дизартрии встречается наиболее часто среди детей специальных школьных учреждений. У них наряду с недостаточностью звукопроизносительной стороны речи наблюдаются обычно не резко выраженные нарушения внимания, памяти, интеллектуальной деятельности, эмоционально-волевой сферы, легкие двигательные расстройства и замедленное формирование ряда высших корковых функций. Г. В. Чиркина считает, что двигательные нарушения обычно проявляются в более поздних сроках формирования двигательных функций, особенно таких, как развитие возможности самостоятельно садиться, ползать с попеременным одновременным выносом вперед руки и противоположной ноги и с легким поворотом головы и глаз в сторону вперед вынесенной руки, ходить, захватывать предметы кончиками пальцев и манипулировать с ними. Эмоционально-волевые нарушения проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости и истощаемости нервной системы [15].

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

Клинико-физиологические аспекты дизартрии определяются локализацией и тяжестью поражения мозга. Анатомическая и функциональная взаимосвязь в расположении и развитии двигательных и речевых зон и проводящих путей определяет частое сочетание дизартрии с двигательными нарушениями различного характера и степени выраженности.

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

Наиболее распространенная классификация в отечественной логопедии создана с учетом неврологического подхода на основе уровня локализации поражения двигательного аппарата речи Винарской Е. Н. [4].

Лопатина Л.В. различает следующие формы дизартрии: бульбарную, псевдобульбарную, экстрапирамидную (или подкорковую), мозжечковую, корковую [9].

На основе синдромологического подхода Мастюкова, Е. М. выделяет следующие формы дизартрии применительно к детям с церебральным параличом: спастико-паретическую, спастико-ригидную, спастико-атактическую, атактико-гиперкинетическую, спастико-гиперкинетическую. [12].

Классификация дизартрии по степени понятности речи для окружающих была предложена французским невропатологом. G. Tardier (1968) применительно к детям с церебральным параличом. Автор выделяет четыре степени тяжести речевых нарушений у таких детей.

Первая, самая легкая степень, когда нарушения звукопроизношения выявляются только специалистом в процессе обследования ребенка.

Вторая нарушения произношения заметны каждому, но речь понятна для окружающих.

Третья речь понятна только близким ребенка и частично для окружающих.

Четвертая, самая тяжелая отсутствие речи или речь почти непонятна даже близким ребенка (анартрия) [11].

По мнению Архиповой Е.Ф., детям в речевых садах чаще всего ставят стертую форму дизартрии, она относительно простая по сравнению с остальными, встречается чаще всех остальных форм. Корректируется все в комплексе: дыхание, голосообразование, темп, ритм, произношение, грамматика [1].

1. Легкая степень псевдобульбарной дизартрии характеризуется отсутствием грубых нарушений моторики артикуляционного аппарата. Трудности артикуляции заключаются в медленных, недостаточно точных движениях языка, губ. Расстройство жевания и глотания выявляется неярко, в редких поперхиваниях. Произношение у таких детей нарушено вследствие недостаточно четкой артикуляционной моторики, речь несколько замедлена, характерна смазанность при произнесении звуков. Чаще страдает произношение сложных по артикуляции звуков: ж, ш, р, ц, ч. Звонкие звуки произносятся с недостаточным участием голоса. Трудны для произношения мягкие звуки, требующие добавления к основной артикуляции подъема средней части спинки языка к твердому нёбу. Дети со стертыми формами дизартрии не выделяются резко среди своих сверстников, даже не всегда сразу обращают на себя внимание. Однако у них имеются некоторые особенности. Так, эти дети нечетко говорят и плохо едят. Немного пожевав, ребенок может держать пищу за щекой, пока взрослые не сделают ему замечание. Часто родители идут малышу на уступки и дают мягкую пищу, лишь бы поел. Тем самым они, не желая того, способствуют задержке у ребенка развития движений артикуляционного аппарата. Необходимо постепенно, понемногу приучать ребенка хорошо пережевывать и твердую пищу. Труднее у таких детей воспитываются культурно-гигиенические навыки, требующие точных движений различных групп мышц. Ребенок не может самостоятельно полоскать рот, так как у него слабо развиты мышцы щек, языка. Он или сразу проглатывает воду, или выливает ее обратно. Такого ребенка нужно учить надувать щеки и удерживать воздух, а потом перекачивать его из одной щеки в другую, втягивать щеки при открытом рте и сомкнутых губах. Только после

этих упражнений можно приучать ребенка полоскать рот водой. Дети с подобным нарушением, имеющие нормальный слух и хорошее умственное развитие, посещают логопедические занятия в районной детской поликлинике, а в школьном возрасте логопедический пункт при общеобразовательной школе. Существенную роль в устранении этого дефекта могут оказать родители [1].

2. Дети со средней степенью дизартрии составляют наиболее многочисленную группу. Для них характерна амимичность: отсутствие движений лицевых мышц. Ребенок не может надуть щеки, вытянуть губы, плотно сомкнуть их. Движения языка ограничены. Ребенок не может поднять кончик языка вверх, повернуть его вправо, влево, удержать в данном положении. Значительную трудность представляет переключение от одного движения к другому. Мягкое нёбо бывает часто малоподвижным, голос имеет назальный оттенок. Характерно обильное слюнотечение. Затруднены акты жевания и глотания [1].

Следствием нарушения функции артикуляционного аппарата является тяжелый дефект произношения. Речь таких детей обычно очень невнятная, смазанная, тихая. Характерна нечеткая из-за малоподвижности губ, языка артикуляция гласных, произносимых обычно с сильным носовым выдохом. Выдыхаемая ротовая струя ощущается очень слабо. Чаще звонкие согласные заменяются глухими. Нередко звуки в конце слова и в сочетаниях согласных опускаются. В результате речь детей, страдающих псевдобульбарной дизартрией, оказывается настолько непонятной, что они предпочитают отмалчиваться. Наряду с обычно поздним развитием речи резко ограничивает для ребенка опыт речевого общения [1].

3. Тяжелая степень псевдобульбарной дизартрии анартрия характеризуется глубоким поражением мышц и полной бездеятельностью речевого аппарата. Лицо ребенка, маскообразное, нижняя челюсть отвисает, рот постоянно открыт. Язык неподвижно лежит на дне ротовой полости, движения губ резко ограничены. Затруднены акты жевания и глотания. Речь

отсутствует полностью, иногда имеются отдельные нечленораздельные звуки [1].

Также для детей дизартриков характерны следующие отличительные особенности: они не любят застегивать самостоятельно пуговицы, шнуровать ботинки, засучивать рукава. Одними приказаниями здесь ничего не добьешься. Следует постепенно развивать мелкую моторику рук, используя специальные упражнения. После многократных тренировок дети начинают самостоятельно застегивать пуговицы на одежде, зашнуровывать ботинки. Они испытывают затруднения и в изобразительной деятельности. Такие детки не могут правильно держать карандаш, пользоваться ножницами, регулировать силу нажима на карандаш и кисточку.

У значительной части первоклассников обнаруживается свойство концентричности, что свидетельствует об их сосредоточенности на своих проблемах, склонность все переживания держать в себе, замкнутости.

Соботович, Е. Ф. считает, что, несмотря на то, что у детей не наблюдаются выраженные параличи и парезы, моторика их отличается общей неловкостью, недостаточной координированностью, они неловки в навыках самообслуживания, отстают от сверстников по ловкости и точности движений, у них с задержкой развивается готовность руки к письму, поэтому долго не проявляется интерес к рисованию и другим видам ручной деятельности, в школьном возрасте отмечается плохой почерк. Выражены нарушения интеллектуальной деятельности в виде низкой умственной работоспособности, нарушений памяти, внимания [18].

Для многих детей характерно замедленное формирование пространственно-временных представлений, оптико-пространственного гнозиса, фонематического анализа, конструктивного праксиса [18].

Очень важной для формирования личности ребёнка является проблема осознания своего дефекта. Филичева Т.Б. выделяет следующие степени фиксированности детей на своём дефекте.

Нулевая. Дети не испытывают фрустрации от сознания неполноценности своей речи или даже совсем не замечают её недостатки. Они охотно вступают в контакт со сверстниками и взрослыми, знакомыми и незнакомыми людьми.

Умеренная. Дети испытывают в связи с дефектом неприятные переживания, скрывают его, компенсируя манеру речевого общения с помощью уловок. Тем не менее осознание этими детьми своего недостатка не выливается в постоянное, тягостное чувство своей неполноценности.

Выраженная. Дети постоянно фиксированы на своём речевом недостатке, глубоко переживают его, всю свою деятельность ставят в зависимости своих речевых неудач. Для них характерен уход в болезнь, самоуничижение, болезненная мнительность, выраженный страх перед речью.

Расстройства в эмоционально-волевой и личностной сферах не только ухудшают и снижают работоспособность детей с дизартрией, но и могут приводить к нарушениям поведения и явлениям социальной дезадаптации, в связи с чем особую значимость приобретает дифференцированная психопрофилактика и психокоррекция особенностей эмоционально-личностного развития [23].

Таким образом, клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с дизартрией раскрывает нам особенности речевого, психического и физического развития детей младшего школьного возраста с дизартрией.

1.3. Особенности артикуляционной моторики у детей младшего школьного возраста с дизартрией

В настоящее время заметен рост детей с таким тяжелым нарушением речи, как дизартрия. Речь ребенка при нормальном развитии формируется к старшему дошкольному возрасту, в то время, как у детей с дизартрией того же возраста замечаются грубые нарушения звукопроизношения, обусловленные недостаточной иннервацией речевого аппарата. На сегодняшний день

проблема детей с данным речевым расстройством остается актуальной, поскольку недостаточно глубоко изучена.

Так как одним из основных компонентов речи является правильное артикулирование, которое грубо нарушено при дизартрии, нам необходимо понять особенности артикуляционной моторики у детей с данным нарушением речи, чтобы дифференцированно и эффективно воздействовать на дефект.

Для начала рассмотрим причины появления дизартрии и основные проявления данного речевого расстройства у детей.

Эльконин Д. Б. к причинам дизартрии относит очаговые поражения двигательных отделов центральной или периферической нервной системы, возникающих во время перинатального, натального и постнатального периодов [26].

К младшему школьному возрасту у детей с дизартрией отмечается:

- нарушение звукопроизносительной стороны речи;
- просодики;
- речевого дыхания;
- голоса;
- артикуляционной моторики [26].

Речь при дизартрии смазанная, нечеткая, разборчивость затруднена.

В предыдущем параграфе мы вывели проявления дизартрии в моторике артикуляционного аппарата согласно следующей классификации:

- бульбарная;
- подкорковая;
- мозжечковая;
- корковая;
- псевдобульбарная.

Бульбарная дизартрия. У детей с данной формой дизартрии избирательные вялые, право или левосторонние параличи мышц артикуляционных органов (губы, язык, мягкое небо и др.). Отмечается вялость,

дряблость, истощение этих мышц. Глоточный и нижнеглоточный рефлекс снижены или отсутствуют. Отмечаются расстройства произвольных и непроизвольных движений органов артикуляции [22].

Подкорковая дизартрия. У детей с данной формой дизартрии наблюдаются насильственные движения в мышцах речевого аппарата (тремор), медленные сокращения мышц червеобразного типа, внезапные и быстрые сокращения различных групп мышц артикуляционного аппарата, быстрые и ритмичные сокращения одних и тех же мышц [22].

Мозжечковая дизартрия. Артикуляционная моторика детей, имеющих мозжечковую дизартрию, проявляется в пониженном тоне языка и губ, язык распластаный, тонкий. Отмечается дискоординация движений органов артикуляции. Мягкое небо провисает, ослаблено жевание. Движения языка неточные с проявлениями избыточности или недостаточности объема движений. При выполнении тонких целенаправленных движений отмечается мелкое дрожание языка [22].

Корковая дизартрия. В зависимости от локализации поражения при данной форме дизартрии у детей может наблюдаться избирательный центральный парез мышц органов артикуляции (преимущественно языка), что приводит к ограничению объема тонких, изолированных движений (подъем кончика языка). Для данной формы дизартрии характерно избирательное повышение тонуса мышц (преимущественно кончика языка), что сильнее ограничивает дифференцированные движения органов артикуляции. Страдают темп и плавность движений. Так же при корковой дизартрии может наблюдаться сниженный темп и плавность мышц органов артикуляции. Отмечаются трудности в ощущениях артикуляционных укладов [22].

Псевдобульбарная дизартрия. У детей с данной формой дизартрии наблюдаются спастические параличи мышц органов артикуляции. Можно заметить повышенный тонус этих мышц (язык отодвинут кзади, заметно его напряжение). Параличи при псевдобульбарной дизартрии двусторонние, но возможно их преобладание справа или слева. Может наблюдаться

незначительное повышение тонуса в отдельных мышцах артикуляционного аппарата или понижение тонуса в отдельных группах мышц. Сильнее всего расстроены произвольные движения и тонкие движения кончика языка. Усилены глоточный и нижнечелюстной рефлекс. Может наблюдаться гиперсаливация [22].

Е.Ф. Архипова указывает на то, что у детей со стертой дизартрией имеются сложности при выполнении физических упражнений и танцев. Им трудно научиться соотносить свои движения с началом и концом музыкального произведения, изменять характер движений по ударному такту. Таких детей часто называют неуклюжими, так как они не способны точно выполнять разнообразные двигательные упражнения [1].

В.А. Киселева отмечает, что артикуляционная моторика нарушается по тому же принципу, что и общая. В большинстве случаев нарушения наблюдаются при удержании статической позы: выявляются дыхательные трудности, тремор, гиперсаливация, девиация (отклонение от средней линии) языка, губ, подбородка. Из-за спастичности мышц артикуляционных органов лицо становится амимичным, мышцы при пальпации твердые и напряженные. Мышцы губ слабые, вследствие чего ребенок не в силах выполнить упражнение «трубочка», в котором необходимо вытянуть губы вперед. Также у детей имеются вегетативные дисфункции, проявляющиеся в виде повышенного потоотделения, покраснения или побледнения кожных покровов [3].

Приведем пример. Для подтверждения описанных выше особенностей моторной сферы детей со стертой формой дизартрии было проведено исследование. В качестве диагностического материала были отобраны три методики в модифицированном виде, которые направлены на изучение динамической, статической координации движений, а также на исследование кинетической и кинестетической основы движений.

Для исследования общей моторики по методике Т.В. Кабановой детям предлагались следующие задания: поднять руки вверх; показать, как летают

птицы, машут крыльями; покачаться, как маятник часов (тик-так); наклониться и взять предмет (колени не сгибать); показать, как петушок стоит на одной ноге и т.д.

Результаты исследования показали, что низкий уровень развития общей моторики имеют 30% детей, так как предложенные упражнения выполнялись ими с трудом, при этом отмечалась неловкость движений, их слабость, некоторые упражнения не выполнялись совсем. Уровень ниже среднего набрали 40%, так как движения выполнялись детьми не в полном объеме, были слабыми, нескоординированными, темп замедлен. Средний уровень показали 30% детей, потому что при выполнении заданий имелись трудности в переключаемости с одного упражнения на другое. Высокий уровень выявить не удалось.

Для изучения состояния мелкой моторики нами была использована методика Л.В. Лопатиной, в которой автор предлагает следующие задания: «Коза», «Зайчик», «Колечки», «Пальчики здороваются», «Игра на рояле», проба «Кулак, ребро, ладонь» и т.д.

Результаты диагностики были следующими: низкий уровень показали 20% обследуемых, так как при выполнении упражнений движения пальцев рук были хаотичные и беспорядочные. Уровень ниже среднего и средний – 40%, при этом у детей наблюдалась несогласованность правой и левой руки, имелись ошибки в последовательности движений. Высокий уровень не показал ни один ребенок.

На материале методики Е.Ф. Архиповой нами были получены данные об уровне развития артикуляционной моторики. Предлагались такие упражнения как: «Улыбка», «Трубочка», «Лопатка», «Иголочка», «Чашечка», «Часики», «Вкусное варенье», «Лошадка» и т.д..

Согласно результатам исследования, низкий уровень развития артикуляционной моторики имеют 20% детей, так как многие упражнения не выполнялись детьми совсем. Уровень ниже среднего – 40% обследуемых, при этом движения выполнялись с ошибками, отмечался длительный поиск позы,

отклонения в конфигурации, а также гиперсаливация. Средний уровень показали 10% дошкольников, так как дети выполняли движения с напряжением в медленном темпе, отмечалась быстрая истощаемость, а также трудности в переключаемости. Высокого уровня развития, как и в предыдущих исследованиях не имеет ни один ребенок.

После проведенного исследования был сделан вывод, что практически у всех детей со стертой дизартрией отмечается моторная неловкость как в общей, мелкой, так и в артикуляционной моторике. Этот факт свидетельствует о том, что при отсутствии своевременной коррекционной работы у таких детей могут возникнуть проблемы при обучении в школе.

Выводы по главе 1

Проанализировав теоретические основы развития артикуляционной моторики у детей младшего школьного возраста с дизартрией, мы можем сделать следующие выводы.

Во-первых, в младшем школьном возрасте артикуляционная моторика у детей с дизартрией сформирована искаженно, поскольку присутствуют парезы и спастичность органов артикуляции, что выражается: в неточности движений артикуляционного аппарата, недостаточной подвижности языка, губ, мягкого неба, гиперсаливации, в напряжении и дрожании языка, что приводит к грубым нарушениям звукопроизношения.

Во-вторых, ведущим дефектом при дизартрии является нарушение звукопроизносительной и просодической стороны речи, связанное с органическим поражением центральной и периферической нервной систем.

В-третьих, к младшему школьному возрасту у детей с дизартрией отмечается:

- нарушение звукопроизносительной стороны речи;
- просодики;
- речевого дыхания;

- голоса;
- артикуляционной моторики.

Итак, мы видим, что важным фактором при работе с детьми, имеющими дизартрию, будет являться формирование статико-динамических ощущений мышц органов артикуляционного аппарата.

ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО РАЗВИТИЮ АРТИКУЛЯЦИОННОЙ МОТОРИКИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДИЗАРТРИЕЙ

2.1. Исследование состояния артикуляционной моторики у детей младшего школьного возраста с дизартрией

Методика исследования речевых и неречевых функций общей моторики, мелкой моторики, артикуляционной моторики.

Автор: Н. М. Трубникова.

Цель методики: определить уровень сформированности артикуляционной моторики у детей с дизартрией.

При проведении логопедического обследования учитывались общедидактические и специфические принципы, разработанных Л.С. Выготским, Р.Е. Левиной, В.И. Лубовского, С.Д. Забрамной, О.Н. Усановой.

Логопедическое обследование проводилось на базе МБОУ школы-интерната № 4 г. Челябинска. Обследование проводилось за несколько встреч с детьми, учитывая возрастные и психологические особенности детей.

№ п/п	Имя ребёнка	Класс	Логопедическое заключение
1	Захар	1	ФФН, стертая дизартрия
2	Дмитрий	1	ФФН, стертая дизартрия
3	Артём	1	ФФН, стертая дизартрия
4	Саша	1	ФФН, стертая дизартрия
5	Коля	1	ФФН, стертая дизартрия
6	Максим	1	ФФН, стертая дизартрия
7	Дарья	1	ФФН, стертая дизартрия
8	Марк	1	ФФН, стертая дизартрия
9	Евгений	1	ФФН, стертая дизартрия
10	Илья	1	ФФН, стертая дизартрия

Были обследованы десять младших школьников в возрасте с 7-8 лет в количестве 10 человек, 9 мальчиков и одна девочка. У детей в норме интеллектуальное развитие, слух и зрение.

Цель исследования – определить уровень сформированности артикуляционной моторики у детей дизартрией.

Этапы обследования:

1. Подготовительный этап: отбор методик обследования, знакомство с детьми, подготовка наглядного материала и т. д.
2. Основной этап: обследование детей.
3. Аналитический этап: количественный и качественный анализ результатов обследования.

Мелкая, общая и артикуляционная моторика тесно связаны друг с другом. Если у ребенка не развита мелкая моторика, имеются задержки общей моторики, то это может привести к запозданию овладения речью и недостаточному развитию артикуляционного аппарата, поэтому целесообразно обследовать все виды моторики.

Для проведения исследования мы использовали методику Н. М. Трубниковой.

В представленной методике использованы речевые и двигательные задания, а также методы и приёмы обследования речи и моторных функций, направленные на выявление речевого уровня развития ребенка.

Для оценки результатов, мы опирались на критерии, описанные Гусевой П.В. [6].

3 балла – правильно выполнение движения с точным соответствием всех характеристик к предъявленному;

2 балла – выполнение с ошибками, длительный поиск позы, отклонения в конфигурации, синкинезии, гиперкинезы, гиперсаливация;

1 балл – невыполнение движения.

Обобщенные результаты определены как среднее арифметическое значение выполнения каждого задания, балльно-уровневая шкала предоставлена ниже:

Высокий уровень – 3,0 балла;

Выше среднего – 2,5-2,9 баллов;

Средний уровень – 2,0-2,4 балла;

Ниже среднего – 1,5-1,9 баллов;

Низкий уровень – 1,0-1,4 балла.

Проведенное исследование общей моторики у детей со стертой дизартрией показало недостаточную сформированность динамической координации и статической координации движений. Результаты исследования общей моторики детей представлены в таблице 1.

Таблица 1 Результаты исследования общей моторики детей

№ п/п	Имя ребёнка	Задания				Средний балл	Уровень
		Статика		Динамика			
1	Захар	2	3	2	2	2,3	С
2	Дмитрий	3	3	3	3	3	В
3	Артём	2	2	2	2	2	С
4	Саша	3	2	2	3	2,5	ВС
5	Коля	1	2	2	1	1,5	НС
6	Максим	3	3	3	3	3	В
7	Дарья	3	3	3	3	3	В
8	Марк	2	1	1	2	1,5	НС
9	Евгений	2	2	2	2	2	С
10	Илья	1	2	1	2	1,5	НС
	Средний балл	2,2	2,3	2,1	2,3		

У детей с дизартрией в процессе выполнения заданий были выявлены следующие затруднения: замедленность движений при формировании позы, излишняя суетливость, трудности удержания позы, нарушения статической координации, нарушение динамической координации и переключаемости, затруднение в пространственной организации движения, трудности выполнения словесной инструкции.

По итогам анализа результатов диагностики все дети были распределены на несколько подгрупп по уровню сформированности общей моторики:

- высокий уровень – 3 человека, 30%

- выше среднего – 1 человек, 10%
- средний уровень – 3 человека, 30%
- ниже среднего – 3 человека, 30%

Для детей с высоким уровнем характерно полноценное, четкое выполнение всех предложенных поз и движений, что говорит о сформированности общей моторики.

Средний и ниже среднего уровни сформированности общей моторики характерны для 4 детей экспериментальной группы. У этих детей были ошибки в пространственной организации движений незнание сторон тела, ведущей руки, неуверенность выполнения.

Ниже среднего уровень сформированности общей моторики характерен для 3 детей с дизартрией.

У детей с низким уровнем отмечалось недостаточная сформированность как статической координации, так и динамической координации движений. Нарушение статической координации движений проявлялось в значительной трудности (а иногда и невозможности) сохранение равновесия, в появлении тремора конечностей. При удержании позы дети часто сходили с места, покачивались. Лучше удерживали равновесие, стоя на правой ноге. Испытывая трудности сохранения равновесия (преимущественно стоя на левой ноге), пытались удерживаться руками за спинку рядом стоящего стула. Выполнение заданий динамической координации движения характеризуется недостаточно согласованной деятельностью различных мышечных групп, толчкообразностью, неловкостью выполняемых движений. Большое затруднение вызвало выполнение динамических заданий.

При заданиях на наличие движения, даже если ребёнок сразу выполнял задание, руки были напряжены. Наблюдались синкинезии (покачивалось тело, растопыривались пальцы).

Исходя из усредненных показателей обследования, проведенного при помощи выполнения динамических и статических заданий, можно сделать

вывод, что уровень развития общей моторики у детей экспериментальной группы равен среднему уровню.

Многие дети выполняли задания со второй, третьей попытки. Обследование показало, что выполнение заданий вызвало существенные затруднения у детей с дизартрией.

При исследовании, направленного на выявление уровней сформированности двигательной функции артикуляционного аппарата, кинетической основы артикуляционных движений, кинестетической основы артикуляционных движений, динамической организации движений артикуляционного аппарата и орального праксиса были использованы пробы, представленные в таблице 2.

Таблица 2 Результаты исследования моторики артикуляционного аппарата детей

Имя ребенка	Двигательная функция губ			Двигательная функция челюсти			Двигательная функция языка			Двигательная функция мягкого нёба			Мимическая мускулатура		Кинестетическая основа артикуляционных движений			Средний балл	Уровень
	а	б	в	а	б	в	а	б	в	а	б	в	а	б	а	б	в		
Захар	1	2	1	3	1	1	2	2	1	3	3	2	3	3	3	3	2	2,1	С
Дмитрий	2	2	1	3	1	1	2	1	1	3	3	2	3	2	3	3	2	2	С
Артём	1	1	2	3	2	1	2	1	1	3	3	2	2	2	2	3	2	1,9	нс
Саша	2	1	2	3	2	1	2	1	1	3	3	2	3	2	2	3	3	2,1	С
Коля	1	2	2	3	2	1	2	1	1	3	2	2	3	2	3	3	3	2,1	С
Максим	2	1	1	3	1	1	2	3	1	3	3	2	3	2	3	2	2	2,1	С
Дарья	2	2	1	3	1	1	2	1	1	3	3	2	2	2	2	2	2	1,9	нс
Марк	2	2	1	3	3	1	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2,5	вс
Евгений	2	3	2	3	3	2	3	1	2	2	3	2	2	2	3	3	3	2,4	С
Илья	2	3	1	3	1	1	3	2	1	3	1	2	3	2	3	3	2	2,3	С
Средний балл	1,7	1,9	1,4	3	1,7	1,1	2,3	1,6	1,3	2,9	2,7	2	2,7	2,2	2,7	2,8	2,4		

Показатели моторики артикуляционного аппарата детей, принимавших участие в обследовании, позволяют разделить их на представленные уровни:

- выше среднего – 1 человек, 10%
- средний уровень – 7 человека, 70%
- ниже среднего – 2 человека, 20%

Результаты обследования, представленные в таблице 2, показали, что у детей страдает двигательная функция нижней челюсти (наиболее низкие результаты при выполнении заданий б, в), двигательная функция языка (наиболее низкие результаты при выполнении пробы в). Наиболее высокие результаты были выявлены при обследовании кинестетической основы артикуляционных движений: наблюдалось замедленное переключение с одной артикуляционной позы на другую, объём движений был не полный, наблюдались синкинезии (щурили глаза), дистонии органов артикуляции, гиперкинезы (напряженность и подергивание языка).

При проведении второй пробы так же наблюдались нарушения мимической мускулатуры лица, поза удерживалась недостаточно долго, все задания выполнялись со второго раза, некоторые пробы были воспроизведены не совсем точно (изолированное надувание щёк).

Во время проведения четвёртой пробы 80 % детей имели недостаточный объём движений языка, в мышцах языка прослеживались гиперкинезы. Это доказывает, что у данной категории детей имеется неврологическая симптоматика (7 и 12 пары черепно-мозговых нервов – лицевой и подъязычный).

Пробы на исследование двигательной функции губ показали, что у 30 % детей не могут округлить губы, вытянуть их в трубочку, 70 % детей выполняют упражнение с напряжением, не выражено, округляют и вытягивают губы не в полном объёме. При выполнении пробы Б 30 % детей не могли выполнить упражнение, 50 % допускали ошибки, только 20 % справились с заданием.

Средний балл составил 1,9. Проба В вызвала затруднение у 60 % детей: не смогли поднять верхнюю губу, опустить нижнюю губу, выполнить упражнение одновременно. Многие из них помогали себе руками. При исследовании двигательной функции челюсти проба А не вызвала затруднений, дети успешно справились с заданием – 3 балла. 50 % детей не смогли выполнить пробу на движения нижней челюсти вправо-влево. Только 20 % детей справились с предложенным заданием. Средний балл по пробе Б – 1,7. 90 % не смогли выполнить движения челюстью вперед. Только Евгений выполнил пробу не в полном объеме, не выражено. Исследование двигательной функции языка показали, что при выполнении пробы А 70 % детей выполнили задание с ошибками, дети не могли спокойно удержать язык на нижней губе. Только 30 % детей справились с заданием. 60 % детей не смогли изменить положение языка из «лопатки» в «иголочку». Только 20 % успешно справились с заданием. С пробой В справился только Марк, 80 % детей не справились с заданием, 10 % выполнило задание не в полном объеме, допуская ошибки. Средний балл составил 1,3. Исследование двигательной функции мягкого неба включало в себя три пробы: с пробой А 90 % детей справились успешно, 10 % – выполнили задание не в полном объеме. Пробу В 100 % детей выполнили не точно, воздушная струя слабая, дети не сразу поняли механизм выполнения задания. Средний балл – 2. При обследовании мимической мускулатуры дети успешнее справились с пробой А, чем с пробой Б. Надуть левую щеку, затем правую, обе, смогли 70 % детей. У 30 % наблюдались вялые движения, объем выполнения задания был снижен. На просьбу логопеда выразить удивление, радость, испуг, грусть, сердитое лицо 80 % детей затруднились выполнить задание: такие эмоции как грусть и сердитое лицо, радость и удивление изображалось детьми одинаково. Средний балл составил – 2,2.

На исследование кинестетической основы артикуляционных движений дети справились более успешно, чем с остальными. Только 30 % детей затруднились при определении положения органов артикуляции, но после уточняющих вопросов логопеда дети выполнили задание верно. Средний балл

– 2,7. При определении положения органов артикуляции на звук [т] 20 % детей допустили ошибки, но сами исправились – средний балл 2,8, на звук [с] – 60 % детей допустили ошибки, которые сами обнаружили и исправили. Только Захару понабилась дополнительная стимуляция при выполнении задания.

Исходя из усредненных данных обследования, можно сделать вывод, что наибольшие затруднения дети испытывают при выполнении заданий на двигательную функцию губ, челюсти и языка.

На основании полученных результатов можно сделать вывод, что у детей данной категории меньше страдает двигательная функция мягкого нёба, мимическая мускулатура и кинестетическая основа артикуляционных движений, наиболее выражено нарушение движение губ, языка, челюсти. Можно сделать вывод, что у двух детей наиболее тяжелые нарушения моторики артикуляционного аппарата, у трех нарушения моторики артикуляционного аппарата носят менее выраженный характер.

При исследовании у детей экспериментальной группы сформированности мелкой моторики были выявлены затруднения детей в выполнении заданий. Результаты представлены в таблице 3.

Таблица 3 Результаты исследования мелкой моторики детей

№ п/п	ФИО	Задания								Средний балл	Уровень
		Статика		Динамика		Координация		Переключение			
1	Захар	2	3	2	3	2	2	3	3	2,5	ВС
2	Дмитрий	3	3	3	3	3	3	3	3	3	В
3	Артём	2	2	3	2	2	2	3	2	2,3	С
4	Саша	2	3	2	3	2	3	2	3	2,5	ВС
5	Коля	2	1	2	1	1	1	2	1	1,4	Н
6	Максим	3	3	3	3	3	3	3	3	3	В
7	Дарья	3	3	3	3	3	3	3	3	3	В
8	Марк	1	2	1	2	1	2	1	2	1,5	НС
9	Евгений	3	2	2	2	2	2	2	3	2,3	С
10	Илья	1	2	1	2	2	2	1	2	1,6	НС
	Средний балл	2,2	2,4	2,2	2,4	2,1	2,3	2,3	2,5		

- высокий уровень – 3 человека, 30%
- выше среднего – 2 человека, 20%
- средний уровень – 2 человека, 20%
- ниже среднего – 2 человека, 20%
- низкий уровень – 1 человек, 10%

В подгруппу детей с высоким уровнем сформированности мелкой моторики вошли 3 детей и два ребенка с уровнем выше среднего. Эти дети испытывали незначительные затруднения в некоторых заданиях. В целом, у этих детей отмечается плавное, точное и одновременное выполнение заданий.

Со средним уровнем сформированности мелкой моторики были выявлены 2 ребенка. У них отмечалась частичное, недостаточно четкое выполнение, напряженность, скованность движений, единичные нарушения темпа выполнения движений (не под счёт логопеда).

Низкий уровень сформированности мелкой моторики характерен для 1 ребенка и ниже среднего у 2 детей. Выполнение движений минимальное, одновременное, чрезмерная напряженность движений, попытки помочь другой рукой при создании позы, выполнение на обеих руках недостаточно.

Выполнение задания № 3 – «коза» вызвало трудности. Только при повторном выполнении задания у половины детей наблюдалось одновременное выполнение движений двумя руками. Чаще дети выполняли задания разновременно.

Все упражнения вызвали затруднения при выполнении у детей с дизартрией. Наблюдалось замедление темпа, сбои в движениях, трудности перехода от одного движения к другому.

Исходя из средних баллов за выполненные пробы, можно сделать вывод о том, что труднее всего давались задания на координацию.

Таким образом, у детей с дизартрией были выявлены следующие особенности формирования психомоторики: напряжённость, скованность

движения пальцев рук, нарушения темпа выполнения движений, трудности формирования уклада из пальцев обеих рук.

Целью следующего обследования было:

- определение соответствия уровня развития динамической организации движений артикуляционного аппарата для детей младшего школьного возраста с дизартрией. На основе полученных данных была разработана качественная и количественная оценка результатов;
- изучения состояния динамической организации движений артикуляционного аппарата детей младшего школьного возраста с речевыми нарушениями.

Процедура обследования состояла из шести проб. Результаты обследования динамической организации движений артикуляционного аппарата представлены в таблице 4.

Таблица 4 Обследование динамической организации движений органов артикуляционного аппарата

Имя ребёнка	Проба 1	Проба 2	Проба 3	Проба 4	Проба 5	Проба 6	Средний балл	Уровень
Захар	3	3	3	3	3	2	2,8	BC
Дмитрий	2	3	3	3	3	3	2,8	BC
Артём	2	3	3	2	3	2	2,5	BC
Саша	3	3	2	3	3	3	2,8	BC
Коля	3	2	2	2	3	2	2,3	C
Максим	3	3	3	3	3	2	2,8	BC
Дарья	2	3	2	2	3	3	2,5	BC
Марк	3	2	3	3	3	2	2,7	BC
Евгений	3	3	3	3	3	3	3	B
Илья	3	3	3	3	3	2	2,8	BC
Средний балл	2,7	2,8	2,7	2,7	3	2,4		

Все предлагаемые задания выполнялись по показу, затем по словесной инструкции логопеда.

- высокий уровень – 1 человек, 10%
- выше среднего – 8 человек, 80%

– средний уровень – 1 человек, 10%

Обследование динамической организации движений органов артикуляционного аппарата показало, что большее количество ошибок приходится на шестое задание, с этим заданием справилось всего 40 % детей. Более простые звуковые и слоговые ряды дети выполнили без ошибок, но на этапе слогов со стечением согласных по типу «скла здра» и т. д. Детям было сложно переключиться с одного артикуляционного уклада на другой, в связи с этим возникали многочисленные замены, упрощение структуры слога. Дмитрий и Дарья застревали на одном движении. Наблюдалось напряжённость и подёргивание языка у Саши, Коли, Дарьи при постановке языка в позу «чашечка», у Ильи, Марка, Дарьи, Дмитрия возникли трудности при переключении с одной артикуляционной позы на другую. Более успешно дети справлялись пробой 5, это задание не вызвало трудностей. Пробы 1, 3, 4 так же не вызвали трудности у 70 % детей, у оставшихся 30 % возникли поиски нужной артикуляции, не точность движений, (застревания) на одном движении, сложности в переключении с одного артикуляционного уклада на другой.

Усредненные результаты обследования показывают, что у большей части детей динамическая организация моторики сформирована на уровне выше среднего.

Таким образом, динамическая организация моторики органов артикуляционного аппарата оказалась наиболее сформированной у одного ребенка, большие трудности при выполнении проб возникли у двух мальчиков.

2.2. Направления логопедической работы по развитию артикуляционной моторики у детей младшего школьного возраста с дизартрией

Важнейшим направлением логопедической работы является развитие артикуляционной моторики. Данный вопрос изучали такие ученые, как

Е.Ф. Архипова, Н.А. Бернштейн, В.М. Бехтерев, Л.С. Выготский, М.М. Кольцова, Л.В. Лопатина, Е.М. Мастюкова, О.В. Правдина, К.А. Семенова, Н.В. Серебрякова.

Процессы, которые неразрывно связаны с речью, у детей с дизартрией сформированы не в полном объеме. Прежде всего, под влиянием оказываются пальчиковый праксис и артикуляционная моторика.

По мнению Архиповой Е.Ф., отставание развития двигательных функций у детей с дизартрией, как правило, ведут к нарушению моторной сферы в целом. Дети позже садятся, начинают ползать с поочередным и одновременным выносом вперед руки и противоположной ноги, ходить, осуществляют захват кончиками пальцев и манипулируют с предметами, находящимися в пальчиковом захвате. В дошкольном и школьном возрасте дети часто бывают раздражительны, суетливы, могут проявлять грубость и непослушание, их настроение часто меняется. Дети быстро утомляются, что приводит к усилению двигательной тревожности, могут проявляться реакции истероидного типа. Моторика детей отличается общей неловкостью, они отстают от сверстников в развитии навыков самообслуживания, нарушается развитие графомоторных навыков [1].

Подбирая материал для работы по развитию артикуляционной моторики, должна учитываться определенная последовательность, от простых упражнений к сложным. Сначала даются упражнения на развитие моторики мышц, задействованных в артикуляции. В этот этап включаются статические и динамические упражнения. Затем отрабатываются артикуляторные уклады для правильного произношения звуков. Далее используются упражнения на переключаемость движений и согласованную работу органов артикуляции [22].

Для улучшения речевого развития ребенка, его произносительных навыков, особенно если нарушения полиморфны, необходимо разрабатывать и использовать наиболее эффективные средства и методы сенсорного и моторного воздействия. Анализ проблемы развития артикуляционной

моторики у детей с речевыми нарушениями показывает, что они являются актуальными в развитии детей [3, 4, 5].

Задача упражнений на сенсорную интеграцию – усилить, сбалансировать, развить обработку сенсорных стимулов нервной системой. Использование упражнений, направленных на обогащение сенсорного опыта, приводит к интеграции прорабатывания сенсорной информации. Упражнения могут быть использованы как для стимуляции отдельных сенсорных каналов (зрительного, слухового, тактильного, вестибулярного и гравитационного), так и для получения опыта комплексной обработки стимулов.

Использование графических моделей опирается на сохранные возможности зрительной системы ребенка с нарушением речи. Последовательность выполнения артикуляционных упражнений представляется ребенку в виде Дерева (по Е.Ф. Архиповой), причем весь рисунок появляется не сразу, а постепенно, по мере овладением ребенком артикуляционными движениями [3, 6].

Инновационной технологией проведения артикуляционной гимнастики является использование упражнений биоэнергопластики (по Р.Г. Бушляковой). Термин «биоэнергопластика» расшифровывается как сочетание биоэнергии и пластики, т.е. силы человека и плавных, раскрепощенных движений тела и рук. Для коррекционной работы на логопедическом занятии полезным оказывается сочетание плавных движений кистей рук с движениями органов артикуляции.

М. М. Кольцова также в своих исследованиях выделяет такой метод коррекционной работы с детьми над развитием артикуляционной моторики как биоэнергопластика. Основная цель данного метода – это обеспечение сопряженной работы пальцев, кистей рук и артикуляционного аппарата [5].

Например, работа по уточнению артикуляции гласных звуков. Педагог с детьми вспоминает их количество, использовали утрированную артикуляцию в сочетании с биоэнергопластикой, играет с детьми в игру «Поймай звук в ловушку». Суть игры: ребенок берет в ведущую руку мяч, поднимает ее вверх и одновременно с утрированным проговариванием гласного звука бросает мяч

в высокий ящик, расположенный в противоположном углу логопедического кабинета.

Подобная игра при кажущейся простоте несет огромный смысл и включает важные речевые механизмы. Многие младшие школьники с речевыми нарушениями имеют трудности в общей моторике. Дети затрудняются в двух-трехкратном повторе чередующихся простых движений. Выраженные трудности у них вызывает воспроизведение звука в момент движения. Звук произносится раньше или чуть позже действия, но не в момент его. Само движение (бросок) часто выполняется детьми усечено: бросают они не при размахе плечевого сустава, а из положения внизу, когда работают только мышцы кисти и запястья. В результате движение имеет недостаточную точность и объем. Между тем физиологами и нейропсихологами доказано, что активные движения локтевого и плечевого суставов руки вызывают наиболее сильный двигательный импульс, который легко совмещается с произвольным резким выдохом [5]. В атмосфере игры резкий произвольный выдох сопровождается произвольной голосовой реакцией. Совмещение голосовой реакции с резким движением дает возможность включить в коррекционную работу механизм управления речью, что способствует совершенствованию речевых возможностей детей.

Биоэнергопластика в сочетании с артикуляционными упражнениями позволяет значительно быстрее сформировать у ребенка кинестетические ощущения положения органов артикуляции и убрать зрительную опору (зеркало). Воспитание у детей кинестетических ощущений органов артикуляции позволяет почувствовать контрастность положения языка, челюстей, губ, направленность выдоха. Их четкость обусловлена осязательными ощущениями, что особенно важно на начальных этапах постановки звуков, когда еще не сформирована слуховая дифференциация.

Биоэнергопластика улучшает моторные возможности детей, способствует коррекции звукопроизношения. За счет параллельного развития артикуляционной и мелкой моторики сокращается вдвое время занятий,

усиливается их результативность. Данная методика позволяет перейти от зрительной опоры к выполнению движений по ощущениям.

Для повышения результативности и большего интереса детей, возможно использование бionэргопластики в сопровождении со сказками. Профессор Э. Кунце представил метод «Каталога», который является основой в создании артикуляционных сказок. Смысл данной методики заключается в создании рассказа, в которой ребенок в праве сам выбирать героев. Данный метод направлен на снятие психологической инерции и стереотипов в придумывании сказочных героев. Дети углубляются в игру и с интересом придумывают сюжет сказки.

Данная методика направлена на:

- развитие артикуляционной моторики;
- формирование умения связывать в единую сюжетную линию случайно выбранные объекты;
- развитие концентрации внимание;
- развитие творческих способностей;
- обогащение словарного запаса;
- закрепление и развитие навыков речевого общения;
- формирование навыков построения связных монологических высказываний.

В процессе коррекционных занятий не только совершенствуются дикция, дыхание, голос, интонация, но и воспитывается произвольность поведения, формируется речемыслительная деятельность. У детей развивается познавательная активность, коммуникативные навыки, инициативность, творческий подход к решению сложных ситуаций.

При выполнении артикуляционной гимнастики с использованием движений рук активизируется внимание, мышление, развивается чувство ритма, ориентировка в пространстве. Важно тщательно отслеживать точность,

синхронность, ритмичность речевых органов и кистей рук. С этой целью возможно использование на занятиях музыкального сопровождения, счета, либо стихотворных строк [2].

Статические упражнения направлены на развитие мышечной силы, а также помогают ребенку найти и принять правильную артикуляционную и пальчиковую позу.

Динамические упражнения направлены на нормализацию мышечного тонуса, развитие переключаемости движений, плавности и точности выполнения.

Как пишет Гусева П.В., существуют и другие инновационные методики коррекции дизартрии.

При разработке комплекса упражнений по преодолению нарушений мелкой и артикуляционной моторики были использованы нетрадиционные дидактические средства и приемы развития мелкой и артикуляционной моторики у детей со стертой дизартрией, а также модифицированы методики Е.Ф. Архиповой, М.Монтессори, М. М. Кольцовой.

Занятия по развитию мелкой и артикуляционной моторики могут проводиться в индивидуальной форме. А также включаться в логопедические занятия в качестве дополнительных.

Было составлено 5 комплексов. Каждый комплекс включает в себя 6 заданий:

- 4 задания направлены на развития мелкой моторики;
- 2 задания направлены на развития артикуляционной моторики;

Одно из нетрадиционных средств развития мелкой моторики это «бизиборд». Бизиборд – это специальная развивающая доска, которая включает в себя различные задания и упражнения, направленные на развития мелкой моторики. Первая доска была разработана в 1907 году итальянским врачом и педагогом Марией Монтессори. С каждым годом доска приобретала

новые задания, а старые - усовершенствовались. Бизиборд подходит для детей разного уровня.

Для младших дошкольников в заданиях используются такие предметы, к которым в повседневной жизни родители не подпускают их: выключатели, розетки, телефоны, дверные цепочки, дверные защелки и так далее. Именно это и вызывает у детей особый интерес.

Для детей старшего возраста используются уже более сложные задания. В них входят упражнения, направленные на развитие памяти; логики; мышления.

Таким образом, бизиборд способствует развитию мелкой моторики детей, а также расширяет кругозор, развивает у детей логическое мышление, творческие способности, улучшает усидчивость и внимательность. Ребенок развивает пальчиковую активность, выполняя задания с мелкими предметами.

При работе с детьми с нарушением речи важно уделять особое внимание пальчиковой гимнастике. Используя в логопедической работе нетрадиционные формы проведения пальчиковой гимнастики с элементами массажа, можно достичь отличного результата. Такие упражнения способствуют формированию и развитию моторных умений и навыков, что позволяет в дальнейшем корректировать речь и устранить дефект.

К современной нетрадиционной форме проведения пальчиковой гимнастики можно отнести гидрогимнастику. Это выполнение различных заданий в воде. Для проведения требуется специальное оборудование: различные емкости для воды, термометр, полотенце, салфетки.

Занятие проводится в первой половине дня, продолжительность 10-15 минут, 3 раза в неделю.

Выполняется массаж от простых движений к более сложным. Что образует тесную связь между тонкими движениями пальцев рук и речевой зоной. При выполнении самомассажа, используются различные предметы: карандаши, колпачки от фломастеров, мячики, массажеры.

Все упражнения сопровождаются речью логопеда, а именно, стихами, скороговорками, чистоговорками. Важно движения выполнять синхронно с текстом и выдерживать паузы.

Вследствие развития мелкой моторики эффективнее проходит работа по постановке и автоматизации звуков, быстрее развивается речь, что в свою очередь способствует предупреждению дисграфии и дислексии.

В работе по развитию мелкой моторики логопед использует разнообразные игры, задания, упражнения. Все они способствуют развитию мелких мышц рук. С целью разнообразить задания, педагог использует в своей работе камешки Марблс.

Марблс – это стеклянные камушки небольшого размера различных цветов. Но усовершенствованные камушки уже сделаны из силикатного песка, золы и соды, которые расплавляются в печи.

Использование на занятиях таких камушков направленно на решение сенсорных задач с учетом умений и навыков детей, а также на приобретение новых знаний и умений.

Все задания подбираются с учетом возрастных, индивидуальных особенностей детей, а также с учетом умственных и моторных способностей.

При работе с детьми решаются следующие задачи:

- развитие мелкой моторики;
- развитие зрительно – двигательной координации;
- развитие внимания, памяти и мышление;
- обогащение словарного запаса;
- развитие фантазии творческих способностей;
- формирование правильного образа предметов;
- развитие мыслительных операций: анализа, синтеза, сравнения, обобщения;
- формирование волевых умений;

Камушки могут использоваться как дополнительный дидактический материал для выполнения различных заданий.

Например:

- использование при изучении лексической темы;
- использование как фишек, для выкладывания схемы предложения, звукового анализа слова по схеме, звуко - буквенного анализа;
- использование при постановке, автоматизации и дифференциации звуков и т.д;

Игры с Марблс оказывают положительное влияние на психику ребенка. При обычном перекладывании, ребенок успокаивается, концентрируется, настраивается на дальнейшую работу. Задания с использованием данного дидактического материала позволяет развивать творческие способности ребенка, снять усталость и напряжение. Игры с камешками Марблс – это физическое и умственное развитие ребенка.

Вышеизложенное свидетельствует о том, что у детей с дизартрией нарушено звукопроизношение, целенаправленная деятельность, отмечается отставание в развитии двигательной сферы, а именно нарушена координация, скорость и ловкость выполнения движений. Для детей с дизартрией характерен низкий уровень развития психических функций: основных свойств внимания, памяти.

Согласно психолого-педагогической характеристике детей с дизартрией наряду с речевыми особенностями проявляются вторичные нарушения.

Детский возраст является определяющим периодом в развитии человека, во время которого происходит формирование личности, психических процессов и функций ребенка. Несформированность или недоразвитие какого-либо психического процесса или психической функции влияет на становление личности в целом. Применение психолого-педагогических мер позволяет скомпенсировать, а в некоторых случаях даже преодолеть, нарушения.

Выводы по главе 2

Проведя экспериментальное исследование артикуляционной моторики у детей младшего школьного возраста с дизартрией, мы можем сделать следующие выводы.

В ходе логопедического обследования были выявлены трудности переключения движений, воспроизведение одновременных движений артикуляционного аппарата, синкинезии, гиперкинезы.

Положительных результатов можно достичь в случае ранней терапии данного состояния.

Для повышения эффективности коррекционно - развивающего процесса, всю работу с такими детьми, необходимо проводить комплексно, на фоне активного медикаментозного и психотерапевтического лечения. По нашему мнению, наиболее эффективным способом работы при коррекционной работе по развитию артикуляционной моторики у младших школьников является сочетание традиционной логопедической работы, логопедического массажа и ручной модели артикуляции, позволяющем увеличить кинестетические ощущения, а также высокой эффективностью обладают нетрадиционные методики, направленные на развитие мелкой моторики.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Целью нашего исследования являлось рассмотрение особенностей и подходов к развитию артикуляционной моторики у младших школьников с дизартрией.

Для реализации цели нами был определен ряд задач. Выполняя первую задачу исследования, которая состояла в изучении анатомо-физиологические механизмы артикуляционной моторики. В результате мы констатировали, что основными симптомами дизартрии являются нарушение звукопроизношения, фонетических процессов, обусловленные нарушениями моторной сферы.

Поэтому выявление и логопедическая коррекция этих нарушений является важной работой в младшем школьном возрасте у детей с дизартрией с целью профилактики нарушения письма и чтения.

Взаимодействие и взаимосвязь акустических и речедвигательных представлений о звуке обеспечивает последовательность развития фонематических функций. Нарушения у детей с дизартрией этого взаимодействия, вследствие недостаточной деятельности речедвигательного анализатора препятствует полноценному формированию фонематических процессов фонематического восприятия, фонематических представлений, анализа и синтеза.

Выполняя вторую задачу исследования, состоявшую в экспериментальном исследовании артикуляционной моторики у детей младшего школьного возраста с дизартрией получены следующие результаты.

Результаты обследования позволили сделать вывод о том, что проблема формирования фонематических процессов у детей с легкой степенью дизартрии является актуальной для теории и практики логопедии. Из-за несформированности звукопроизношения, фонематических процессов ограничен процесс накопления словаря, затруднено овладением грамматическим строем речи.

Данные логопедического обследования позволили сделать вывод о том, что у детей с дизартрией нарушены как речевые, так и неречевые функции. Таким образом, при планировании и проведении коррекционной работы следует учитывать все виды работ, направленных на развитие вышеперечисленных компонентов.

Выполняя третью задачу, которая заключалась в описании содержания логопедической работы по коррекции артикуляционной моторики, нами были подобраны методики, которые окажут влияние на развитие артикуляции у детей младшего школьного возраста.

Эффективность коррекционной работы намного выше, если развитие речи сочетать и с развитием моторных функций ребёнка.

Таким образом, задачи исследования выполнены, цель достигнута.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Архипова Е.Ф. Стертая дизартрия у детей / Е.Ф. Архипова. – М.: АСТ: Астрель, 2007. – 283 с.
2. Белякова, Л. И. Логопедия. Дизартрия [Текст] / Л. И. Белякова, Н.Н. Волоскова. – М.: Гуманитар. изд., 2009. – 287 с.
3. Винарская Е. Н. Дизартрия. Серия: Библиотека логопеда. – М.: АСТ, 2005.
4. Винарская Е.Н. Раннее речевое развитие ребенка и проблемы дефектологии / Е.Н. Винарская. – М.: URSS, 2020. – 170с.
5. Гусева П.В. Развитие мелкой и артикуляционной моторики у детей 5-6 лет со стертой дизартрией // Международный студенческий научный вестник. – 2020. – № 3.
6. Жинкин, Н. И. Язык. Речь. Творчество [Текст] / Н. И. Жинкин. – М. : Новый век, 2008. – 290 с.
7. Иншакова, О. Б. Альбом для логопеда [Текст] – 2 изд. / О. Б. Иншакова.– М. : Владос, 2008. – 279 с.
8. Киселева В.А. Диагностика и коррекция стертой формы дизартрии. Пособие для логопедов. – М.: Школьная пресса, 2007.
9. Лопатина Л.В. Индивидуальные особенности детей со стертой дизартрией по состоянию неречевых и речевых функций // Логопедия: Методические традиции и новаторство / Под ред. С.Н. Шаховской, Т.В. Волосовец. М. Воронеж, 2013. С. 108-112.
10. Левина, Р. Е. Основы теории и практики логопедии [Текст] / под ред. Р. Е. Левиной. – М. : Просвещение, 2001. – 400 с.
11. Лалаева, Р.И. Логопедическая работа в коррекционных классах[Текст] / Р.И. Лалаева. – М.: Владос, 2004. – 168с.
12. Мастюкова, Е. М. Клиническая диагностика в оценке психомоторного развития и прогноза у детей с отклонениями в развитии / Е.М. Мастюкова // Дефектология. – 2006. – № 5. – С. 3-7.

13. Мартынова, Р. И. Сравнительная характеристика детей, страдающих легкими формами дизартрии и функциональной дислалией. Расстройства речи и методы их устранения [Текст] / Р. И. Мартынова. М., 1975. 430 с.
14. Методы обследования речи у детей [Текст] : пособ. по диаг. реч. наруш. / под ред. Г. В. Чиркиной, И. Г. Власенко. – 4-е изд., доп. – М. : АРКТИ, 2003. – 240 с.
15. Новоторцева, Н. В. Рабочая тетрадь по развитию речи. На звуки Ж – Ш [Текст] / Н. В. Новоторцева. – Ярославль : Академия развития : Академия Холдинг, 2013. – 64 с.
16. Онтогенез речевой деятельности: норма и патология. Монографический сборник [Текст] / Отв.ред. Л. И. Белякова. – М., 2005. – 228 с.
17. Соботович, Е. Ф. Недостатки звукопроизношения у детей дошкольного возраста и методы их преодоления [Текст] / Е. Ф. Соботович. – М. : Просвещение, 1982. – 197 с.
18. Соботович, Е. Ф. Проявление стертых дизартрий и методы их диагностики [Текст] / Е.Ф. Соботович, Ф. Чернопольская // Дефектология. – 1974. – № 4. – С. 20-26.
19. Трубникова, Н. М. Структура и содержание речевой карты [Текст] / Н. М. Трубникова. – Екатеринбург : Урал.гос.пед.ун-т, 2008. – 50 с.
20. Филичева, Т. Б. Основы дошкольной логопедии [Текст] / Т. Б. Филичева, О. С. Орлова, Т. В. Туманова . – М. : Эксмо, 2015. – 320 с.
21. Филичева, Т. Б. Основы логопедии [Текст] / Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина. – М. : Просвещение, 2009. – 233 с.
22. 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.

23. Филичева, Т.Б. Психолого – педагогические основы коррекции ОНР у детей дошкольного возраста / Т. Б. Филичева, Т. В. Чиркина // Дефектология. – 1983. – № 3. – С. 72-78.
24. Чиркина, Г. В. К методике обучения детей с псевдобульбарной дизартрией [Текст] / Г. В. Чиркина // Дефектология. – 1973. – № 4. – С. 45-50.
25. Швачкин, Н. Х. Развитие фонематического восприятия в раннем возрасте [Текст] / Н. Х. Швачкин. – М., 1948. – 267 с.
26. Эльконин, Д. Б. Развитие речи в дошкольном возрасте [Текст] / Д. Б. Эльконин. – М. : Просвещение, 1958. – 215 с.
27. Айрес Э. Дж. Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития / пер. с англ. Юлии Даре. М., 2009.
28. Зиннхубер Х. Как развивается ваш ребёнок? Таблицы сенсомоторного развития, игры и упражнения: от 4 до 7,5. М., 2017.
29. Нищева Н.В., Смирнова И.А. Коррекционная педагогика. Развитие речи, логопедия для дошкольников. М., 2016.
30. Семенович А.В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: учеб. пособие. 8-е изд. М., 2015.
31. Туманова Т.В. Дети с общим недоразвитием речи. Воспитание и обучение: учеб.метод. пособие для логопедов и воспитателей. М., 2000.

Методика Н. М. Трубниковой

Обследование состояния общей моторики

Все предлагаемые задания выполняются по показу, затем по словесной инструкции.

Прием	Содержание задания	Характер выполнения
1. ИССЛЕДОВАНИЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ПАМЯТИ, ПЕРЕКЛЮЧАЕМОСТИ ДВИЖЕНИЙ И САМОКОНТРОЛЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ПРОБ	а) логопед показывает 4 движения для рук и предлагает их повторить: руки вперед, вверх, в стороны, на пояс; б) повторить за педагогом движения за исключением одного, заранее обусловленного «запретного» движения	
Отмечаются: качество, правильность, последовательность выполнения движений, особенности переключения с одного движения на другое.		
2. ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОИЗВОЛЬНОГО ТОРМОЖЕНИЯ ДВИЖЕНИЙ	маршировать и остановиться внезапно по сигналу	
Отмечаются: плавность и точность движений обеих ног, соответствие двигательной реакции сигналу.		
3. ИССЛЕДОВАНИЕ СТАТИЧЕСКОЙ КООРДИНАЦИИ ДВИЖЕНИЙ	а) стоять с закрытыми глазами, стопы ног поставить на одной линии так, чтобы носок одной ноги упирался в пятку другой, руки вытянуты вперед. Время выполнения — 5 секунд по 2 раза для каждой ноги; б) стоять с закрытыми глазами на правой, а затем на левой ноге, руки вперед. Время выполнения — 5 секунд	
Отмечаются: удержание позы свободное или с напряжением, с раскачиванием из стороны в сторону; балансирует туловищем руками, головой; сходит с места или делает рывок в стороны, касается пола другой ногой; иногда падает открывает глаза и отказывается выполнять пробу.		
4. ИССЛЕДОВАНИЕ ДИНАМИЧЕСКОЙ КООРДИНАЦИИ ДВИЖЕНИЙ	а) маршировать чередуя шаг и хлопок ладонями. Хлопок производить в промежуток между шагами	
Отмечаются: выполняет верно с 1 раза, со 2—3 раза, напрягается, чередование шага и хлопка не удается.		
	б) выполнить подряд 3-5 приседаний. Пола пятками не касаться, выполнять только на носках.	

Отмечаются: выполняет правильно с напряжением, раскачиваясь, балансируя туловищем и руками, становится на всю ступню.		
5. ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОСТРАНСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДВИГАТЕЛЬНОГО АКТА	<p>а) повторить за логопедом движения на ходьбу по кругу в обратном направлении через круг. Начать ходьбу от центра круга направо пройти круг вернуться в центр слева. Пройти кабинет из правого угла через центр по диагонали обойти кабинет вокруг и вернуться в правый угол по диагонали через центр из противоположного угла, повернуться на месте вокруг себя и поскоками передвигаться по кабинету, начиная движения справа.</p> <p>б) то же выполнить слева;</p> <p>в) по словесной инструкции проделать эти же задания</p>	
Отмечаются: ошибки в пространственной координации: незнание сторон тела, ведущей руки, неуверенность выполнения.		
6. ИССЛЕДОВАНИЕ ТЕМПА	<p>а) в течение определенного времени удерживать заданный темп в движениях рук, показываемых логопедом. По сигналу логопеда предлагается выполнить движения мысленно, а по следующему сигналу (хлопок) показать, на каком движении испытуемый остановился. Движения рук вперед, вверх, в стороны на пояс опустить.</p> <p>б) письменная проба: предлагается чертить на бумаге палочки в стрелку в течение 15 секунд в произвольном темпе. В течение следующих 15 секунд чертить как можно быстрее, в течение следующих 15 секунд чертить в первоначальном темпе.</p>	
Отмечаются: темп нормальный ускоренный, быстрый, замедленный, медленный.		
7. ИССЛЕДОВАНИЕ РИТМИЧЕСКОГО ЧУВСТВА	<p>а) простучать за педагогом карандашом ритмический рисунок: //</p> <p>б) музыкальное эхо Логопед ударяет в определенном ритме по ударному инструменту (бубен, барабан и т. д.) ребенок должен точно повторить услышанное</p>	
Отмечаются: ошибки при воспроизведении ритмического рисунка повторяет в ускоренном или замедленном по сравнению с образцом темпе: нарушает количество элементов в данном ритмическом рисунке.		

Обследование произвольной моторики пальцев рук

Все предлагаемые задания выполняются по показу, затем по словесной инструкции.

Прием	Содержание задания	Характер выполнения
<p>1 ИССЛЕДОВАНИЕ СТАТИЧЕСКОЙ КООРДИНАЦИИ ДВИЖЕНИЙ</p>	<p>а) распрямить ладонь со сближенными пальцами на правой руке и удержать в вертикальном положении под счет от 1 до 15; б) аналогично выполнить левой рукой, в) выполнить эту позу на обеих руках одновременно; г) распрямить ладонь, развести все пальцы в стороны и удержать в этом положении под счет (1—15) на правой руке затем на левой и на обеих руках одновременно; д) выставить первый и пятый пальцы и удержать эту позу под счет (1 —15) в той же последовательности; е) показать второй и третий пальцы, остальные пальцы собрать в щепоть – поза «зайчик», удержать по счет (115), выполнение осуществляется в той же последовательности; ж) второй и пятый пальцы выпрямлены, остальные собраны в кулак, удержать позу под счет 115 на правой, левой и обеих руках. з) сложить первый и второй пальцы в кольцо, остальные выпрямить, удержать под счет (1-15) в той последовательности; и) положить третий палец на второй, остальные собрать в кулак, удержать под счет (1-5) в той же последовательности.</p>	
<p>2. ИССЛЕДОВАНИЕ ДИНАМИЧЕСКОЙ КООРДИНАЦИИ ДВИЖЕНИЙ</p>	<p>а) выполнить под счет: пальцы сжать в кулак – разжать (5-8 раз на правой руке, левой, обеих руках; б) держа ладонь на поверхности стола, разъединить пальцы, соединить вместе</p>	

	<p>(5-8 раз) на правой, левой, обеих руках;</p> <p>в) сложить пальцы в кольцо – раскрыть ладонь (5-8 раз) в той же последовательности;</p> <p>г) попеременно соединять все пальцы руки с большим пальцем (первым), начиная со второго пальца правой руки, за тем левой, обеих рук одновременно;</p> <p>д) менять положение обеих рук одновременно: одна кисть в позе «ладони», другая сжата в кулак (5-8 раз):</p> <p>е) положить вторые пальцы на третьи на обеих руках (5-8 раз)</p>	
<p>Отмечаются: плавное, точное и одновременное выполнение проб: напряженность, скованность движений, нарушение темпа выполнения движения (не под счет логопеда) нарушение переключения от одного движения к другому, наличие синкинезий, гиперкинезов невозможность удержания созданной позы невыполнение движения.</p>		

Обследование моторики органов артикуляционного аппарата

Обследование моторики органов артикуляционного аппарата направлено на изучение функционального состояния активных органов артикуляционного аппарата и включает исследование двигательных функций органов артикуляционного аппарата, динамической организации движений этих органов и изучение состояния мимической мускулатуры.

А. Исследование двигательных функций артикуляционного аппарата

Прием	Содержание задания	Характер выполнения
<p>1. Исследование двигательной функции губ по словесной инструкции проводится после выполнения задания по показу</p>	<p>а) сомкнуть губы;</p> <p>б) округлить губы, как при произношении звука «о», – удержать позу под счет до 5;</p> <p>в) вытянуть губы в трубочку, как при произношении звука «у», и удержать позу под счет до 5;</p> <p>г) сделать «хоботок» (вытянуть губы и сомкнуть</p>	

	<p>их), удерживать позу по счет до 5; д) растянуть губы в «улыбке» (зубов не видно) и удерживать позу по счет до 5; е) поднять верхнюю губу вверх (видны верхние зубы), удерживать позу; ё) опустить нижнюю губу вниз (видны нижние зубы), удерживать позу; ж) одновременно поднять верхнюю губу вверх и опустить нижнюю; з) многократно произносить губные звуки «б-б-б», «п-п-п».</p>	
<p>Отмечаются: выполнение правильное: диапазон движений невелик; наличие содружественных движений; чрезмерное напряжение мышц истощаемости движений, наличие тремора, саливации, гиперкинезов, активность участия правой и левой сторон губ; смыкание губ с одной стороны; движение не удается.</p>		
<p>2. исследование двигательной функции челюсти проводят по показу, затем по словесной инструкции</p>	<p>а) широко раскрыть рот при произношении звука и закрыть; б) сделать движение челюстью вправо; в) сделать движение влево; г) выдвинуть нижнюю вперед</p>	
<p>Отмечаются: выполнение правильное; движения челюсти недостаточного объема; наличие содружественных движений, тремора, саливации; движение не удается.</p>		
<p>3. ИССЛЕДОВАНИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ЯЗЫКА (ИССЛЕДОВАНИЕ ОБЪЕМА И КАЧЕСТВА ДВИЖЕНИЙ ЯЗЫКА) ПО ПОКАЗУ И СЛОВЕСНОЙ ИНСТРУКЦИИ</p>	<p>а) положить широкий язык на нижнюю губу и подержать под счет до 5; б) положить широкий язык на верхнюю губу и подержать под счет до 5; в) переводить кончик языка поочередно из правого угла рта в левый угол, касаясь губ;</p>	

	<p>г) сделать язык «лопатой» (широким), а затем «иглочкой» (узким); д) упереть кончик языка в правую, а затем в левую щеку; е) поднять кончик языка к верхним зубам, подержать под счет и опустить к нижним зубам; ё) выдвинуть широкий язык вперед, а затем занести назад в ротовую полость; ж) стоя вытянуть руки вперед, кончик языка положить на нижнюю губу и закрыть глаза (логопед поддерживает рукой спину ребенка)</p>	
<p>Отмечаются: выполнение правильное, движения языка имеют недостаточный диапазон; появляются содружественные движения; язык движется неуклюже всей массой, медленно неточно; имеются отклонения языка в сторону тремор, гиперкинезы; истощаемость движений, саливация; удерживается ли язык в определенном положении; движение не удается.</p>		
<p>4. ИССЛЕДОВАНИЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ МЯГКОГО НЕБА</p>	<p>а) широко открыть рот и четко произнести звук «а» (в этот момент в норме мягкое небо поднимается) б) провести шпателем, зондом или бумажкой, скрученной в трубочку, по мягкому небу (в норме должен появляться рвотный рефлекс) в) при высунутом между зубами языке надуть щеки и сильно подуть так, как будто задувается пламя свечи</p>	
<p>Отмечаются: выполнение правильное; объем движения ограничен, наличие содружественных движений, малой подвижности небной занавески, Гиперкинезов, саливации, движение не удается</p>		

5. исследование продолжительности и силы выдоха	а) сыграть на любом духовом инструменте-игрушке (губной гармошке, дудочке, флейте и т.д.) б) поддувать пушинки, листок бумаги и т.п.	
Отмечаются: силу и продолжительность выдоха; укороченный выдох (в зависимости от возраста испытуемого)		

Б. Исследование динамической организации движений артикуляционного аппарата

Все предъявляемые формы вначале проводятся по показу, а затем по словесной инструкции при многократном повторении проводимого комплекса движений

Содержание задания	Характер выполнения
<ol style="list-style-type: none"> 1. Оскалить зубы, широко открыть рот, положить широкий язык на нижнюю губу, занести язык за нижние зубы, закрыть рот. 2. Широко открыть рот, как при звуке «а», растянуть губы в улыбку, вытянуть губы в трубочку, закрыть рот и сомкнуть губы. 3. Широко раскрыть рот, затем попросить полузакрывать и закрыть его. 4. Широко открыть рот, дотронуться кончиком языка до нижней губы, поднять кончик языка к верхним зубам, затем опустить за нижние зубы и закрыть рот. 5. Положить широкий язык на нижнюю губу, приподнять боковые края и кончик языка, чтобы получилась «чашечка», занести эту «чашечку» в рот, опустить кончик языка за нижние зубы и закрыть рот. 6. Повторить звуковой или слоговой ряд несколько раз (последовательность звуков и слогов изменяется) «а-и-у», «у-и-а», «ка-па-та», па-ка-та», «пла-плу-пло», «рал-лар-тар-тал», «скла-взма-здра» 	
Отмечаются: выполнение правильное; проявляется замена одного движения другим, поиск артикуляции, «застревание» на одном движении, инертность движения, недифференцированность движений, нарушение плавности движений, напряженность языка, подергивание языка, движения языка не удаются, легко ли удаётся переключение с одной артикуляционной позы на другую, с одной фонемы на другую и с одного звукового ряда на другой	

В. Обследование мимической мускулатуры

Приемы исследования мимической мускулатуры позволяют обнаружить поражение черепно-мозговых нервов, что является одним из симптомов дизартрических расстройств речи. Предлагаемые пробы выполняются сначала по показу, а затем по словесной инструкции.

Прием	Содержание задания	Характер выполнения

1. Исследование объема и качества движения мышц лба	а) нахмурить брови б) поднять брови	
Отмечаются: выполнение правильное; проба выполняется с содружественными движениями (щурятся глаза, подергиваются щеки и т.д.), движение не удается		
2. Исследование объема и качества движений мышц глаз	а) легко сомкнуть веки б) плотно сомкнуть веки в) закрыть правый глаз, затем левый г) подмигнуть	
Отмечаются: выполнение правильное; движение не удается; появление содружественных движений		
3. Исследование объема и качества движений мышц щек	а) надуть левую щеку б) надуть правую щеку в) надуть обе щеки одновременно г) втянуть щеки в рот	
Отмечаются: выполнение правильное; движение выполняется с напряжением, не в полном объеме; изолированное надувание одной щеки не удается; поза не выполняется.		
4. Исследование возможности произвольного формирования определенных мимических поз	выразить мимикой лица: а) удивление б) радость в) испуг г) грусть д) сердитое лицо	
Отмечаются: правильное выполнение; мимическая картина нечеткая, движение выполняется с одной стороны; поза не создается.		
5. Исследование символического праксиса	а) свист б) поцелуй в) улыбка г) оскал д) плевок е) цоканье	
Отмечаются: выполнение правильное; объем движений ограничен, появление содружественных движений, гиперкинезов, саливации; напряженность; движение не удается		

Протокол обследования звукопроизношения.

Звук	Оптический раздражитель (картинка)	Речевая реакция на оптический раздражитель	Речевая реакция на акустический раздражитель	Употребление звука в собственной речи (по	произношение звука	Характер нарушения произношения звука	примечание

			(воспроизведение по слуху)	сюжетной картинке)								
					изолированно	В словах	отсутствие	искажение	замена	смешение		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Гласные Ы	дым мышь грибы											
А	аист мак игла											
У	утка муха кенгуру											
О	осы кот окно											
И	ива слива петухи											
Согласные С	колесо сосна нос											
С'	сирень письмо гусь											
З	замок коза											
З'	земляника газета											
Ц'	цветок курица огурец											
Ш	шапка кошка мышь											
Ж	жук лыжи лыжник											
Ч	чулок очки ключ											

Щ	щетка ящик плащ										
Л	лодка пила стол бутылк а										
Л'	лента будиль ник свирель туфли										
Р	рука корона топор трамва й										
Р'	редиска веревка дверь										
Б	бабочк а зубы арбуз										
Б'	белка										
П	панама платок сноп										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
П'	петух ступень ки сноп										
Д	Дом дедушк а каранда ш										
Г	голова нога глаза гитара										
К	кукла рука молото к										

К'	кепка тапки										
Х	халат мука хлеб петух орехи										
М	мухомо р лампа дом мяч										
Н	нож конфет а лимон										
Н'	сани нитки пень коньки										
В	ворона корона гвозди										
В'	свинья венки										
Ф	фартук кофта шкаф филин										
Т	туфли котлет ы кот										
Т'	теле- визор утюг										
Йотац ия	яблоко обезьян а змея юбка верблю д ель огурец ёжик берёза										

АИ, ЕЙ	трамва й чайник воробе й лейка										
БЯ, ЪЕ	свинья ружье платье										

Обследование слоговой структуры

Неправильное произношение слов не ограничивается дефектами звукопроизношения. Часто встречаются и нарушения слоговой структуры слова, поэтому обследуется умение произносить слова различной слоговой сложности. При этом ребенку сначала предлагается для названия предметные картинки, затем логопед называет слова для отраженного произношения.

Результаты выполнения обоих видов заданий сравниваются, определяется, что ребенку легче выполнить. Особо выделяются слова, которые произносятся без искажения слогового и звукового состава.

Важно отметить, состоят ли слова, слоговая структура которого искажается, из усвоенных звуков или неусвоенных, произношение каких слоговых структур сформировано, а каких – нет. В ходе обследования составляется протокол.

Протокол обследования слоговой структуры слова

Вид слоговой структуры слова	Оптический раздражитель (картинка)	Речевая реакция на оптический раздражитель	Речевая реакция на акустический раздражитель	Примечание
Односложные слова с закрытым слогом	мак дом сыр			
Двусложные слова из 2 прямых открытых слогов	рука роза лапа			
Двусложные слова с 1 закрытым слогом	сахар диван забор			

Двусложные слова со стечением согласных с середины слова	кукла марка утка арбуз карман			
Односложные слова со стечением согласных в начале слова	стол стул шкаф			
Односложные слова со стечением согласных в конце слова	волк тигр			
Двусложные слова со стечением согласных в начале слова	травя брови книга			
Двусложные слова со стечением согласных в начале и середине слова	клубя клубника			
Двусложные слова со стечением согласных в конце слова	корабль бинокль			
Трехсложные слова из 3 открытых слогов	панама канава малина			
Трехсложные слова с последним закрытым слогом	кошелек пулемет телефон			
Трехсложные слова со стечением согласных	конфеты памятник винтовка термометр тракторист			
Четырехсложные слова с открытыми слогами	паутина черепашка			

Многосложные слова из сходных звуков	клубок колосок корзина картина			
--------------------------------------	---	--	--	--

Чтобы выявить негрубые нарушения слоговой структуры слова для повышения предлагаются следующие предложения:

Обследование состояния функций фонематического слуха

Д.Б. Эльконин характеризует фонематический слух как способность воспринимать и различать звуки речи.

Предлагаемые задания используются для определения того, как ребенок воспринимает и различает каждый звук речи, а не только звуки, указанные в содержании задания как образец.

Содержание задания	Используемый речевой и наглядный материал	Ответы ребенка	Примечание (указать характер выполнения)
1. Оpozнание фонем: а) подними руку, если услышишь гласный звук «о» среди других гласных	а, у, ы, о, у, а, о, ы, и		
б) хлопни в ладоши, если услышишь согласный звук «к» среди других согласных	п, н, м, к, т, р		
2. Различение фонем, близких по способу и месту образования по акустическим признакам			
а) звонких и глухих	п–б, д–т, к–г, ж–ш, з–с, в–ф		
б) шипящих и свистящих	с, з, щ, ш, ж, ч		
в) соноров	р, л, м, н		
3. Повторение за логопедом слогового ряда			
а) со звонкими и глухими звуками	да-та, та-да-та, да-та-да, ба-па, па-ба-па, ба-па-ба, ша-жа, жа-ша-жа, са-за-са, за-са-за		

б) с шипящими и свистящими	са-ша-са, шо-су-са; са-ша-шу, са-за-па; ша-ща-ча, за-жа-за; жа-за-жа		
в) с сонорами	ра-ла-ла, ла-ра-ла		
4. Выделение исследуемого звука среди слогов Подними руку, если услышишь слог со звуков «с»	ла, ка, ша, со, ны, ма, су, жу, сы, га, си		
5. Выделение исследуемого звука среди слов Хлопни в ладоши, если услышишь слово со звуков «ж»	лужа, рука, дорога, живот, молоток, жук, кровать, ножницы		
6. Название слов звуком «з»			
7. Определите наличия звука «ш» в названии картинок	колесо, ящик сумка, шапка, машина, чайник, лыжи, цапля, звезда		
8. название картинок и определение отличий в названиях	бочка – почка, коза – коса, дом – дым		
9. Определение места звука «ч» в словах (начало, середина, конец)	чайник, ручка, мяч		
10. Раскладывание картинок в 2 ряда: в первый со звуком «с», во второй со звуком «ш»	сом, шапка, машина, коса, автобус, кошка, пылесос, карандаш		

Обследование звукового анализа слова

Содержание задания	Используемый речевой и наглядный материал	Ответы ребенка	Примечание (указать характер выполнения)
1. Определить количество звуков в словах	ус, дом, роза, баран, ромашка		
2. Выделить последовательно каждый звук в словах	мак, зонт, крыша, танкист, самолет		

3. Назвать первый ударный гласный звук	Оля, Юра, Аня, уши, осы, Яша		
4. Определить последний согласный звук в слова	ус, кот, сыр, стакан, щенок, стол		
5. Выделить согласный звук из начала слова	сок, шуба, магазин, щука, чай		
6. Назвать ударный гласный звук в конце слова	ведро, грибы, рука, чулки		
7. Определить третий звук в слове и придумать слова, в которых бы этот звук стоял в начале, середине и конце	сосна		
8. Придумать слова, состоящие из 3-4-5 звуков			
9. Назвать слова с 1 слогом, 2, 3, 4 слогами			
10. Определить количество гласных и согласных в названных словах			
11. Назвать второй, третий, пятый звуки в этих словах			
12. Сравнить слова по звуковому составу. Отобрать картинки, названия которых отличаются лишь по 1 звуку	мак, бак, бык, рак, дом, стул, лук, сук, машина, корзина		
13. Сказать, в чем отличие этих слов	Оля – Коля, крыша – крыса		
14. Переставить, заменить, добавить звуки или слоги, чтобы получилось новое слово	сук (сок), стол (стул), марки (рамки), ложа (жало), сосна (насос)		
15. Закончить слова	бара..., пету..., само...		
16. Объяснить смысл предложений	На грядке лук. За рекой зеленый луг		