



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

ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

**Коррекционная работа по развитию артикуляционного праксиса у  
детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией**

**Выпускная квалификационная работа по направлению  
44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование  
Направленность программы бакалавриата  
«Логопедия»  
Форма обучения заочная**

Проверка на объем заимствований:  
85,09 % авторского текста

Работа рекомендована к защите  
« 01 » 03 2025 г.  
Директор института  
Сибиркина - Сибиркина А.Р.

Выполнила:  
Студент(ка) группы ЗФ-409-101-3-1  
Коршакова Карина Николаевна - *Карина*

Научный руководитель:  
к.п.н. доцент кафедры СППиПМ  
Резникова Е.В. *Е.В.*

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ Артикуляционного праксиса у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией.....	6
1.1 Определение понятия «артикуляционный праксис» в психолого- педагогической литературе. Особенности развития артикуляционного праксиса у детей в онтогенезе.....	6
1.2 Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией.....	10
1.3 Особенности артикуляционного праксиса у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией.....	16
Выводы по 1 главе .....	22
ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО РАЗВИТИЮ Артикуляционного праксиса у старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией.....	24
2.1 Организация и методика исследования артикуляционного праксиса у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией .....	24
2.2 Состояние артикуляционного праксиса у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией.....	33
Выводы по второй главе .....	52
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	55
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ .....	59
ПРИЛОЖЕНИЕ 1 .....	63
ПРИЛОЖЕНИЕ 2 .....	65
ПРИЛОЖЕНИЕ 3 .....	67
ПРИЛОЖЕНИЕ 4 .....	69

## ВВЕДЕНИЕ

В последнее время многие ученые, теоретики и практики отмечают большое количество детей с проблемами в речи, а именно со стертой дизартрией.

Результат коррекции речевого дефекта во многом зависит от того, как скоро выявляются дефекты речи и когда приступили к логопедической работе с ребенком, страдающим речевым нарушением.

К сожалению, раннее логопедическое вмешательство пребывает на низком уровне, так как, проблема не всегда замечается участковыми педиатрами, а родители, имеющие детей с проблемами, не всегда обращаются за помощью к учителям - логопедам или дефектологам на ранних этапах развития. В старшем дошкольном возрасте, когда дети в норме должны владеть всеми звуками речи, родители заостряют своё внимание на речь ребенка и находят нарушение произношения и только тогда обращаются за помощью к специалистам, которые проводят диагностику и выявляют стертую дизартрию. Многие дети с этим нарушением остаются в обычных детских садах даже после прохождения психолого-медико-педагогической комиссии и получения заключения.

При дизартрии активация речевого аппарата недостаточна, что приводит к ограниченной работе артикуляционных мышц. В результате нарушается формирование движений, необходимых для правильного и четкого произношения. Произношение с нарушениями тяжело поддается коррекции, отрицательно сказывается на формировании фонематических процессов и лексико-грамматической стороны речи, что в дальнейшем создаст проблемы в обучении детей в школе.

Речь детей становится невнятной и смазанной, что затрудняет общение между детьми и со взрослыми. Такие дети лишаются возможности в полной мере наслаждаться всеми радостями общения. Кроме того, дети с речевыми нарушениями в старшем дошкольном возрасте начинают

осознавать свой речевой дефект, что часто приводит к забитости, появлению комплексов, проявлению агрессивных и негативных эмоций. Для устранения нарушений и обеспечения правильного формирования артикуляционного праксиса необходимы ежедневные занятия с учителем – логопедом или с педагогом-дефектологом. В условиях массового детского сада логопедическая помощь по развитию артикуляционной моторики детям со стертой дизартрией оказывается недостаточно.

Поэтому проблема изучения особенностей развития артикуляционного праксиса у детей со стертой дизартрией в настоящий момент является весьма актуальной. Исследования в данной проблеме занимались такие известные профессора, как Е. Ф. Архипова, Е. Н. Винарская, А.Л. Лурия, Л.С. Волкова, О. В. Правдина, Л. В. Лопатина и др. [3, 13, 15, 28, 30, 34].

Объект исследования: развитие артикуляционного праксиса у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией.

Предмет исследования: особенности артикуляционного праксиса у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией.

Цель исследования: изучить теоретические источники и на практике обосновать возможность проведения коррекционной работы для развития артикуляционного праксиса у детей старшего дошкольного возраста со стёртой дизартрией.

В соответствии с целью исследования были определены следующие

Задачи исследования:

1. Изучить и проанализировать психолого-педагогическую литературу по изучению артикуляционного праксиса у детей старшего дошкольного возраста;

2. Выявить особенности артикуляционного праксиса у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией.

3. Отобрать комплекс упражнений для коррекционной работы по развитию артикуляционного праксиса у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией.

База исследования: исследование проводилось на базе МБДОУ «Детский сад №11» г. Троицк, Челябинская область. В исследовании принимали участие 6 воспитанников старшей группы «Непоседы».

Структура, объем, и содержание работы определены целью и задачами исследования. Дипломная работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы (источников) и приложения.

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ Артикуляционного праксиса у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией

1.1 Определение понятия «артикуляционный праксис» в психолого-педагогической литературе. Особенности развития артикуляционного праксиса у детей в онтогенезе

Праксис — это способность произвольно выполнять последовательные комплексы движений и совершать целенаправленные действия по выработанному плану.

Существуют такие виды праксиса, как предметный несимволический, предметный символический, пальцевый, оральный, артикуляционный.

Рассмотрим по подробнее артикуляционный праксис, который связан с темой моей дипломной работы. Артикуляционный праксис в психолого-педагогической литературе – это умение произносить звуки речи и их ряды (слова). Такой вид праксиса является самым сложным. Если праксис — это предметное действие, а предмет — образец, с которого делается «слепок» этого действия, то возникает вопрос, что служит таким предметом в артикуляционной деятельности? Иными словами, на основе чего формируется артикуляционный праксис, что служит «предметом» для той или иной артикуляционной позы?

В работе профессора, доктора медицинских наук, потомственного дефектолога Е. Н. Винарской сделан вывод, что условным предметом для артикуляционной позы речевого звука является его акустический образ.[13]

Ребенок слышит звук речи и подстраивает под него артикуляционную структуру. Конечно, это удастся ему не сразу, а постепенно, по мере приближения к желаемому результату и уточнения слухоречевых представлений. При этом все остальные опоры, в том числе и зрительный образ звука речи, наблюдаемый при артикуляции взрослых, полезны, но являются лишь дополнительными.

Это подтверждается тем, что незрячий ребенок также без принципиальных затруднений осваивает артикуляционные движения.

Советский психолог и врач-невролог, один из основателей нейропсихологии А. Р. Лурия различал афферентный и эфферентный типы артикуляционного праксиса.[30]

Афферентный артикуляционный праксис — это способность воспроизводить изолированные звуки речи, их артикуляционные позиции (позы), которые также часто называют речевыми кинестезиями или артикуломами.

Эфферентный артикуляционный праксис — это способность произносить ряд речевых звуков.

Эфферентный артикуляционный праксис принципиально отличается от афферентного тем, что требует умения переключаться с одной артикуляционной позы на другую. Эти переключения сложны в своем исполнении. Они предполагают освоение вставных фрагментов артикуляционных действий — коартикуляций, которые являются «связующими» между отдельными артикуляционными позами. Без коартикуляций невозможно произнести слово, даже если каждый входящий в него звук доступен для воспроизведения. Произнося, например, слово «машина», в момент артикуляции первого звука (М) мы уже подготавливаем артикуляционный аппарат для последующих звуков и слогов. Слово «машина» не звучит как М, А, Ш, И, Н, А, а представлено полной цепочкой плавно перетекающих друг в друга артикуляций. Таким образом, слово — это не набор отдельных артикуляционных поз, а их серия. Освоение серийной организации артикуляционного акта происходит на основе специальных программ, заложенных в самом слове. Неудивительно, что сначала осваиваются самые простые из них — открытые слоги (лепет) и слова типа «мама, папа» и т. д. — с двумя повторяющимися открытыми слогами, а затем — более сложные.

На основе предметного несимволического праксиса (действия с предметом) надстраиваются различные виды абстрактно-символической деятельности, предметно-символического праксиса (условные действия — без предмета); пальцевого, орального, артикуляционного.

Речедвигательный анализатор начинает работать одновременно с началом развития общих двигательных функций. Постепенный переход от простых артикуляционных комплексов к сложным связан с постепенным созреванием двигательных систем головного мозга. Физиологические исследования показывают, что речевая деятельность является высшей формой развития произвольных движений и условно-рефлекторным двигательным актом, подчиненным тем же закономерностям, что и локомоторные функции. Кортикальное ядро речедвигательного анализатора расположено в области второй и третьей лобных извилин – речевого моторного центра Брока, 44, 45, 46 зон Бродмана [24].

В первые три года жизни ребенка происходит анатомо-физиологическое созревание коры головного мозга. В первый год жизни ребенок подготавливается к самостоятельному речевому развитию. Масса мозга увеличивается более чем в 2,5 раза, завершается его морфологическое строение, созревает его внутренняя структура (рост нервных клеток, их дифференцировка, миелинизация белого вещества и коры головного мозга). У новорожденного ребенка еще очень недоразвиты лицевой череп, а вместе с ним лицо и органы полости рта. Язык короткий, широкий, толстый, целиком лежит в полости рта. Его корень расположен горизонтально; губы имеют хоботовидную форму; мягкое небо короткое и при движении не касается задней стенки глотки, чем достигается свободное дыхание при сосании; гортань расположена относительно высоко и надгортанник находится над корнем языка, поэтому при глотании пища обходит надгортанник по бокам.

Развитие артикуляционного аппарата в онтогенезе:

1 год – возникают смычки органов артикуляционного аппарата.

1,5 года – возникает чередование позиций (смычка – щель), что является основой для произношения губно-губных и язычно-зубных звуков.

Конец второго года – органы артикуляции подготовлены к простым движениям.

3 года – формируются умения поднимать язык вверх и напрягать спинку языка.

4 года – происходит укрепление мышц органов артикуляционного аппарата, что приводит к более четкому и безошибочному произношению многих звуков.

5 лет – происходит полное формирование артикуляционной базы речи, что оказывает положительное влияние на звукопроизношение. Это становится возможным, потому что органы артикуляционного аппарата приобретают достаточную подвижность. [2]

Для развития звукопроизношения происходят существенные анатомо-физиологические изменения в дыхательном, голосовом и артикуляционном отделах речевого аппарата — постепенное опускание корня языка вместе с гортанью, приобретающего все более вертикальное положение, укрепление мышц диафрагмы, гортани, мышц рта, рассасывание жировых комочков в толще щек, формирование передней стенки полости рта резцами и изменение ее формы.[9] Развитие артикуляционного праксиса взаимосвязано с развитием речевых функций и происходит вместе с онтогенезом речи.

Таким образом, артикуляционный праксис самый сложный вид праксиса, в психолого-педагогической литературе звучит как, умение произносить звуки речи и их ряды (слова). По мнению А.Р. Лурия, артикуляционного праксиса существует два типа афферентный и эфферентный. Афферентный артикуляционный праксис — это способность воспроизводить изолированные звуки речи, их артикуляционные позиции. Эфферентный артикуляционный праксис — это способность произносить ряд речевых звуков. Эфферентный артикуляционный праксис

принципиально отличается от афферентного тем, что требует умения переключаться с одной артикуляционной позы на другую. В первый год жизни ребенок подготавливается к самостоятельному речевому развитию. Развитие артикуляционного праксиса в норме начинается развиваться самостоятельно с первого года жизни и полностью формируется к 5 годам. Для развития звукопроизношения происходят существенные анатомо-физиологические изменения в дыхательном, голосовом и артикуляционном отделах речевого. Развитие артикуляционного праксиса взаимосвязано с развитием речевых функций и происходит вместе с онтогенезом речи.

## 1.2 Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией

Понятие дизартрии Л.С. Волковой и В.И. Селиверстова звучит таким образом: «дизартрия — нарушение произносительной стороны речи, при котором страдает просодическая сторона звукового потока, фонетическая окраска звуков или неправильная реализация фонематических сигнальных особенностей звукового строя речи (пропуски, замены звуков)». [43]

Понятие дизартрии по мнению К. Беккер и М. Совак звучит так: «дизартрия — это нарушение координации речевого процесса, являющееся симптомом поражения двигательного анализатора и эфферентной системы. При этом нарушается способность членить речь и артикуляцию в целом». [7]

Оба понятия важны, так как первое основано на внешних проявлениях патологии, а второе указывает на наличие дизартрии как симптома поражения центральной и периферической нервной системы.

Таким образом, в современной литературе выделяется следующее понятие дизартрии. Дизартрия — нарушение звукопроизношения и просодической стороны, обусловленное органической недостаточностью иннервации мышц речевого аппарата. Это определение раскрывает, прежде всего, симптоматику этого нарушения и его механизм. [22]

Виды дизартрии: мозжечковая, корковая, подкорковая, бульбарная и псевдобульбарная.

Классификация дизартрии по степени выраженности: анартрия (отсутствие или утрата способности формирования речи, при этом сохранено понимание написанного или услышанного), грубая дизартрия (речь непонятна окружающим), дизартрия средней степени выраженности (речь в целом понятна окружающим, но имеет нарушение произношения и просодии), дизартрия легкой степени выраженности (стертая дизартрия – речь имеет минимальные дизартрические расстройства).

Наиболее часто встречается в старшем дошкольном возрасте стертая дизартрия. Она проявляется в более легкой степени нарушения движений органов артикуляционного аппарата, общей и мелкой моторики, а также в нарушениях произносительной стороны речи – она понятна для окружающих, но нечеткая.[9]

Л.В. Лопатина говорит, что стертая дизартрия — это речевая патология, имеющая такие проявления, как нарушения фонетического и просодического компонентов речевой функциональной системы.» Стертая дизартрия возникает в результате невыраженного микроорганического поражения головного мозга ребенка. [26]

О.А. Токарева впервые ввела понятие «стертая дизартрия» в логопедическую практику. Автор описывает симптомы «стертой дизартрии» в виде легких (стертых) проявлений «псевдобульбарной дизартрии». Отличается стертая дизартрия от псевдобульбарной дизартрии особой сложностью преодоления этих проявлений.[26]

При первичном обследовании артикуляционного аппарата у детей со стертой дизартрией язык в состоянии покоя занимает различные положения в полости рта. Иногда наблюдается западение левой или правой половины языка. При побуждении к действию он становится узким, длинным и выпячивается из своего положения. Такое действие происходит в результате изменения мышечного тонуса в одной или обеих половинах языка. [32]

В работе М.П. Давыдовой стертую дизартрию определяет как нарушение звукопроизношения, обусловленное избирательной неполноценностью отдельных двигательных функций речедвигательного аппарата. Кроме того, автор утверждает, что причиной нарушений звукопроизношения является слабость и вялость артикуляционных мышц. При этом нарушения звукопроизношения могут иметь различную природу, но основным симптомом данного нарушения является нечеткость артикуляции в потоке речи. [18]

Нарушения звукообразующей стороны речи у детей при стертой дизартрии выражаются в искажении, замене, смешении, а также в пропусках звуков. Нарушения звукопроизношения и просодических компонентов речи возникают вследствие органической недостаточности иннервации мышц речевого аппарата.

Нарушения звукообразующей стороны речи при дизартрии проявляются в повышении мышечного тонуса артикуляционных мышц при всех видах активных движений. Такая особенность способствует усилению дизартрических расстройств.

Нарушения артикуляционной моторики препятствуют правильному формированию произносительной стороны речи и вызывают нарушения фонематического восприятия. В результате у ребенка возникают проблемы со звуковым анализом слов, а также искажения звуко-слоговой структуры слова.

В работах Е.М. Мастюковой, написано, что причинами стертой дизартрии могут быть легкая асфиксия, родовая травма и другие неблагоприятные факторы пренатального, натального и постнатального периодов в легкой форме.

Исследователи, изучающие стертую дизартрию Г.В. Гуровец и С.И. Маевская полагают, что основная связь с рассматриваемым дефектом речи заключается в трудности воспроизведения артикуляционного рисунка и переключаться с одного звука на другой. Нарушения фонетического

произношения обусловлены нарушениями фонетических операций. Для детей со стертой дизартрией характерно патологическое формирование артикуляционной базы.

В качестве основы артикуляционных расстройств являются легкие остаточные нарушения иннервации. Ограничение объема произвольного движения артикуляционных мышц, изменение их тонуса, различные виды синкинезии и расстройств координации, тремор языка и губ обусловлены недостаточностью артикуляционной моторики и выявляются только при специальном детальном обследовании, так считают Е.Н. Правдина-Винарская и М.Б. Эйдинова. [34]

О.А. Токарева отмечает, что достижение точности и четкости речевой моторики затруднено из-за недостаточной активности мышц языка и губ. Кандидат педагогических наук считает, что регулярные долгосрочные тренировки могут быть эффективными, однако общее произношение остается недостаточным. [38]

По словам Т.Б. Филичевой, внешние симптомы легкой дизартрии схожи с симптомами сложной дислалии, которая усугубляется фонематическим недоразвитием. Различия заключаются в боковом произношении многих фонем, гиперсаливации во время разговора и неспособности поддерживать определенную артикуляционную позу в течение длительного периода времени. Прежде чем язык примет необходимое положение, он совершает ненужные движения (становится длинным и узким, резко высовывается вперед). Во время речи движения языка недостаточны по силе и точности. Вялость языка обусловлена наличием гиперкинезов. Это свидетельствует о нарушении тонуса мышц языка. Причиной этого является мышечная недостаточность и нарушение иннервации артикуляционных органов. [40]

Р.И. Мартынова считает, что проявления стертой дизартрии схожа со сложной дислалией. Автор указывает на выявление симптомов поражения центральной нервной системы, имеющих органическую природу и

проявляющихся в скрытых параличах, нарушениях мышечного тонуса, выявлении патологических рефлексов и гиперкинезов артикуляционной и мимической мускулатуры. Сила мышц удовлетворительная, но не сразу включается в активное сопротивление. Активные движения неуклюжи, не дифференцированы и медлительны, хотя ребенок может выполнять их в полном объеме. [31]

При стертой дизартрии язык характеризуется слабой пластичностью, его можно сузить или, наоборот, распластать. Часто наблюдается напряжение языка, невозможность расслабиться и постоянная подвижность. Или, наоборот, наблюдается вялость и малая подвижность. [9]

Р.А. Белова-Давид отметила незначительные симптомы пирамидной недостаточности, которые проявлялись в тонусных нарушениях, анизорефлексии, заключающейся в различной интенсивности сухожильных и кожных рефлексов левой и правой половин тела. Эти симптомы являются возможными нарушениями центральной нервной системы органического характера. Для детей со стертой дизартрией характерны сутулая походка с расставленными ногами и двигательная неловкость. Движения характеризуются медленным или импульсивным темпом. Двигательная практика характеризуется организационными трудностями, но в то же время в процессе обучения ребенка можно наблюдать постепенное развитие движений, которые ранее были ему недоступны. [8]

У детей со стертой дизартрией часто наблюдается слабость правой руки. При еде, рисовании и письме многие дети пользуются левой рукой, лучше прыгают на левой ноге и пинают ею мяч. Такие действия обуславливаются проявлением негрубого паретического состояния мышц. [8]

Для детей со стертой дизартрией характерны задержка готовности руки к письму, затруднения в зрительной деятельности и плохой почерк. Они не могут правильно держать ручку и карандаш и неуклюже пользуются ножницами. Характерной особенностью является затруднение выполнения

физических упражнений и танцев. Педагоги часто жалуются на неуклюжесть детей со стертой дизартрией, неспособность четко выполнять различные двигательные упражнения, трудности с сохранением равновесия при стоянии на одной ноге.

Очень важным моментом является вопрос диагностики стертой дизартрии. Э. Я. Сизова в своей работе использует нейрофонетическую характеристику методов диагностики стертой дизартрии. Автор считает, что причинами нарушений произношения при данном речевом расстройстве являются нарушения в развитии центральной нервной системы, имеющие «смазанный» характер. [36]

Выявление речевых и неречевых симптомов важно для правильной диагностики невнятной дизартрии. Ряд авторов полагают, что при постановке диагноза особое внимание следует уделять физическому развитию ребенка, а также его психологическому, образовательному и неврологическому статусу. Р.И. Мартынова характеризует детей с нечеткой дизартрией как отстающих в физическом развитии. У них наблюдаются нарушения центральной нервной системы, которые в большинстве случаев носят мозаичный характер. Для таких детей характерны нечеткая неврологическая симптоматика, умственная отсталость и нарушения высших психических процессов. [31]

Из двигательных нарушений у детей со стертой дизартрией отмечается задержка развития двигательных функций (сидения, ползания, ходьбы, хватания предметов и т. д.).

В своих исследованиях Л.В. Лопатина обнаружила наличие очаговых неврологических симптомов и минимальную мозговую дисфункцию у детей с рассматриваемым нарушением речи. Для таких детей характерны плохая социальная адаптация, нарушение интересов и внимания, частая отвлекаемость при умственной работе, быстрая утомляемость, вялость, нежелание выполнять задания, негативизм. [27]

Поэтому наличие неврологической симптоматики и особенности познавательной деятельности детей дошкольного возраста со стертой дизартрией предполагают специально организованную психолого-педагогическую помощь данной категории детей.

В целом, можно отметить, что дети со стертой формой дизартрии – это дети, имеющие отклонения в развитии речи при нормальном слухе и сохранном интеллекте.

### 1.3 Особенности артикуляционного праксиса у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией

Многие авторы рассматривают проблемы симптоматологии дизартрических нарушений речи, при которых наблюдается «размытость» или «стирание» артикуляции. Такими авторами научных работ являются: Г.Г. Гуцман, О.В. Правдина, Л.В. Мелехова, О.А. Токарева и Р.И. Мартынова. [14,31,34 38,]

Дети со стертой дизартрией демонстрируют патологические особенности артикуляционного аппарата.

Паретичность мышц артикуляционных органов выражается следующим образом: лицо гипомиметично, мимические мышцы при пальпации вялые; многие дети не сохраняют позу закрытого рта, так как нижняя челюсть не фиксируется в поднятом состоянии из-за слабости жевательных мышц; губы вялые, уголки рта опущены; При разговоре губы остаются расслабленными и необходимая лабиализация звуков не осуществляется, что ухудшает просодическую сторону речи. Язык при паретических явлениях тонкий, расположен на дне полости рта, вялый, кончик языка малоподвижен. При функциональной нагрузке (артикуляционные упражнения) мышечная слабость усиливается.[11]

Спастичность мышц артикуляционных органов проявляется следующим образом: лицо амимическое, мышцы лица жесткие и напряженные на ощупь. Губы такого ребенка постоянно находятся в

полуулыбке: верхняя губа прижата к деснам. При разговоре губы не участвуют в артикуляции звуков. Многие дети с такими симптомами не умеют выполнять артикуляционное упражнение «трубочка», т. е. вытягивание губ вперед и т. д. Язык при спастическом симптоме часто имеет измененную форму: толстый, без выраженного кончика, мало подвижности.

Гиперкинезы при стертой дизартрии проявляются в виде тремора, дрожания языка и голосовых связок. Тремор языка возникает при функциональных пробах и стрессе. Например, если попросить ребенка держать широкий язык на нижней губе и считать от 5 до 10, язык не может сохранять состояние покоя, возникают тремор и легкий цианоз (т. е. посинение кончика языка), а в некоторых случаях язык крайне беспокойный (волны катятся вдоль или поперек языка). В этом случае ребенок не может удерживать язык вне полости рта. Гиперкинез языка часто сопровождается повышением тонуса мышц артикуляционного аппарата. Апраксия при стертой дизартрии одновременно проявляется в невозможности выполнения произвольных движений руками и артикуляционными органами. В артикуляционной системе апраксия проявляется в невозможности выполнять определенные движения или переключаться с одного движения на другое. Кинетическая апраксия может наблюдаться, когда ребенок не может плавно перейти от одного движения к другому. У других детей наблюдается кинестетическая апраксия, при которой ребенок совершает хаотичные движения и «нащупывает» необходимую артикуляционную позу.[27]

Девиация, т.е. отклонение языка от средней линии также показывает во время артикуляционных тестов и при функциональной нагрузке. Отклонение языка сопровождается асимметрией губ при улыбке и сглаживанием носогубная складка.

Гиперсаливация (повышенное слюнотечение) бывает только обнаружен во время речевой активности. Дети не могут справиться с

потоком слюны, не глотают слюну и страдает произносительная сторона языка и просодия. При исследовании двигательной функции артикуляционного аппарата у детей со стертой дизартрией определяется способность выполнять все артикуляционные пробы, т. е. дети выполняют все артикуляционные движения в соответствии с инструкцией, например: надувание щек, шелканье языком, улыбка, вытягивание губ «трубочкой» и т. д. При анализе качества выполнения этих движений можно отметить следующее: размытость, нечеткость артикуляции, слабое напряжение мышц, аритмичность, снижение амплитуды движения, кратковременное удержание определенной позы, уменьшение амплитуды движений, быстрая мышечная утомляемость и т. д. При функциональном напряжении качество артикуляционных движений существенно снижается. Это приводит к искажению звуков в речи, их смещению и ухудшению просодической стороны речи в целом. Движения мимических мышц и артикуляционного аппарата характеризуются быстрой утомляемостью, низким качеством, недостаточной точностью и плавностью. Часто нарушаются дифференцированные движения кончика и спинки языка, а также губ. У некоторых детей может наблюдаться скованность и неспособность выполнять сложные движения, в то время как у других могут наблюдаться двигательное беспокойство, гиперкинез языка, лицевых мышц и синкинезии. У детей со стертой дизартрией нарушена как статическая, так и динамическая сторона артикуляционных движений. [25,28]

В своих работах, известный логопед Л.В. Мелехова, указывает на неточность, слабость движений органов артикуляционного аппарата и их быструю истощаемость. В то же время педагог отмечает, что данные нарушения зачастую выявляются лишь в динамике логопедической работы. Также составитель научных работ об нарушениях речи Р.А. Белова- Давид отметила двигательные расстройства у детей со стертой дизартрией, которые проявляются затруднением в нахождении определенных положений губ и языка, необходимых для произнесения звуков. [8,14]

Доктор педагогических наук Л.В. Лопатина в своих работах отмечает, что у детей со стертой дизартрией нарушена как статическая, так и динамическая сторона артикуляционных движений. Среди движений, отражающих состояние статической координации, наиболее трудными для выполнения являются произвольные движения языка, что выражается либо в некоторой скованности движений, невозможности выполнения более сложных движений, либо в двигательном беспокойстве, наличии гиперкинезов языка, при затруднении или невозможности найти и сохранить определенное положение при наличии синкинезии. Среди движений, отражающих состояние динамической координации, наиболее сложными для выполнения являются задания, связанные с изменением движений. Изменения в движении часто выполняются с трудом, с длительным поиском артикуляции, в неполном объеме, в замедленном темпе, с появлением сопутствующих движений в мимических мышцах, с нарушением легкости и плавности, запоминания и воспроизведения двигательные серии, с наличием персевераций и перестроек.[28]

Еще сложнее обстоит дело с возможностью одновременного выполнения движений. В большинстве случаев совершаются быстрые, хаотичные движения языком, часто сменяемые движениями головы вперед; координация нарушается из-за потери индивидуальных двигательных связей.

При тщательном обследовании и использовании функциональных нагрузок (повторные движения, силовые нагрузки) у детей со стертой дизартрией, исследователь Р.И. Мартынова выявила, симптомы органического поражения центральной нервной системы в виде стертых парезов, изменений мышечного тонуса, гиперкинезов конечностей. мимические и артикуляционные мышцы, патологические рефлексy. [31]

Исследования артикуляционной моторики у детей со стертой дизартрией Л.В. Лопатина и Н.В. Серебрякова показало, что у всех детей со стертой дизартрией наблюдается нарушение функции мышц,

иннервируемых нижними ветвями тройничного, лицевого, подъязычного и языкоглоточного нервов.[28]

При исследовании функции тройничного нерва выяснилось, что большинство детей не способны в полной мере воспроизводить движения челюсти. Выполняемые ими движения характеризовались неточностью и нечеткостью и совершались с синкинезией, что проявлялось в дополнительных движениях губ и языка. Некоторые дети не могли совершать движения челюстью из стороны в сторону и заменяли их активными движениями губ или языка в полости рта. И только у небольшого числа детей был нарушен только объем данного движения.

Исследование функции лицевого нерва Л.В. Лопатиной и Н.В. Серебряковой обнаружило, что у всех детей наблюдаются движения артикуляционных мышц, иннервируемых этим нервом. Однако у некоторых детей движения обычно выполняются неполностью, неточно, со сниженным мышечным тонусом при синкинезии. Во всех случаях также наблюдались трудности в поддержании артикуляционной позы. Нарушение функции лицевого нерва проявлялось в невозможности или затруднении выполнения мимических движений. У детей обнаружена асимметрия лицевых нервов (VII пара), по данным Р.И. Мартыновой, такой дефект происходил в основном за счет сглаживания правой или левой носогубной складки. [31]

Р.И. Мартынова утверждает, что основное нарушение функции черепных нервов связано с поражением подъязычного нерва (XII пара), что проявляется в виде некоторого ограничения боковых движений языка и гиперкинезов. Повторные движения языка вверх, вперед и в стороны приводят к быстрому утомлению, которое проявляется замедлением скорости движения, а иногда и легким посинением кончика языка. Все эти расстройства обусловлены параличом мышц языка.[31]

Исследование функции подъязычного нерва Л.В. Лопатиной, Н.В. Серебряковой показало, что не у всех детей наблюдаются движения мышц,

иннервируемых этим нервом. Значительные затруднения вызывают такие движения, как высовывание языка и удержание его в неподвижном состоянии, поднятие и опускание кончика языка, удержание языка в широком и узком состоянии. Выполнение этих движений характеризуется нарушением объема выполняемых движений, беспокойством языка, тремором кончика языка, снижением мышечного тонуса, наличием синкинезии и затруднением поддержания определенной позы, что отмечается авторами исследования.[28]

Исследование функции языкоглоточного нерва показало, что у детей со стертой дизартрией в большинстве случаев наблюдается недостаточное поднятие мягкого неба, в некоторых случаях с отклонением язычка в сторону. Задания, связанные с переключением движений, выполнялись с трудом, с длительным поиском артикуляции, в неполном объеме, в замедленном темпе, с появлением сопутствующих движений мимической мускулатуры, с нарушением легкости, плавности, с появлением персевераций и перестановки.

Способность выполнять одновременные движения была значительно нарушена. В большинстве случаев совершались быстрые, хаотичные движения языком, иногда движения языка заменялись поступательными движениями головы. Среди движений, отражающих состояние статической координации, наиболее трудными для выполнения являются произвольные движения языка и динамическая координация — воспроизведение одновременных движений. [12]

Таким образом, при изучении методической литературы можно выделить основные нарушения артикуляционной моторики у детей дошкольного возраста со стертой дизартрией: парезы, спастичность, гиперкинезы, апраксия, девиация, гиперсаливация и др.

## Выводы по 1 главе

Артикуляционный праксис самый сложный вид праксиса, в психолого-педагогической литературе звучит как, умение произносить звуки речи и их ряды (слова). По мнению А.Р. Лурия, артикуляционного праксиса существует два типа афферентный и эфферентный. Афферентный артикуляционный праксис — это способность воспроизводить изолированные звуки речи, их артикуляционные позиции (позы), которые также часто называют речевыми кинестезиями или артикуломами. Эфферентный артикуляционный праксис — это способность произносить ряд речевых звуков. Эфферентный артикуляционный праксис принципиально отличается от афферентного тем, что требует умения переключаться с одной артикуляционной позы на другую.

В первый год жизни ребенок подготавливается к самостоятельному речевому развитию. Развитие артикуляционного праксиса в норме начинается развиваться самостоятельно с первого года жизни и полностью формируется к 5 годам. Для развития звукопроизношения происходят существенные анатомо-физиологические изменения в дыхательном, голосовом и артикуляционном отделах речевого. Развитие артикуляционного праксиса взаимосвязано с развитием речевых функций и происходит вместе с онтогенезом речи.

Л.В. Лопатина пишет, что стертая дизартрия — это речевая патология, имеющая такие проявления, как нарушения фонетического и просодического компонентов речевой функциональной системы. Стертая дизартрия возникает в результате невыраженного микроорганического поражения головного мозга ребенка.

В качестве основы артикуляционных расстройств являются легкие остаточные нарушения иннервации. Ограничение объема произвольного движения артикуляционных мышц, изменение их тонуса, различные виды синкинезии и расстройств координации, тремор языка и губ обусловлены

недостаточностью артикуляционной моторики и выявляются только при специальном детальном обследовании, так считают Е.Н. Правдина-Винарская и М.Б. Эйдинова [34].

Причины стертой дизартрии у детей: легкая асфиксия, родовая травма и другие неблагоприятные факторы пренатального, натального и постнатального периодов в легкой форме, так считала Е.М. Мастюковой.

О.А. Токарева отмечает, что регулярные долгосрочные тренировки могут быть эффективными. Очень важным моментом является вопрос диагностики стертой дизартрии.

В целом, можно отметить, что дети со стертой формой дизартрии – это дети, имеющие отклонения в развитии речи при нормальном слухе и сохранном интеллекте.

При изучении методической литературы можно выделить основные нарушения артикуляционной моторики у детей дошкольного возраста со стертой дизартрией: парезы, спастичность, гиперкинезы, апраксия, девиация, гиперсаливация и др.

## **ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО РАЗВИТИЮ АРТИКУЛЯЦИОННОГО ПРАКСИСА У СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СО СТЕРТОЙ ДИЗАРТРИЕЙ**

2.1 Организация и методика исследования артикуляционного праксиса у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией

После изучения и анализа специальной литературы было организовано и проведено экспериментальное исследование.

Экспериментальное исследование проводилось в городе Троицке, Челябинской области на базе муниципального бюджетного дошкольного образовательного учреждения детского сада № 11 г. Троицк, Челябинская область в старшей группе компенсирующей направленности для детей с тяжелыми нарушениями речи «Непоседы».

В эксперименте участвовало 6 детей в возрасте 5-6 лет с диагнозом по ПМПК «общее недоразвитие речи 3 уровня», стертая форма дизартрии. Испытуемые были отобраны на основе заключений ПМПК. По заключению психолого-медико-педагогической комиссии все дети были с сохранным интеллектом, слухом и зрением.

Цель исследовательского этапа эксперимента: определить уровень развития артикуляционного праксиса у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией.

В соответствии с целью были определены следующие задачи исследовательского этапа эксперимента:

1. Подбор диагностических заданий для определения уровня развития артикуляционного праксиса у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией.

2. Исследование особенностей артикуляционного праксиса у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией.

3. Определить содержание и направления методических рекомендаций по развитию артикуляционного праксиса у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией.

Принципы логопедического обследования детей со стертой дизартрией:

1. Принцип всестороннего обследования.

Обследование проводится различными специалистами с целью достижения более эффективной коррекционной работы.

2. Принцип индивидуального подхода и дозирования нагрузки во время обследования.

Время исследования и объем используемого материала должны соответствовать возрасту и индивидуальным возможностям ребенка. Если испытуемый устал, результаты могут быть ниже фактических. Это также приводит к негативной реакции, которая может привести к отсутствию желания учиться в будущем.

3. Принцип ясности и эмоциональности обследования.

Обследование должно быть интересным, эмоциональным, живым и вызывать положительные эмоции. Использование того или иного вида наглядного материала зависит от цели и интересов ребенка. Эмоциональность обследования достигается за счет проведения его в игровой форме, использования ярких, красочных материалов и частой смены форм деятельности.

На исследовательском этапе эксперимента были выделены следующие области исследования:

1. Изучение анатомического строения артикуляционного аппарата;

2. Исследование артикуляционной моторики (кинестетической, кинетической и динамической координации артикуляционной моторики;

3. Исследование просодических компонентов языка;

4. Исследование произношения звуков.

Оценить состояние анатомического строения артикуляционного аппарата у детей со стертыми дизартрии помогли методики таких авторов, как Е.Ф. Архиповой, И.Т. Власенко и Г.В. Чиркиной. [3,4] В исследование артикуляционной моторики использовались методики Л.В. Лопатиной и Г.В. Дедюхиной.[28] Для исследования произношения использовались задания и упражнения, включенные в труды Г.А. Волковой. [15,43]

Результаты оценивались количественно и качественно. Для количественной оценки была разработана система оценок (от 0 до 4 баллов).

При исследовании функций артикуляционных органов проводился анализ по следующие параметры:

— состояние мышечного тонуса (дистония, гипотонус, гипертонус);

— способность выполнять произвольные и произвольные движения (апраксия, кинестетическая диспраксия, кинетическая);

— качество артикуляции и мимики (ритм, точность, амплитуда, сила сокращения мышц, количество правильно выполненных движений, время фиксации положение артикуляции, переход от одного движения к другому и т. д.).

Было проведено детальное исследование артикуляционного праксиса осуществленное в комплексе с использованием различных методик и заданий на основе изучение кинестетических и кинетических артикуляционных моторных навыков, а также направлен на динамическую координацию артикуляционных движений.

1. Изучение анатомического строения артикуляционного аппарата включал осмотр органов артикуляционного аппарата, в ходе которого необходимо было описать особенности строения и дефекты анатомического характера следующих органов: губ, зубов, прикуса, строения челюсти, языка, подъязычная уздечка, мягкого неба, твердого неба.

— Губы (толстые, укороченные, расщепление верхней губы, послеоперационные рубцы, норма);

- Зубы (редкие, кривые, мелкие, лишние, вне челюстной дуги, кариозные, недоразвитые, норма);
- Прикус (открытый передний, открытый боковой, норма);
- Строение челюсти (прогения, прогнатия, норма);
- Язык (толстый, распластаный, напряженный, маленький, длинный, узкий, норма);
- Подъязычная уздечка (короткая, натянутая, приращенная, норма)
- Небо (высокое, чрезмерно узкое, плоское, низкое, расщелина твердого неба, расщелина мягкого неба, расщепление альвеолярного отростка, субмукозная расщелина, норма)

## 2. Исследование артикуляционной моторики

Исследование кинестетической артикуляционной моторики.

Процедура проверки. Ребенку предлагается выполнить определенное задание, следуя устным инструкциям, с зеркалом и без него (зеркало убирается).

1. Инструкция: «Повторяйте звуки за мной. Скажите, в каком положении находятся твои губы, когда вы говорите...»

А – ?; И – ?; О – ?; У – ?

2. Инструкция: «Произнесите звуки [т'] и [т] и скажите, где находился кончик твоего языка, когда вы их произносили, вверху или внизу?»

3. Инструкция: «Произнесите [си] – [су], [ки] – [ку] и скажите, как менялось положение ваших губ, когда вы их произносили?»

4. Инструкция: «Произнесите звуки [и], [ш] один за другим перед зеркалом и скажите, какой звук произносится с опущенным кончиком языка, а какой с поднятым кончиком языка?»

5. Инструкция: «Произнесите звуки [т], [д], [н] и скажите мне: «Где находился кончик языка при произношении — за верхними или нижними зубами?»».

Оценка результатов:

- 4 балла – правильный ответ;
- 3 балла – самоисправление или правильный ответ после стимуляции;
- 2 балла – поиск артикуляции, ответ с единичной ошибкой;
- 1 балл – неточный ответ, неточное выполнение задания;
- 0 баллов – нет ответа.

Исследование кинетических артикуляционных моторных навыков.

Процедура проверки. Упражнения выполняются сидя перед зеркалом. Испытуемому предлагается выполнить одно или несколько упражнений в зеркальном отображении логопеда.

Порядок выполнения всех упражнений: «забор» — «окно» — «мост» - «парус» – «лопатка», «вкусное варенье» и т. д. (см. 20 упражнений с функциональная нагрузка).

Для оценки эффективности артикуляционного упражнения, ребенку предлагается использовать артикуляционные органы 5-7 секунд в нужном положении.

1. Инструкция: «Внимательно посмотрите в зеркало и повторите движения за мной»: артикуляционное упражнение называется «Парус», широко откройте рот, поднимите кончик языка к верхним зубам, зафиксируйте это положение и удерживайте его под счет до 5.

2. Инструкция: «Внимательно посмотрите в зеркало и повторите движения, которые показываю я»: артикуляционное упражнение называется «Лопатка», приоткройте рот, язык – широкий, неподвижный опустите на нижнюю губу, зафиксируйте это положение и удерживайте его под счет до 5.

3. Инструкция: «Внимательно посмотрите в зеркало и повторите движения за мной»: артикуляционное упражнение называется «вкусное варенье» – рот открыт, широкий язык охватывает верхнюю губу, а затем медленно перемещается сверху вниз и убирается в полость, выполнение этого упражнения под счет до 7.

4. Инструкция: «Внимательно посмотрите в зеркало и повторите движения за мной»: артикуляционное упражнение называется «Мостик» — рот открыт, широкий, плоский язык лежит на дне ротовой полости. Кончик языка упирается в нижние резцы, зафиксируйте это положение и удерживайте под счет до 5.

5. Инструкция: «Внимательно посмотрите в зеркало и повторите движения за мной»: артикуляционное упражнение называется «Окно» – рот открыт, видны верхние и нижние зубы, зафиксируйте это положение и удерживайте под счет до 5.

Оценка выполнения движений:

— точность выполнения движения (точное выполнение, приблизительное, поиск артикуляции (замена одного движения другим));

— продолжительность удержания артикуляционной позы (достаточная, быстрое истощение);

— симметрия;

— наличие саливации, синкинезии, гиперкинезов.

Оценка результатов:

4 балла – правильное выполнение движения с точным соответствием представленных характеристик;

3 балла – медленное и напряженное исполнение, быстрое истощение;

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

1 балл – выполнение с ошибками, долгий поиск позы, отклонения в конфигурации, гиперсаливации, синкинезии, гиперкинезии;

0 баллов – Невыполнение движения

Исследование динамической координации артикуляционных движения

Процедура проверки. Упражнения выполняются сидя перед зеркалом. Ребенку предлагается выполнить движения в зеркальном отображении логопеда. Ребенку предлагается выполнить упражнения 4–5 раз.

1. Инструкция: «Внимательно посмотрите в зеркало и повторите движения за мной»: артикуляционное упражнение «Качели», поднять кончик языка к верхним резцам, затем опустить его к нижним резцам. Это упражнение повторить 4 раза.

2. Инструкция: «Внимательно посмотрите в зеркало и повторите движения так, как делаю я»: артикуляционное упражнение «Часики», приоткройте рот, высуньте язык, кончиком языка поочередно касайтесь правого, затем левого уголка рта. Это упражнение повторите 5 раз.

3. Инструкция: «Внимательно посмотрите в зеркало и повторите движения за мной»: артикуляционное упражнение «Крестик», приоткройте рот, высуньте язык и поднимите кончик языка к верхней губе, затем опустите его к нижней губе, далее кончиком языка поочередно касайтесь правого, затем левого уголка рта. Повторите это упражнение 4 раза.

4. Инструкция: «Внимательно посмотрите в зеркало и повторите движения так, как делаю я»: артикуляционное движение «Крючок», вытяните язык вперед и одновременно поднимите его кончик вверх. Повторите эти движения 5 раз.

5. Инструкция: «Внимательно посмотрите в зеркало и повторите движения за мной»: артикуляционное движение «Качка», одновременно двигайте нижней челюстью и высунутым языком вправо, а затем влево. Повторите эти движения 4 раза.

Оценка выполнения движений:

- последовательность движений;
- умение переключаться с одного движения на другое;
- инертность, настойчивость;
- скорость движения;
- объем движений (достаточный, ограниченный);
- точность выполнения движения (точное выполнение, приблизительное, поиск артикуляции (замена одного движения другим));
- наличие саливации, синкинезии, гиперкинезов.

Оценка результатов:

4 балла - относительно точное выполнение движений, все движения скоординированы;

3 балла - медленное и напряженное выполнение изменений одно движение к другому;

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

1 балл - выполнение с ошибками, долгий поиск позы, замена одно движение за другим, синкинезия, саливация, гиперкинез;

0 баллов — неспособность выполнить движения.

3 этап. Изучение произношения звуков.

1. Повторение звуков. Цель: Изучение произношения отдельных звуков. Языковой материал: [А], [У], [О], [Ы], [И], [Э], [С], [С'], [З], [З'], [Ц], [Щ], [Ж], [Ш], [Ч], [Л], [Л'], [Р], [Р'], [М], [М'], [Н], [Н'], [Я], [Е], [Е], [Ю],[И].

Инструкция: «Я произношу звуки, а вы их повторяете».

Оценка результатов:

3 балла – произношение звуков не нарушено;

2 балла – нарушено произношение группы звуков;

1 балл – нарушено произношение двух-трех групп звуков;

0 баллов – нарушено произношение всех групп звуков.

2. Повторение слогов. Цель: Изучение произношения звуков в слогах.

Языковой материал СО; СИ; ШУ; ЖА; ЩЕ; ЦИ; ЦА; СЮ; ЗИ; ЗЫ; ЧУ; ЛО; ЛЕ; РА; РЮ; МУ; МЁ; НА; НЮ.

Инструкция: «Я произношу слоги, а вы их повторяете».

Оценка результатов:

3 балла – произношение звуков не нарушено;

2 балла – нарушение произношения группы звуков;

1 балл – нарушение произношения двух-трех групп звуков;

0 баллов – нарушение произношения всех групп звуков.

3. Повторение слов. Цель: изучить произношение звуков в словах.

Языковой материал: кошка, собака, коса, нос, шишка, шахматы, ложка, желудь, ухо, замок, звезда, козел, шоколад, змея, ведро, брюки, лампа, лук, люстра, телефон, рыба, ракета, карета, цветы, яйцо, индеец.

Инструкция: «Назови то, что изображено на картинках».

Оценка результатов:

3 балла – произношение звуков не нарушено;

2 балла – нарушение произношения группы звуков;

1 балл – нарушение произношения двух-трех групп звуков;

0 баллов – нарушение произношения всех групп звуков.

4. Повторение предложений. Цель: изучить произношение звуков в предложениях.

Языковой материал: «У Миши в машине подушка»; «Саша сорвал спелую сливу»; «Заяц взял зеленый зонтик»; «У курицы в цветах яйцо», «Жук жужжит на лужайке»; «У Коли котенок красивый»; «Ящик разлетелся в щепки»; «Филипп смотрит интересный фильм»; «Рома работает в гараже шофером»; «Лиле купили новый телефон»; «Лариса купила лавандовый лак»; «Ребята рисуют снегирей».

Инструкция: «Повторите предложения».

Оценка результатов:

3 балла – произношение звуков не нарушено;

2 балла – нарушение произношения группы звуков;

1 балл – нарушение произношения двух-трех групп звуков;

0 баллов – нарушение произношения всех групп звуков.

Таким образом данные методики позволяет качественно исследовать функции артикуляционного праксиса у детей старшего дошкольного возраста со стертой формой дизартрии: выявить нарушения в мышечном тонусе, определить возможность осуществления произвольных и произвольных движений, оценить качество артикуляционных движений.

## 2.2 Состояние артикуляционного праксиса у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией

На основании комплексных результатов трех диагностик нами определены этапы развития артикуляционного праксиса у детей дошкольного возраста со стертой дизартрией.

Максимальная оценка по всем заданиям двух диагностик — 72 балла.

Результаты диагностики мы рассчитали в процентах и присвоили ему один из трех уровней:

Высокий уровень – 100% – 70% (72-49 баллов);

Средний уровень – 59,9% – 30% (49-24 баллов);

Низкий уровень – 29,9% – 10% (23-0 баллов);

Поэтому полученные в процессе диагностики результаты подвергались точечному и пошаговому анализу. Балльный анализ заключался в подсчете количества баллов за правильные ответы испытуемого и их сравнении. Поэтапный анализ заключался в распределении детей старшего дошкольного возраста по стадиям развития артикуляционного праксиса и звукопроизношения, а также в проведении процентного анализа.

Результаты исследования представлены в таблице 2.1.

Таблица 1 – Результаты исследования артикуляционного праксиса у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией, баллы

№ п \ п	Ф.И. ребенка	Кинестетическая артикуляционная моторика Задания №					Кинетическая артикуляционная моторика Задания №					Динамическая артикуляционная моторика Задания №					Сумма баллов	
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
	Давид А.	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	18
	Дарина Б.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	30
	Василиса И.	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
	Родион К.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
	Елисей П.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	30
	Арина Ш.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	30

Анализ результатов развития артикуляционной моторики по данным Таблицы 2.1. У 3 детей со стертой дизартрией сформированность артикуляционного праксиса составило 30 баллов. У этих детей были незначительные изменения в объеме, силе, точности движений, выявлено наличие изолированных синкинезии. Дети также показали ошибки в организации артикуляционных движений, неспособность сохранять позы, неуверенность в исполнении, нечеткое выполнение артикуляционных поз.

У 3 детей со стертой дизартрией сформированность артикуляционного праксиса составило 18-15 баллов. У этих детей отсутствие удержания поз; выраженные изменения мощности, точности, громкости; трудность изменения речевых движений; наличие девиации языка, синкинезии, гиперсаливации; чрезмерное напряжение мышц, утомляемость движений.

При исследовании артикуляционного праксиса наибольшие трудности у большинства детей возникли при выполнении задания: «Лопатка» поддержание позы с открытым ртом и высунутым «широким» языком. Самым легким заданием был «заборчик». Указанные артикуляционные движение достаточно знакомы детям 5 лет со стертой дизартрией, что можно объяснить также тем, что я обследовала детей в логопедической группе и отработка данных движений проводилась на логопедических занятиях. При выполнении этих движений почти у половины детей возникли трудности с выполнением и поддержанием позы, отклонением языка в сторону при высовывании, подергиванием языка. Наблюдались ограничения в движении языка или неловкость, неточность и невозможность сохранять позу в течение длительного периода времени с достаточным объемом. Произошла чрезмерная саливация и различные типы синкинезии, при выполнении тестов на подвижность артикуляционного аппарата.

Результаты исследования звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией представлены в таблице 2.2, а

результаты исследования звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией, с учетом количества дефектно-произносимых звуков в процентном соотношении в таблице 2.3.

Таблица 2 – Результат исследования звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией, баллы

№ п\п	Ф.И. ребенка	Исследования звукопроизношения, задание №				Сумма баллов
		1	2	3	4	
1.	Давид А.	1	1	1	1	4
2.	Дарина Б.	1	1	1	1	4
3.	Василиса И.	1	1	1	1	4
4.	Родион К.	0	0	0	0	0
5.	Елисей П.	1	1	1	1	4
6.	Арина Ш.	1	1	1	1	4

Таблица 3 – Результат исследования звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией, с учетом количества дефектно-произносимых звуков

Нарушения звукопроизношения	Количество детей (%)
Неправильное произношение одной группы звуков	-
Неправильное произношение двух групп звуков	16,67%
Неправильное произношение трех групп звуков	66,67%
Неправильное произношение четырех и более групп звуков	16,67%

При изучении произношения звуков у детей со стертой дизартрией наибольшие трудности возникли с произношением твердых шипящих [с] и [з]. Они произносили эти звуки межзубно.

Вторым по сложности звуком для них оказались шипящие: [ш] и [ж]. Дети часто заменяли шипящие звуки искаженными свистящими звуками.

Сонорные звуки также произносились большинством детей с нарушением. Среди нарушений произношения звука [л] наиболее распространенными являются нарушения, приводящие к искажению звука [л]. У некоторых детей звук [л] полностью отсутствует. Звук [р] искажается при велярном произношении или заменяется горловым или гортанным звуком.

Твёрдые переднеязычные звуки [т] и [д] произносились межзубно. У некоторых детей наблюдался дефект смягченного произношения [т'] и [д'] - бокового произношения.

При произношении гласных звуков, дети старшего дошкольного возраста со стертой дизартрий, показали недостаточно четко [а] и [у] и смешением звуков [ы] и [и].

У большинства детей со стертой дизартрией наблюдалась смесь звуков – свистящие и шипящие, а также смесь сонорных звуков.

У этих детей также наблюдалось искаженное произношение звуков, в основном свистящих, а также увулярное и велярное произношение звука [р].

У многих детей дошкольного возраста со стертой дизартрией наблюдались стойкие замены одного звука другим (р-л, л-л, л-в, ш-с, ж-з). У некоторых вообще не было звука [л], [л'], [р], [р'].

Можно сделать вывод, что у детей со стертой дизартрией наблюдалась особая связь между смешением, искажением и заменой. Преобладающим типом нарушения произношения является смешение звуков. На втором месте — искажения, на третьем — постоянные замены. У всех детей со стертой дизартрией наблюдалось полиморфное нарушение звукопроизношения. Наиболее распространенным среди них было нарушение произношения трех групп звуков. Результаты этих исследований представлены в таблице 2.4.

Таблица 4 – Количественная характеристика нарушений произношения различных групп звуков

Группы звуков	Количество детей (%)
Свистящие [с, с', з, з', ц]	66,67%
Шипящие [ш, ж, ч, щ]	66,67%
Сонорные [р, р', л, л']	100%
Переднеязычные [т, т', д, д', н, н']	16,67%
Заднеязычные [к, к', г, г', х, х']	16,67%

Проанализировав полученные результаты, мы определили уровень развития артикуляционного праксиса и звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией. Результат исследования представлен в таблице 2.5.

Таблица 5 – Результат исследования уровня развития артикуляционного праксиса и звукопроизношения

№ п\п	Ф.И. ребенка	Артикуляционный праксис, баллы	Звукопроизношения, баллы	Сумма баллов	Уровень
1.	Давид А.	18	4	22	низкий
2.	Дарина Б.	30	4	34	средний
3.	Василиса И.	18	4	22	низкий
4.	Родион К.	15	0	15	низкий
5.	Елисей П.	30	4	34	средний
6.	Арина Ш.	30	4	34	средний

На рисунке 1 представлен уровень сформированности артикуляционного праксиса и звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией.

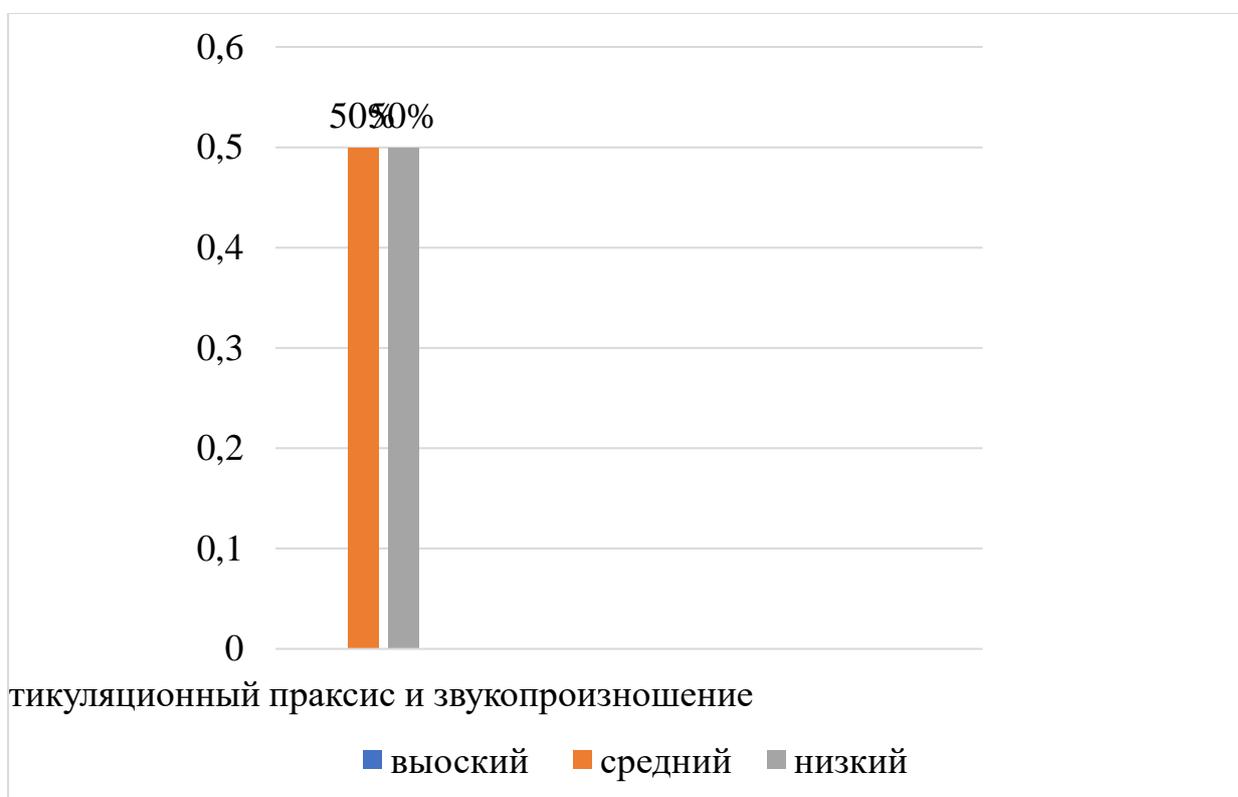


Рисунок 1 – Уровень сформированности артикуляционного праксиса и звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией.

Подводя итоги эксперимента, мы получили следующие результаты развития артикуляционной праксиса и звукопроизношения: у 50% детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией выявлен средний уровень артикуляционной моторики, а у 50% – низкий уровень. Таким образом, у детей со стертой дизартрией выявлены следующие особенности артикуляционного праксиса: снижение объема, точности, силы

артикуляционных движений, утомляемость; некоторые артикуляционные позы недоступны; наличие синкинезии и гиперсаливации; трудности в развитии артикуляционного рисунка и проблемы переключения; отклонения языка. Нарушения развития артикуляционных двигательных навыков выражались в ограничении подвижности артикуляционных мышц, нарушение мышечного тонуса, возникновение непроизвольных движений (гиперкинезия, тремор), нарушение координации, трудности при поддержании определенной позы возникновение частых и разнообразных синкинезии. Активные движения ограничены, спастичность мышц языка, наблюдались вынужденные непроизвольные движения, неправильные артикуляционные положения.

Анализ экспериментальных данных показал, что особенность количественных нарушений звукопроизношения у детей дошкольного возраста со стертой дизартрией обусловлена артикуляционной сложностью звуков. Акустические свойства также играют важную роль. Как видно из таблицы 2, наиболее распространенными нарушениями произношения у детей экспериментальной группы были сонорные звуки [р, р', л, л'], которые являются наиболее яркими в акустическом плане и наиболее сложными в артикуляционном плане. За ними следуют группы свистящих и шипящих звуков. В отличие от сонорных, звуки, входящие в эти группы, акустически близки друг к другу. В отличие от шипящих звуков, которые менее подвержены влиянию, чем шипящие, и акустически ближе друг к другу. Хотя шипящие звуки акустически похожи, они все же более противоречивы, чем свистящие. Группы акустически близких звуков усваиваются хуже, чем группы акустически более ярких, но и более сложно артикулируемых звуков. Эту связь можно объяснить наличием определенных нарушений слухового восприятия речи у детей, при которых акустическая близость звуков отрицательно влияет на формирование правильного произношения. Наиболее характерным симптомом для детей со стертой дизартрией является нарушение произношения, которое одновременно проявляется в

искажении и отсутствии различных групп звуков. На втором месте по распространенности находятся нарушения звукопроизношения, характеризующиеся различными видами искажений нескольких групп звуков. Далее следуют нарушения произношения, которые характеризуются однотипным искажением различных групп звуков.

2.3 Коррекционная работа по преодолению нарушений артикуляционного праксиса у детей старшего дошкольного возраста

Учитывая структуру дефекта при стертой дизартрии, рекомендуется планировать коррекционно-педагогическую работу по следующим направлениям:

- нормализация мышечного тонуса мимической и артикуляционной мускулатуры
- нормализация моторики артикуляционного аппарата
- нормализация динамики речедвигательного аппарата.

Коррекционно-педагогическая работа должна основываться на специальных принципах:

1. Принцип системности. Язык представляет собой сложную функциональную систему, структурные компоненты которой тесно взаимодействуют друг с другом. Таким образом, процесс коррекции предполагает воздействие на все компоненты системы речевых функций.

2. Этиопатогенетический принцип предполагает учет механизмов нарушения, выявление ведущих нарушений и взаимосвязи речевых и неречевых симптомов в структуре дефекта.

3. Принцип опоры на закономерности онтогенетического развития предполагает учет последовательности формирования психических функций, происходящей в онтогенезе. Таким образом, порядок проработки звуков определяется порядком их появления в онтогенезе.

4. Принцип развития (с учетом «зоны ближайшего развития» по Л.С. Выготскому) предполагает постепенное усложнение задач в процессе коррекционно-педагогической работы.

5. Принцип дифференцированного подхода предполагает учет этиологии, механизмов, симптоматики нарушений, возрастных и индивидуальных особенностей каждого ребенка и находит отражение в организации индивидуальных, подгрупповых и фронтальных занятий.

6. Принцип комплексного подхода. Коррекцию артикуляционной моторики следует проводить комплексно. Все специалисты работают под руководством учителя-логопеда, который является организатором и координатором всей коррекционно-развивающей работы. Педагоги закрепляют полученные знания, отрабатывают навыки до тех пор, пока они не станут автоматизированными, и интегрируют цели, содержание и технологии логопедии в повседневную жизнь ребенка (игру, работу и обучение). Музыкальный руководитель подбирает произведения музыкальной терапии и вводит их в повседневную жизнь ребенка. Занятия логоритмикой совершенствуют артикуляционные мышцы, выразительность мимики, дыхание, голос и просодическую сторону речи. Педагог-психолог проводит на своих курсах психомоторные упражнения.

Для развития артикуляционного праксиса у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией нами были предложены следующие формы и методы работы:

- дыхательные упражнения(гимнастика);
- артикуляционный массаж;
- артикуляционная гимнастика;
- логоритмика.

#### 1. Дыхательная гимнастика.

Работу по нормализации речевого дыхания рекомендуется проводить в три этапа:

1. Установление диафрагмально-реберного дыхания и формирование длительного ротового выдоха.

2. Различие между ротовым и носовым выдохом.

3. Формирование речевого дыхания. Установление диафрагмального дыхания и формирование длительного ротового выдоха.

При таком типе дыхания грудная клетка полностью расширяется, все области легких максимально вентилируются. Напряжение нижней части межреберные мышцы позволяют диафрагме оставаться в сокращенном состоянии, что обеспечивает спокойный, ровный выдох.

Для формирования дыхания рекомендуем использовать модифицированные методики гимнастики А.Н. Стрельникова. [44] Эта гимнастика способствует увеличению объема вдоха и диафрагмального выдоха. Каждое движение соответствует определенным фазам дыхания. Вдохи выполняются с помощью движений, сжимающих грудную клетку. Вдох должен быть максимально активным, выдох — пассивным. В отличие от традиционных дыхательных упражнений, короткий, шумный вдох выполняется через нос со слегка сомкнутыми губами. Выдох происходит свободно через рот.

Все упражнения ритмичны. Каждое из них выполняется 8 раз, после паузы в 3–5 секунд рекомендуется перейти к следующему. Общая продолжительность гимнастики — 5–6 минут. В начале обучения освоил упражнение. Каждый последующий день добавляется еще один. Весь комплекс состоит из 11 упражнений (Приложение 1).

Дифференциация ротового и носового выдохов.

Выполняя упражнения, ребенок должен научиться почувствовать разницу в направлении воздушного потока. Для этого были созданы три комплекса упражнений (Приложение 2).

Первое предложение направлено на установление прочных выдохов через нос или рот и их чередование. Укрепленный выдох предназначен для формирования произношения щелевых согласных – ф, в, с, з, ш, ж, щ, х.

Второй комплекс предназначен для обеспечения импульсивного выдоха через нос или рот и чередованием одним и другим. Импульсивный

выдох предназначен для формирования произношения смычных согласных – к, г, д, т, б, п.

Третий комплекс призван помочь выработать совмещать укрепленный и импульсивный выдох. Это необходимо для произношения аффрикат ч, ц и групп согласных звуков разного способа образования (пл, тс, вр и т. д.).

После отработки первого комплекса необходимо последовательно переходить к последующим.

Главной особенностью этих комплексов является комбинирование дыхательных упражнений с работой артикуляционного и речевого аппарата, что способствует развитию координации дыхания, голоса и артикуляции.

Формирование речевого дыхания.

Развитие речевого дыхания имеет большое значение для беглости речи. Работы на этом этапе выполняются последовательно. Сначала осуществляется распределение выдоха при речи, а затем — вдыхание воздуха.

Распределение выдоха заключается в овладении способностью сознательно делить объем выдыхаемого воздуха на равные части. Распределение выдоха важно для правильного деления фразы на обязательные интонационно-смысловые единицы языка – синтагмы.

Сначала проводятся специальные упражнения со слогами. Они должны быть составлены с одним из согласных звуков: сначала с тем же, а затем использовать разные гласные. Слоги произносятся громко, отрывисто, равномерно, на одном дыхании. Их количество можно постепенно увеличивать.

Умение произносить слоги на выдохе затем переносится на слова, фразы и предложения. Каждое расширение «цепочки» на одно слово следует практиковать в среднем в течение одной недели, но можно и чаще. Вдох необходим для того, чтобы ребенок мог быстро, энергично и, главное, незаметно для слушателей пополнять запас воздуха в каждой подходящей

паузе. Рекомендуется сначала выполнять упражнения с детскими стишками. Затем дыхание усиливается с использованием стихотворного материала. Необходимо выдыхать новую порцию воздуха после каждой строки, сохраняя связность текста. Между словами и во время пауз не должно быть никакой утечки воздуха. Для самоконтроля ребенок должен положить ладонь на грудь и почувствовать, как она поднимается при вдохе.

Дыхательную гимнастику следует проводить со всеми детьми, независимо от типа нарушения речи. Только скорость усвоения материала на втором и третьем этапах и отбор языкового материала будет варьироваться. Необходимо учитывать особенности произношения каждого ребенка, т.е. по возможности исключить неправильно произносимые звуки (Приложение 3).

## 2. Артикуляционный массаж

Артикуляционный массаж направлен на нормализацию тонуса мимических и артикуляционных мышц при речедвигательных нарушениях.

Дифференцированный массаж в логопедической работе с детьми осуществляется с использованием различных методик. У детей с дизартрией с целью активизации иннервации мимических мышц лица, преодоления мимики лица и малой подвижности артикуляционного аппарата проводят массаж всей мимической мускулатуры лица с целью уменьшения степени выраженности речедвигательных нарушений. Массаж способствует нормализации тонуса мышц лица и артикуляционного аппарата, устранению дисплазии вследствие легкого пареза мышц челюстно-лицевой области, расширению двигательных навыков артикуляционного аппарата.

Техника проведения логопедического массажа указана в работах таких авторов, как: А.Г. Ипполитовой, Л.В. Лопатиной, Е.М. Мастюковой, О.В. Правдиной и др. [15,28,34]

Дифференцированный логопедический массаж следует проводить с учетом характера артикуляционно-двигательных нарушений, выявленных у детей со стертой дизартрией. В зависимости от тонуса мышц применяются

релаксационные методики (для снятия спастического напряжения мышц) или тонизирующий массаж (для активации мышечного тонуса). Для расслабления мышц массажные движения выполняются в медленном, спокойном темпе, а при стимуляции темп движений ускоряется. Как релаксационный, так и тонизирующий массаж используют такие приемы массажа, как поглаживание, растирание, разминание и надавливание (точечное воздействие). Для стимуляции мышц использовались вибрация, различные виды ударных приемов (поколачивание, постукивание), пощипывание и покалывание.

Логопедический массаж может включать две основные группы массажных приемов:

- воздействие на область лица и нижней челюсти;
- влияние на органы полости рта.

Массаж подвижных артикуляционных органов включает:

- массаж языка;
- массаж мягкого нёба.

Массаж языка заключается в воздействии на мышцы языка с помощью пальцев, чайной ложки или шпателя, а также ватной палочки, зубной щетки, зондов (регулируемые зонды Е.Ф. Рау или массажные зонды Е.В. Новиковой).

Массаж мягкого неба можно выполнять большим пальцем. Мягкое нёбо массируют спереди назад ладонной стороной большого или указательного пальца.

Также можем использовать логопедический самомассаж мышц артикуляции (Приложение 4). Самомассаж — один из видов пассивной гимнастики, выполняемой самим ребенком. Является дополнительным методом основного массажа и проводится перед активной гимнастикой. При работе с детьми, страдающими стертой формой дизартрии, проводится самомассаж лица, шеи, ушей и языка. Самомассаж можно проводить несколько раз в день. Учитель-логопед показывает детям упражнения

массажа на себе и комментирует их. Детям дошкольного возраста на первом этапе необходим зрительный контроль (наличие зеркала), затем можно обойтись без него при выполнении упражнений.

Одно упражнение можно повторять от 3-4 до 6-8 раз. Продолжительность самомассажа для детей старшего дошкольного возраста может составлять от 5-7 до 15-20 минут.

### 3. Артикуляционная гимнастика.

Поскольку язык связан с движениями речевого аппарата, артикуляционная гимнастика играет большую роль. Важность артикуляционной гимнастики оправдано, поскольку произношение звуков речи является сложным двигательным процессом.

Целью артикуляционной гимнастики является развитие правильного и полноценного движения артикуляционных органов, необходимых для правильного произношения звуков и сочетание простых и сложных артикуляционных моделей различных звуков.

В комплексе артикуляционной гимнастики различают пассивные и активные артикуляционные упражнения.

#### Пассивная артикуляционная гимнастика.

Метод пассивной гимнастики наиболее эффективен у детей с существующими произвольными движения, которые необходимо закреплять путем систематического повторения.

Ребенок наблюдает за движениями артикуляционных органов у себя (в зеркале) и у учителя-логопеда, слышит звук стопа (для звука м), звук кашля (для звука к). Движения сначала выполняются вместе с логопедом, затем после показа в рефлексии. Это обеспечивает постепенный переход к самостоятельному исполнению. С помощью взрослого или при помощи механической опоры ребенок воспроизводит желаемое положение артикуляционных органов и тем самым более отчетливо ощущает движения языка, губ и т. д. Постепенно создается возможность совершать активные самостоятельные движения.

Для пассивной гимнастики артикуляционных органов используется механическая опора (пальцы учителя-логопеда, специальные зонды, ватные палочки и шпатели). Возможно выполнение упражнений рукой ребенка (с контролем перед зеркалом). Движения должны быть медленными, плавными, ритмичными и с постепенным увеличением амплитуды. Например, ребенок шире открывает рот, тщательно вымытый большой палец правой руки помещен на нижние зубы и четыре пальца – под подбородком. Или язык вытягивается дальше, кончик языка покрывают марлевой повязкой, и ребенок рукой выталкивает его вперед.

Когда пассивные движения станут менее трудными, механическую поддержку можно уменьшить и перейти к сохранению достигнутой позиции.

В это время выделение слюны начинает уменьшаться. Ребенка просят производить жевательные движения со слегка запрокинутой назад головой.

#### Активная артикуляционная гимнастика

В зависимости от типа дефекта звука применяется тот или иной комплекс артикуляционных упражнений. Артикуляционные упражнения могут быть безмолвными – без голоса – и с участием голоса.

Обычно они начинаются с движений путем подражания, а если последние невозможны – с пассивных движений, т. е. движения, выполняемые с механической помощью. Пассивные движения постепенно переходят в пассивно-активные, а затем в активные (самостоятельные) движения со зрительным контролем перед зеркалом. В процессе автоматизации развивается кинестетическое ощущение каждого движения и постепенно исчезает необходимость в зрительном контроле, движение становится легким, правильным, привычным и может выполняться в любом темпе.

При составлении комплекса артикуляционных упражнений рекомендуем опираться на практические материалы, представленные в

трудах Л.В. Лопатина, Н.В. Новоторцева, М.Ф. Фомичева, Н.А. Чевелева и другие. [28,29,33,40]

В работе рекомендуем использовать традиционный комплекс упражнений на развитие артикуляционного праксиса.

Примерные типы упражнений:

1. Для нижней челюсти:

- открывание и закрывание рта (со скрежетом зубов);
- удержание открытого рта (во время счета).

Во время этих упражнений необходимо убедиться, что рот закрыт по средней линии. Можно использовать механическую помощь — легкое нажатие рукой на темя и под челюстью.

Они также прибегают к вытаскиванию рукой марли или резинки, которую прикусили зубы. Помимо наблюдения с помощью зеркала, ребенок должен ощутить руками движение головки нижней челюсти в суставе.

2. Для развития движений губ:

- Оскалить зубы, вытягивать губы хоботом (попеременно).

Для растягивания губ хоботом используется чмоканье. Палец или зонд в форме шара вставляется и затем вытаскивается. С достаточно крепким захватом при сосательных движениях губ и щек можно услышать щелкающий звук. Уменьшение размера зонда в форме шара, создает большее напряжение в мышцах губ. Подобные упражнения повторяются много раз;

- после этих упражнений можно переходить к удерживанию губами трубочек разного диаметра или зонда (учитель-логопед пытается вытащить трубочку, а ребенок ее удерживает). Чтобы развить это движение, надавите пальцами на уголки губ;

- вытягивание сомкнутых губ - вернуться в нормальное положение;

- растягивание губы — растягивание губ в улыбку с открытым ртом;

— вытягивание верхней губы вместе с языком (язык давит верхнюю губу);

— втягивание губы в рот и плотно прижатие их к зубам;

— прикусывание нижней губы верхними зубами;

— поднятие нижней губы под верхнюю;

— вращательные движения губ, вытянутых как хобот.

### 3. Упражнения на развитие подвижности языка.

В сложных случаях начните с уровня непроизвольного рефлекса:

— Чтобы побудить язык двигаться вперед к губам, положите в рот ребенка конфету, намажьте нижнюю губу джемом или приклейте к ней кусочек липкой бумаги. Чтобы вызвать сокращения языка, положите на кончик языка кусочек конфеты или прикоснитесь к нему лопаточкой.

— Чтобы развить боковое движение языка, положите кусочек сахара между щекой и зубами или намажьте конфету на уголок рта. Чтобы приподнять кончик языка, полезно прикоснуться к верхней губе карамелью.

Эти упражнения постепенно подготовят к активным движениям языка:

— Движения вперед и назад. Если язык напряжен и высовывается комком, рекомендуется слегка прижать его шпателем и попросить ребенка подуть на него. Последнее применяется только после создания правильно направленного воздушного потока.

— Слегка прикусывание высунутого языка, следя за тем, чтобы он оставался по средней линии.

— Движения вправо и влево, кончик языка должен достигать уголков рта. При одностороннем парезе паретичная сторона языка подвергается большей нагрузке. Это движение трудно поддается развитию, поэтому целесообразно прибегнуть к механической помощи.

— Поднятие языка за верхние зубы. Это движение постепенно развивается. Причмокивание сочетается с выдвиганием языка вперед, так что при его отсутствии можно издать щелкающий звук. Затем язык

перемещается между губами (межгубное положение), и ребенок прищмокивает губами. С помощью рук учителя-логопеда губы отводятся назад (межзубное положение языка), спинка языка скользит по краям верхних зубов. Когда такое движение достигнуто, логопед перемещает приподнятый кончик языка глубоко в рот, помещая шпатель горизонтально на ребро под язык. Так формируется щелчок языка в альвеолах верхних зубов. Освоение этого навыка требует времени и упорства. Для улучшения тактильного (осязательного) восприятия в артикуляционных упражнениях используются упражнения с сопротивлением.

Для правильного подбора артикуляционных упражнений для логопедических занятий рекомендуем обратиться к работе Н.Ю. Григоренко, которая предлагает систематизацию.[17]

Большинство артикуляционных упражнений, используемых в логопедии, можно разделить на следующие группы и подгруппы.

Упражнения на развитие кинетической организации артикуляционной моторики.

1. Общие упражнения на развитие статической координации артикуляционных движений

Игровые артикуляционные упражнения:

- для губ: «улыбка», «заборчик» «хобот» и т. д.;
- для языка: «лопатка», «чашка», «иголочка», «горка», «парус», «трубка» и т. д.;
- для нижней челюсти: «бегемот» и т. д.

Специальные упражнения, основанные на фиксации и удержании различных положений артикуляционных органов в течение определенное время.

2. Общие упражнения на развитие динамической координации артикуляционных движений.

Игровые артикуляционные упражнения:

- для губ: «Улыбка – хобот»;

- для языка: «часы», «лошадь», «гриб», «гармошка», «качели», «Вкусное варенье», «маляр», «катушка» и т. д.

Игровые упражнения с конфетой «Чупа-Чупс» (например, попытаться втянуть конфету, положенную на язык, в ротовую полость, сложив язык в форме «чашечки»; дотронуться до конфеты кончиком вытянутого языка и, не прерывая касания, провести языком за конфетой, вокруг губ и т. д.).

Конкретные упражнения, основанные на:

— выполнение последовательно организованных движений (например, выполнение серии движений губами «улыбка – трубочка – округленные губы»; попеременное поднятие верхней губы и опускание нижней);

— одновременное выполнение организованных движений (например, широко откройте рот и одновременно высуньте длинный узкий язык и опустите кончик языка к подбородку).

3. Специальные упражнения для развития отдельных элементов артикуляционных моделей различных звуков речи (комплексы упражнений для коррекции или развития шипящих, свистящих, сонорных [Л, Л'] и [Р, Р'], заднеязычных звуков [К, К], [Г, Г] [Х, Х]).

Упражнения для развития кинестетической артикуляционной моторики (например, определение положение губ при произнесении первого звука в словах; место назначения положение кончика языка при произнесении первого звука в словах и их представление положение с помощью поднятой или опущенной руки и т. д.).

Необходимо проводить работу по развитию артикуляционной моторики (движений мышц лица и артикуляционного аппарата) с целью подготовки артикуляционного аппарата к произношению звуков речи.

Основными целями данного вида логопедического вмешательства в работах таких специалистов, как Г.В. Чиркина, Л.В. Лопатина, Н.Ю. Григоренко и другие подчеркнули [17,28,29,40]:

1. Нормализация тонуса мышц лица, губ и языка.

2. Развитие артикуляции подвижности органов.

3. Координация артикуляции и дыхания.

Методы:

— дифференцированный логопедический массаж (помогает, уменьшить степень выраженности речедвигательных нарушений, послеоперационные последствия пластики уздечки и верхняя губа, процесс исправления аномалий зубочелюстной системы);

— упражнения для лица (помогают, активировать непроизвольные выражения лица и произвольные движения мышц лица форма);

— артикуляционная гимнастика (включая упражнения на развитие двигательной организации движений – статики и динамики; и кинестетическая организация артикуляционного движения как основа развития двигательного контроля артикуляция);

— миотерапия (комплекс упражнений с использованием специальных тренажеров и без них, направленный на развитие функциональных возможностей нервно-мышечного аппарата челюстно-лицевой области);

— серия пассивных упражнений на расслабление мышц шеи;

— миореспираторная гимнастика (комплекс упражнений, основанный на одновременном координированном выполнении движений мышцами суставных органов, шеи и верхнего плечевого пояса и ритмичном дыхании; способствует развитию подвижности мышц челюстно-лицевой области, физиологического дыхания, а также координации артикуляции и дыхания).

4. Логоритмика.

Основные направления логопедической работы с детьми со стертой дизартрией с использованием логоритмов:

— развитие моторики артикуляционного аппарата;

— развитие произвольной моторики лица.

Основные виды упражнений, используемые на логопедических занятиях по логоритмике для детей со стертой дизартрией, должны быть направлены на регуляцию мышечного тонуса, развитие речевого дыхания и голоса, развитие дикции и артикуляции, статической и динамической координации движений и речи, мелкой и мимической моторики, чередования движений и чувства ритма. Общеразвивающие упражнения оказывают комплексное воздействие на организм ребенка, приучая его к четким и точным движениям, выполняемым в определенном темпе и ритме под музыкальное сопровождение. Упражнения можно выполнять с предметами или без них. Развитие моторики артикуляционного аппарата включает артикуляционную гимнастику, состоящую из статических и динамических упражнений для языка и губ. При работе над длительностью речевого высказывания на выдохе особое внимание уделялось развитию у детей длительного, равномерного выдоха. При пении хорошо развита длительность выдоха и мелодико-интонационная сторона речи.

Элементы логопедической ритмики целесообразно использовать в непосредственной образовательной деятельности: художественном творчестве, познании, общении, музыкальном развитии, физическом воспитании.

Таким образом, система коррекционно-педагогической работы по формированию артикуляционного праксиса у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией включает: логопедический массаж, пассивную и активную артикуляционную гимнастику, дыхательные упражнения и логоритмику.

#### Выводы по второй главе

После анализа специальной литературы было организовано и проведено экспериментальное исследование. В эксперименте участвовало 6 детей в возрасте 5-6 лет с диагнозом по ПМПК «общее недоразвитие речи 3 уровня», стертая форма дизартрии. Испытуемые были отобраны на основе

заключений ПМПК. По заключению психолого-медико-педагогической комиссии все дети были с сохранным интеллектом, слухом и зрением.

Была поставлена цель и задачи экспериментального исследования, весь эксперимент осуществлялся по принципам: всестороннего обследования; индивидуального подхода и дозирования нагрузки во время обследования; ясности и эмоциональности обследования. Также были выделены области исследования: изучение анатомического строения артикуляционного аппарата; исследование артикуляционной моторики (кинестетической, кинетической и динамической координации артикуляционной моторики; исследование просодических компонентов языка; исследование произношения звуков.

Оценить состояние анатомического строения артикуляционного аппарата у детей со стертыми дизартрии помогли методики таких авторов, как Е.Ф. Архиповой, И.Т. Власенко и Г.В. Чиркиной. В исследование артикуляционной моторики использовались методики Л.В. Лопатиной и Г.В. Дедюхиной. Для исследования произношения использовались задания и упражнения, включенные в труды Г.А. Волковой.

Подводя итоги эксперимента, мы получили следующие результаты развития артикуляционной праксиса: у 50% детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией выявлен средний уровень артикуляционной моторики, а у 50% – низкий уровень. Таким образом, у детей со стертой дизартрией выявлены следующие особенности артикуляционного праксиса: снижение объема, точности, силы артикуляционных движений, утомляемость; некоторые артикуляционные позы недоступны; наличие синкинезии и гиперсаливации; трудности в развитии артикуляционного рисунка и проблемы переключения; отклонения языка.

Подводя итоги оценочного этапа эксперимента по формированию звукопроизношения, мы получили следующие результаты: 50% У детей дошкольного возраста со стертой дизартрией средний уровень, у 50% — низкий уровень фонетического произношения. Анализ экспериментальных

данных показал, что особенность количественных нарушений звукопроизношения у детей дошкольного возраста со стертой дизартрией обусловлена артикуляционной сложностью звуков. Акустические свойства также играют важную роль. Наиболее характерным симптомом для детей со стертой дизартрией является нарушение произношения, которое одновременно проявляется в искажении и отсутствии различных групп звуков. На втором месте по распространенности находятся нарушения звукопроизношения, характеризующиеся различными видами искажений нескольких групп звуков. Далее следуют нарушения произношения, которые характеризуются однотипным искажением различных групп звуков.

На основе экспериментального исследования артикуляционного праксиса у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией нами был предложен комплекс упражнений для коррекционной работы по развитию артикуляционного праксиса у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией, которая включает: логопедический массаж, пассивную и активную артикуляционную гимнастику, дыхательные упражнения и логоритмику.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Целью данного исследования было изучить теоретические источники и на практике обосновать возможность проведения коррекционной работы для развития артикуляционного праксиса у детей старшего дошкольного возраста со стёртой дизартрией.

В соответствии с целью исследования были определены следующие задачи исследования:

1. Изучить и проанализировать психолого-педагогическую литературу по изучению артикуляционного праксиса у детей старшего дошкольного возраста;
2. Выявить особенности артикуляционного праксиса у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией.
3. Отобрать комплекс упражнений для коррекционной работы по развитию артикуляционного праксиса у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией.

Артикуляционный праксис самый сложный вид праксиса, в психолого-педагогической литературе звучит как, умение произносить звуки речи и их ряды (слова). По мнению А.Р. Лурия, артикуляционного праксиса существует два типа афферентный и эфферентный. Афферентный артикуляционный праксис — это способность воспроизводить изолированные звуки речи, их артикуляционные позиции (позы), которые также часто называют речевыми кинестезиями или артикуломами. Эфферентный артикуляционный праксис — это способность произносить ряд речевых звуков. Эфферентный артикуляционный праксис принципиально отличается от афферентного тем, что требует умения переключаться с одной артикуляционной позы на другую.

В первый год жизни ребенок подготавливается к самостоятельному речевому развитию. Развитие артикуляционного праксиса в норме начинается развиваться самостоятельно с первого года жизни и полностью

формируется к 5 годам. Для развития звукопроизношения происходят существенные анатомо-физиологические изменения в дыхательном, голосовом и артикуляционном отделах речевого. Развитие артикуляционного праксиса взаимосвязано с развитием речевых функций и происходит вместе с онтогенезом речи.

Л.В. Лопатина пишет, что стертая дизартрия — это речевая патология, имеющая такие проявления, как нарушения фонетического и просодического компонентов речевой функциональной системы. Стертая дизартрия возникает в результате невыраженного микроорганического поражения головного мозга ребенка.

В качестве основы артикуляционных расстройств являются легкие остаточные нарушения иннервации. Ограничение объема произвольного движения артикуляционных мышц, изменение их тонуса, различные виды синкинезии и расстройств координации, тремор языка и губ обусловлены недостаточностью артикуляционной моторики и выявляются только при специальном детальном обследовании, так считают Е.Н. Правдина-Винарская и М.Б. Эйдинова [34].

Причины стертой дизартрии у детей: легкая асфиксия, родовая травма и другие неблагоприятные факторы пренатального, натального и постнатального периодов в легкой форме, так считала Е.М. Мастюковой.

О.А. Токарева отмечает, что регулярные долгосрочные тренировки могут быть эффективными. Очень важным моментом является вопрос диагностики стертой дизартрии.

В целом, можно отметить, что дети со стертой формой дизартрии — это дети, имеющие отклонения в развитии речи при нормальном слухе и сохранном интеллекте.

При изучении методической литературы можно выделить основные нарушения артикуляционной моторики у детей дошкольного возраста со стертой дизартрией: парезы, спастичность, гиперкинезы, апраксия, девиация, гиперсаливация и др.

После анализа специальной литературы было организовано и проведено экспериментальное исследование на базе МБДОУ «Детский сад №11» г. Троицк, Челябинская область. В эксперименте участвовало 6 детей в возрасте 5-6 лет с диагнозом по ПМПК «общее недоразвитие речи 3 уровня», стертая форма дизартрии. Испытуемые были отобраны на основе заключений ПМПК. По заключению психолого-медико-педагогической комиссии все дети были с сохранным интеллектом, слухом и зрением.

Была поставлена цель и задачи экспериментального исследования, весь эксперимент осуществлялся по принципам: всестороннего обследования; индивидуального подхода и дозирования нагрузки во время обследования; ясности и эмоциональности обследования. Также были выделены области исследования: изучение анатомического строения артикуляционного аппарата; исследование артикуляционной моторики (кинестетической, кинетической и динамической координации артикуляционной моторики; исследование просодических компонентов языка; исследование произношения звуков.

Оценить состояние анатомического строения артикуляционного аппарата у детей со стертыми дизартрии помогли методики таких авторов, как Е.Ф. Архиповой, И.Т. Власенко и Г.В. Чиркиной. В исследование артикуляционной моторики использовались методики Л.В. Лопатиной и Г.В. Дедюхиной. Для исследования произношения использовались задания и упражнения, включенные в труды Г.А. Волковой.

Подводя итоги эксперимента, мы получили следующие результаты развития артикуляционной праксиса: у 50% детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией выявлен средний уровень артикуляционной моторики, а у 50% – низкий уровень. Таким образом, у детей со стертой дизартрией выявлены следующие особенности артикуляционного праксиса: снижение объема, точности, силы артикуляционных движений, утомляемость; некоторые артикуляционные позы недоступны; наличие

синкинезии и гиперсаливации; трудности в развитии артикуляционного рисунка и проблемы переключения; отклонения языка.

Результаты развития звукопроизношения: 50% У детей дошкольного возраста со стертой дизартрией средний уровень, у 50% — низкий уровень фонетического произношения. Анализ экспериментальных данных показал, что особенность количественных нарушений звукопроизношения у детей дошкольного возраста со стертой дизартрией обусловлена артикуляционной сложностью звуков. Акустические свойства также играют важную роль. Наиболее характерным симптомом для детей со стертой дизартрией является нарушение произношения, которое одновременно проявляется в искажении и отсутствии различных групп звуков. На втором месте по распространенности находятся нарушения звукопроизношения, характеризующиеся различными видами искажений нескольких групп звуков. Далее следуют нарушения произношения, которые характеризуются однотипным искажением различных групп звуков.

На основе экспериментального исследования артикуляционного праксиса у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией и выявленных нарушений, нами был предложен комплекс упражнений для коррекционной работы по развитию артикуляционного праксиса у детей старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией, которая включает в себя: логопедический массаж, пассивную и активную артикуляционную гимнастику, дыхательные упражнения и логоритмику.

Таким образом, считаю, что цели и задачи своей исследовательской работы выполнены в полном объеме.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Акименко, В. М. Развивающие технологии в логопедии / В. М. Акименко. – Ростов на Дону: Феникс, 2011. – 109 с.
2. Архипова, Е. Ф. Клинико-педагогическая характеристика детей со стертой формой дизартрии / Е.Ф. Архипова. – М.: Астрель; 1997. – 242 с.
3. Архипова, Е.Ф. Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стертой дизартрии /Е.Ф. Архипова – М.: АСТ: Астрель, 2008. - 254с.
4. Архипова, Е. Ф. Стертая дизартрия у детей. Серия: Высшая школа /Е.Ф. Архипова, Л.В. Лопатина, Г.В. Дедюхина. – М.: АСТ, 2007-2008. – 254 с.
5. Архипова Е. Ф. Логопедический массаж при дизартрии М.: АСТ: Астрель; Владимир: ВКТ, 2008.
6. Башмакова, С.Б. Теоретический анализ исследований психоречевых особенностей дошкольников с дизартрией / С.Б. Башмаков, О.Н. Кошкина; Научно-методический электронный журнал «Концепт» - 2016. - №8 – с 132- 137.
7. Беккер, К.-П., М. Совак Логопедия - М.: Медицина, 1981.
8. Белова-Давид, Р. А. Причины недоразвития импрессивной и экспрессивной речи детей дошкольного возраста /Р.А. Белова-Давид - М.: Просвещение. 2012 - 312 с.
9. Белякова, Л.И. Логопедия. Дизартрия [Текст] / Л.И. Белякова, Н.Н. Волоскова, - М.: Владос, 2009. – 287 с.
10. Бернштейн, Н. А. Некоторые назревающие проблемы двигательных актов /Н.А. Бернштейн - Вопросы психологии. -2014. -№ 6.
11. Блыскина, И.В. Массаж и коррекция артикуляционных расстройств /И.В. Блыскина, В.А. Ковшиков- СПб.: Литера, 2013.- 18 с.
12. Буденная, Т. В. Логопедическая гимнастика /Т.В. Буденная - СПб.: Питер, 2013. -125 с.

13. Винарская, Е.Н. Дизартрия и ее диагностическое значение в клинике очаговых поражений мозга /Е.Н. Винарская, А.М. Пулатов - Ташкент., 2013. -341 с.

14. Винарская, Е. Н. К вопросу о методике логопедической работы при дизартрии /Е.Н. Винарская, Л.В. Мелехова - М.: Просвещение, 2008. - с.: 61-68

15. Волкова, Г.А. Логоритмическое воспитание детей с дизартрией (методические разработки к проведению коррекционных занятий) /Г.А. Волкова. - СПб.: Образование, 2012. -70 с.

16. Волкова, Г.А. Логопедия / Л.С. Волкова, Р.И. Лалаева, Е.М. Мастюкова.-М.: Владос, 2013.- 530 с.

17. Григоренко, Н.Ю. Введение в логопедическую специальность. Логопедическая работа по преодолению нарушений звукопроизношения / Н.Ю. Григоренко, Ю.А. Покровская - М.: ЛОГОМАГ, 2015. – 200 с.

18. Гуровец, Г. В. Клинико-педагогическая характеристика детей, страдающих стертой дизартрией и ринофонией, и методы коррекционного воздействия. Преодоление речевых нарушений у детей и взрослых / Г. В. Гуровец, С. И. Маевская, под ред. В. И. Селиверстова. – Москва: МГПИ, 1982. – 263 с.

19. Давыдова, М.П. Коррекция речи у детей с дизартрией /Мария Давыдова. Курск: Курский областной институт усовершенствование учителей, 1991. – 19с.

20. Дьякова, Е.А. Логопедический массаж: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений / Е.А. Дьякова, - М.: Академия, 2005. – 96с.

21. Ермакова, И.И. Коррекция речи и голоса у детей и подростков: кн. для логопеда / И.И. Ермакова - М.: Просвещение, 2006.-143 с.

22. Жинкин, Н. И. Механизмы речи / Н. И. Жинкин. – М.: Издательство Академии педагогических наук, 1958. – 378 с.

23. Жукова, Н.С. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников: кн. для логопедов / Н.С. Жукова, Е.М. Максютова, Т.Б. Филичева – Екатеринбург: Изд-во АРД ЛТД, 1998 – 320 с.
24. Карелина, И.Б. Новые направления в коррекции минимальных дизартрических расстройств /И.Б. Карелина. Дефектология. - 2011. № 1. -с. 51–54
25. Кольцова, М. М. Двигательная активность и развитие функций мозга ребенка /М.М. Кольцова - М.: Просвещение, 2012. - 350 с.
26. Левина, Р. Е. Основы теории и практики логопедии / Р. Е. Левиной. – М.: Просвещение, 1968. – 367 с.
27. Лопатина, Л.В. Особенности моторных функций у дошкольников со стертой формой дизартрии /Л.В. Лопатина - СПб.: Литера, 2013. - 415с.
28. Лопатина, Л. В. Изучение и коррекция нарушений психомоторики у детей с минимальными дизартрическими расстройствами / Л. В. Лопатина. – СПб.: Дефектология, 2003. - №5. - с. 45-51
29. Лопухина, И.С. Логопедия: Речь. Ритм. Движение /И.С. Лопухина - СПб.: Литера, 2014.- 310 с.
30. Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека/ А. Р. Лурия. – Питер, 2018. – 768 с
31. Мартынова, Р.И. Сравнительная характеристика детей, страдающих легкими формами дизартрий и функциональной дислалией /Р.И. Мартынова. – М.: Владос, 2007. – 91с.
32. Моржакова, Т.И. Массаж и рефлексотерапия в коррекции речевых нарушений /Т.И. Моржакова - Мурманск. 2014. - 62 с.
33. Новоторцева, Н.В. Методика развития речи у неговорящих детей /Н.В. Новоторцева – Ярославль.: ЯГПУ, 2000. – 64с.
34. Правдина, О.В. Логопедия / О.В. Правдина –М.: Просвещение, 2003. – 272 с.

35. Серебрякова, Н.В. Сравнительная характеристика объяснения значения слова дошкольникам со стертой формой дизартрии и без нарушения речи /Н.В. Серебрякова - СПб.: Литера, 2013.- 511 с.
36. Сизова, Э. Я, Макарова Э.К. О механизме бокового сигматизма / Э. Я. Сизова, Э. К. Макарова; Психические и речевые нарушения у детей. Вопросы реабилитации. – Ленинград, 1979. – С. 89-97с.
37. Соботович, Е.Ф. Проявление стертых форм дизартрии и методы их диагностики /Е.Ф. Соботович, А.Ф. Чернопольская; Дефектология. - 2014.- № 4. -с. 31–35
38. Токарева, О. А. Дизартрия /Под общ. ред. С.С. Ляпидевского. -М.: Просвещение, 2014.- 155с.
39. Фомичева, М.Ф. Воспитание у детей правильного произношения /М.Ф. Фомичева. – М.: Просвещение, 2000. – 240с.
40. Филичева, Т.Б., Чевелева Н.А., Чиркина Г.В. Основы логопедии /Т.Б. Филичева, Н.А. Чевелева, Г.В. Чиркина. – М.: Просвещение, 2009. – 233с.
41. Филичева, Т. Б. Обследование детей с ОНР и ФФНР / Под ред. Л. С. Волковой. – М.: Владос, 2003. – 72 с.
42. Хватцев, М. Е. Логопедия: работа с дошкольниками / М. Е Хватцев. – М.: СПб.: 1996. — 240 с.
43. Хрестоматия по логопедии / Под ред. Л. С. Волковой, В. И. Селиверстова. – М.: Владос, 1997. – 560с. – 1 т.
44. Щетинин, М.Н. Дыхательная гимнастика Стрельниковой / М.Н. Щетинин. – М.: Просвещение, 2006. – 101с.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

### **Комплекс дыхательной гимнастики по Стрельниковой.**

Упражнение 1. «Ладони» Исходное положение: встать прямо, поднять ладони на уровень лица, локти опустить. Делать короткий, шумный, активный вдох носом и одновременно сжимать кулаки. Выдох плавный, свободный через нос или рот, пальцы разжать, кисти рук расслабить.

Упражнение 2. «Поясок» Исходное положение: встать прямо, сжать кулаки, прижать их к поясу. В момент короткого шумного вдоха носом с силой толкнуть кулаки к полу, как будто сбрасывая что-то с рук. Во время толчка кулаки разжать, пальцы растопырить. На выдохе вернуться в исходное положение.

Упражнение 3. «Поклон» Исходное положение: встать прямо, руки опущены. Слегка наклониться вперед, округлить спину, опустить голову и руки. Сделать короткий шумный вдох в конечной точке поклона («понюхать пол»). Затем плавно, свободно выдыхая через нос или рот, вернуться в исходное положение.

Упражнение 4. «Кошка» Исходное положение: встать прямо, кисти рук на уровне пояса, локти чуть согнуты. Делать легкие пружинистые приседания, поворачивая туловище то влево, то вправо. При повороте с одновременным коротким шумным вдохом сделать руками «сбрасывающее» движение в сторону (как будто кошка хочет схватить птичку). На выдохе вернуться в исходное положение.

Упражнение 5. «Обними плечи» Исходное положение: встать прямо, руки согнуть в локтях на уровне плеч, кистями друг к другу. В момент короткого шумного вдоха носом обнять себя за плечи (руки должны двигаться параллельно). На выдохе вернуться в исходное положение.

Упражнение 6. «Большой маятник» Исходное положение: встать прямо, руки опущены. Слегка наклониться вперед, руки опустить к коленям - шумный вдох. Сразу же немного откинуться назад, чуть прогнувшись в

пояснице, обнимая себя за плечи – еще один вдох. Выдох пассивный между двумя вдохами – движениями. Вернуться в исходное положение.

Упражнение 7. «Повороты головы» Исходное положение: встать прямо, руки опущены. Повернуть голову вправо, сделать короткий шумный вдох. Без остановки повернуть голову влево, снова сделать короткий вдох слева. Выдох пассивный между вдохами.

Упражнение 8. «Ушки» Исходное положение: встать прямо, смотреть перед собой. Слегка наклонить голову к правому плечу – короткий шумный вдох носом. Затем наклонить голову влево – тоже вдох. Выдох пассивный между вдохами, наклоны делать без перерыва.

Упражнение 9. «Малый маятник» Исходное положение: встать прямо, руки опущены. Опустить голову вниз, посмотреть на пол – вдох. Откинуть голову вверх, посмотреть на потолок – тоже вдох. Выдох пассивный между вдохами, движения делаются без остановки. Шею не напрягать.

Упражнение 10. «Перекаты» Исходное положение: правая нога впереди, левая – на расстоянии одного шага сзади. Тяжесть тела на обеих ногах. Перенести тяжесть тела на впереди стоящую правую ногу. Слегка присесть на ней – вдох. Выпрямиться, перенести тяжесть тела на стоящую сзади левую ногу. Слегка присесть на ней – вдох. Между вдохами пассивный выдох. Упражнение выполнять 8 раз без остановки. Поменять ноги.

Упражнение 11. «Танцевальные шаги» Исходное положение: встать прямо, руки опущены вдоль тела. Поднять согнутую в колене правую ногу до уровня живота, слегка приседая на левой ноге – вдох. Вернуться в исходное положение – пассивный свободный выдох. Затем присесть на правой ноге, поднимая левую ногу – вдох. Выдох свободный после каждого вдоха.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2

### Упражнения по дифференциации ротового и носового выдохов.

Комплекс 1. Формирование фиксированного выдоха.

1. Широко открыть рот и спокойно подышать носом.
2. Закрыть одну ноздрю средним пальцем – вдох. Плавный выдох через другую ноздрю. Попеременно закрывать то левую, то правую ноздрю.
3. Вдох через слегка сомкнутые губы, плавный выдох через нос сначала без голоса, затем с голосом (м.....).
4. Вдох широко открытым ртом, плавный выдох носом (рот не закрывать).
5. Вдох носом, плавный выдох ртом (рот широко открыть, язык на нижних зубах – как греют руки) сначала без голоса, затем с голосом (а.....).
6. Вдох носом, плавный выдох через неплотно сомкнутые губы (ф.....).
7. Вдох через нос, плавный выдох через углы рта, сначала через правый, затем через левый.
8. Вдох через нос, выдох – высунуть язык (он должен быть расслаблен), поднять к верхней губе, подуть на нос (сдувать ватку с носа).

Комплекс 2. Формирование форсированного выдоха.

1. Вдох – носом, выдох через нос толчками.
2. Вдох носом, выдох через неплотно сомкнутые губы толчкообразно, прерывисто, делая короткие промежутки (ф! ф! ф!)
3. Рот широко открыть, высунуть язык, вдох и выдох ртом толчкообразно, прерывисто (как дышит собака).
4. Вдох широко открытым ртом, толчкообразный выдох носом (рот не закрывать).
5. Выдох через слегка сомкнутые губы, толчкообразный выдох через нос сначала без голоса, затем с голосом (м! м! м!).
6. Вдох через нос, толчкообразный выдох через углы рта, сначала через правый, затем через левый.

7. Губы трубочкой вытянуты вперед. Вдох носом, толчкообразный выдох через «трубочку» (у! у! у!)

Комплекс 3. Формирование умения сочетать фиксированный и форсированный выдохи.

1. Вдох носом, удлиненный выдох с усилением в конце (ф...ф! ф!). 2

. Вдох носом, толчкообразный выдох, в конце переходящий в плавный выдох (ф! ф! ф...).

3. Губы трубочкой вытянуты вперед. Вдох носом, удлиненный выдох через «трубочку» с усилением в конце (у...у! у!).

4. Губы трубочкой вытянуты вперед. Вдох носом, толчкообразный выдох, в конце переходящий в плавный выдох (у! у! у...).

5. Вдох через слегка сомкнутые губы, удлиненный выдох через нос с усилением в конце с голосом (м...м! м!).

6. Вдох через слегка сомкнутые губы, толчкообразный выдох, в конце переходящий в плавный выдох (м! м! м...).

7. Губы в улыбке. Вдох носом, удлиненный выдох через рот (с...с! с!).

8. Губы в улыбке. Вдох носом, толчкообразный выдох, в конце переходящий в плавный выдох (с! с! с...).

9. Вдох носом. Длительно произносить звук «ш» с усилением в конце (ш...ш! ш!). Вдох носом. Кратко произносить звук «ш», удлинить выдох в конце произнесения (ш! ш! ш...).

## ПРИЛОЖЕНИЕ 3

### Упражнения для развития речевого дыхания

1. Сделав полный вдох, на выдохе произносить слогосочетания:

- па, папа, па папа, па папапа;
- па по, па по пу, па по пупы, па по пупы пэ;
- папапопупу, папапапопупупу.

Слогосочетания сначала следует произносить равноударно, ритмично, отрывисто. Затем сделать ударение на первый слог, последовательно перемещая его на второй, третий и т.д.

2. Сделав полный вдох, посчитать на выдохе. Счет может быть прямым, обратным, порядковым и т.д. - один, два; - один, два, три и т.д.

3. По аналогии с упражнением 2 перечислять дни недели, названия месяцев, времен года.

4. Произносить считалку «Тридцать три Егорки» в умеренном темпе, равномерно распределяя выдох на порции по три слова. Почувствовав, что порция освоена, переходить на более длительные: вдох через 4, 5, 6 и т.д. «Егорок».

Как на горке, на пригорке (вдох)

Стоят 33 Егорки (вдох).

Один Егорка, два Егорки, три Егорки (вдох).

Четыре Егорки, пять Егорок, шесть Егорок (вдох) и т.д.

Необходимо следить, чтобы вдох расходовался не в паузах, а только на очередное сочетание слов.

5. Упражнение аналогично предыдущему.

Шли семеро стариков (вдох),

Говорили старики про горох (вдох).

Первый говорит: «Горох хорош!» (вдох)

Второй говорит: «Горох хорош!» (вдох) и т.д.

6. Нарращивание слов в предложении. Падает снег. Тихо падает снег. Тихо падает белый снег. Тихо падает белый пушистый снег. Далее в спокойном темпе отрабатывают длительное и равномерное распределение выдоха при произнесении скороговорок. Постепенно в речевой материал необходимо включать стихотворные тексты, которые должны сопровождаться членением на паузы, сначала после произнесения одной строчки, затем – двух, далее – куплета на одном выдохе. При отработке речевого дыхания на материале скороговорок и стихотворных текстов сначала необходимо их заучить. Только потом можно переходить к тренировкам.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 4

### Упражнения для развития артикуляционной моторики, комплексы логопедического самомассажа.

*20 упражнений с функциональной нагрузкой.*

Упражнение 1. «Забор». Цель: подготовить артикуляцию для свистящих звуков, активизировать губы. Методические рекомендации: перед зеркалом просим ребенка максимально растянуть губы (улыбнуться), показать верхние и нижние зубы. Верхние зубы должны находиться напротив нижних. Необходимо проверить наличие расстояния между ними (1 мм). Следить, чтобы ребенок не морщил нос. Удерживать под счет до 5.

Упражнение 2. «Окно». Цель: уметь удерживать открытым рот с одновременным показом верхних и нижних зубов. Методические рекомендации: из положения «Забор» медленно открывать рот. Зубы должны быть видны. Удерживать под счет до 5. Упражнение

3. «Мост». Цель: выработать нижнее положение языка для подготовки к постановке свистящих звуков. Кончик языка упирается в нижние резцы. Методические рекомендации: из положения «Забор» выполнить упражнение «Окно». Расположить язык за нижними резцами плоско. Удерживать под счет до 5. Это упражнение очень значимо. Если ребенок выполнит правильно и удержит эту позу перед зеркалом длительно, то это сигнал к тому, что свистящие звуки будут поставлены очень быстро. Если не получается, то нужно погладить язык шпателем, похлопать по нему для расслабления мышц языка, пассивно шпателем удерживать язык распластанным. В ряде случаев проводят логопедический массаж, направленный на ослабление гиперкинезов, активизацию или релаксацию мышечного тонуса органов артикуляции.

Упражнение 4. «Парус». Цель: подготовка верхнего подъема языка для звуков [р], [л]. Методические рекомендации: ребенок последовательно выполняет следующие упражнения: «Забор» - «Окно» - «Мост». Из

положения «Мост» широкий язык поднимается к верхним резцам и упирается в альвеолы. Следить, чтобы язык не провисал, а был напряженным и широким, определялась подъязычная связка. Удерживать под счет до 5. Язык поднят кверху.

Упражнение 5. «Трубочка». Цель: выработать активность и подвижность губ. Методические рекомендации: из положения «Забор» вытянуть губы вперед, плотно их сомкнуть, чтобы в центре не было дырочки. Круговая мышца собирается в морщинки. Необходимо проверить, чтобы нижняя челюсть не опускалась. Контролировать рукой. Удерживать под счет до 5.

Упражнение 6. Чередование: «Забор» - «Трубочка». Цель: добиться ритмичного, точного переключения с одной артикуляции на другую. Методические рекомендации: из положения «Забор» выполнить движение «Трубочка». Такие переключения выполнить 5-6 раз в разном темпе, определяемом логопедом. Начинать в медленном темпе. Рука под подбородком, чтобы контролировать неподвижность подбородка.

Упражнение 7. «Лопата». Цель: выработать широкое и спокойное положение языка, что необходимо для подготовки шипящих звуков. Методические рекомендации: последовательно выполнять упражнения «Забор» - «Окно» - «Мост». Из положения языка «Мост» выдвинуть язык на нижнюю губу. Язык должен быть спокойным и широким. Нижняя губа не должна подворачиваться, верхняя должна обнажать зубы. Удерживать под счет до 5. Язык на губе.

Упражнение 8. «Лопата копает» Цель: подготовить артикуляцию для шипящих звуков. Выполнение артикуляции «Чашечка». Методические рекомендации: выполнить последовательно следующие упражнения: «Забор» - «Окно» - «Мост» - «Лопата». Из положения «Лопата» поднять широкий кончик языка немного вверх. Верхние зубы должны быть видны. Следить, чтобы язык при подъеме не убирался в ротовую полость. Выполнить упражнение в медленном темпе 3-4 раза. Кончик языка загибается вверх.

Упражнение 9. «Вкусное варенье». Цель: сформировать: верхний подъем языка в форме «Чашечки», удерживание языка на верхней губе и выполнение облизывающего движения сверху вниз. Методические рекомендации: из положения «Лопата копает» широкий язык поднять к верхней губе и выполнить облизывающие движения сверху вниз 2-3 раза в медленном темпе. Движения языка сверху вниз по верхней губе.

Упражнение 10-а. «Теплый ветер». Цель: вызывание шипящих звуков по подражанию. Методические рекомендации: из положения «Вкусное варенье» убрать язык за верхние зубы и образовать щель с альвеолами. Руку расположить у подбородка и попросить ребенка подуть на широкий язык. Растянуть губы в улыбке. Рука должна ощутить теплую воздушную струю. Если упражнение не получается, то проводят упражнения №18, №20. Подуть на язык. Кистью ощутить теплую струю воздуха.

Упражнение 10-б. «Жук». Цель: вызывание звука [ж] по подражанию. Методические рекомендации: при выполнении упражнения «Теплый ветер» просят ребенка «включить» свой голос. Тактильно-вибрационный контроль осуществляется рукой, расположенной на гортани. Ребенок должен ощутить вибрацию гортани. Исходным положением является упражнение № 10-а «Теплый ветер». Кисть на гортани ощущает вибрацию голосовых связок.

Упражнение 11. «Цокает лошадка». Цель: выработать тонкие дифференцированные движения кончиком языка для звука [р]. Методические рекомендации: из положения «Парус» при широко открытом рте цокать языком. Челюсть неподвижна. (Удерживается рукой. Выполнить 5 -6 раз.) Язык за верхними зубами. Рука держит подбородок, чтобы он не двигался во время щелканья.

Упражнение 12. «Молоток». Цель: подготовка артикуляции для звука [р] и вибрации кончика языка. Методические рекомендации: из положения «Парус» стучать языком и произносить звук [д]. Следить, чтобы кончик языка не опускался и не выглядывал изо рта. Примечание: если исправляется горловой звук, то произносится звук [т]. Следить, чтобы не

было назального оттенка, не напрягался голос и не поднималась нижняя челюсть. Постучать со звуком [д, т] 5-6 раз. Кончик языка стучит вверху по альвеолам со звуком [д] или [т].

Упражнение 13. «Дятел». Цель: формировать вибрацию кончика языка для звука [р]. Методические рекомендации: из положения «Парус» и «Молоток» произносить звук [д] в ускоренном темпе. Серии ударов языком по альвеолам напоминают стук дятла: «Д - ддд», «Д - ддд» (один удар и несколько ударов в быстром темпе). Выполняется 3- 5 таких серий.

Упражнение 14. «Пулемет». Цель: закрепить вибрацию кончика языка для звука [р]. Методические рекомендации: из положения «Парус» выполнять упражнение «Дятел» и добавлять воздушную струю, как толчок воздуха: «Д - ддд» + толчок сильной воздушной струи. Возникает вибрация языка - «дрр». Выполнить интенсивно 5 раз. Если не получается по подражанию, то добавляют упражнение №20. Язык вверху стучит по альвеолам со звуками «Д - ддд». После произнесения «Д - ддд» - сильно подуть на язык.

Упражнение 15-а. «Холодный ветер». Цель: закрепить нижнее положение языка для свистящих звуков и выработать направленную воздушную струю по средней линии языка. Вызывание звука [с] по подражанию. Методические рекомендации: из положения «Мост» вернуться к упражнению «Забор» и подуть на язык. Рука должна ощущать холодную струю воздуха. Выполнять 3-4 раза. Если по подражанию не получается, то применяют механическую помощь для вызывания звука [с]. Подуть на язык. Кисть под подбородком. Ощутить холодную струю воздуха.

Упражнение 15-б. «Комар». Цель: вызывание звука [з] по подражанию. Методические рекомендации: при выполнении упражнения «Холодный ветер» просят ребенка «включить» свой голос. Тактильно-вибрационный контроль осуществляется рукой ребенка, расположенной на гортани. Ребенок 72 должен ощутить вибрацию гортани. Исходным положением является упражнение № 15-а «Холодный ветер». Кисть на гортани ощущает вибрацию голосовых связок.

Упражнение 16-а. «Пароход». 1-й вариант: Цель: подготовка артикуляции для звука [л]. Методические рекомендации: из положения «Мост» выполнить упражнение «Лопата». Закусить кончик языка (зубы должны быть видны) и длительно произносить звук [ы] 2-3 секунды. Кончик языка прикушен верхними и нижними резцами.

Упражнение 16-б. «Пароход». 2-й вариант: Методические рекомендации: из положения упражнения «Окно» произносить длительный звук [а] и неоднократно прижимать кончик языка к середине верхней губы (упражнение «Вкусное варенье»). Слышатся слоги: ла-ла-ла. Повторить 5 раз.

Упражнение 17. «Пароход гудит». Цель: вызвать звук [л] смешанным способом. Методические рекомендации: выполнять упражнение «Пароход». Попросить ребенка открыть рот и произнести звук [а]. Слышится слог «ла». Повторить 3 -4 раза.

Упражнение 18. «Маляр». Цель: растянуть подъязычную связку для звуков [р], [л], а для произнесения шипящих звуков найти место образования щели языка в форме чашечки у твердого нёба. Методические рекомендации: из положения «Парус» продвигать язык по нёбу в переднезаднем направлении 3-4 раза. Челюсть должна оставаться неподвижной (контролируется рукой). Язык движется по нёбу вперед-назад.

Упражнение 19. «Качели». Цель: дифференцировать нижнее и верхнее положение языка, что необходимо для дифференциации свистящих и шипящих звуков. Методические рекомендации: из положения «Парус» перейти к упражнению «Мост». Чередовать 5-6 раз в темпе, заданном логопедом.

Упражнение 20. «Фокус». Цель: сформировать сильную правильно направленную воздушную струю для шипящих звуков и звука [р]. Методические рекомендации: из положения «Вкусное варенье» сильно подуть на кончик носа, на котором приклеена узкая полоска бумаги (3х1 см) и сдуть ее. Выполнить 2-3 раза. Язык на верхней губе, дуть на кончик носа.