

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РФ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

Пензенский государственный университет
Педагогический институт им. В.Г. Белинского

Факультет педагогики, психологии и
социальных наук

Кафедра «Дошкольное и
дефектологическое образование»

Направление подготовки 44.03.03
«Специальное (дефектологическое) образование»
Профиль подготовки «Логопедия»

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ПО ПРЕОДОЛЕНИЮ
ДИЗАРТРИИ В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ**

Студент

ДМ 124.05.2020
(подпись, дата)

Будникова Дарья Алексеевна

Научный руководитель

МКр 240320
(подпись, дата)

к.п.н., доцент Карпушкина Е. А.

Нормоконтролер

МКр 240520
(подпись, дата)

Е.А. Карпушкина

Работа допущена к защите (протокол заседания кафедры от 18.05.20 № 11)

Заведующий кафедрой

Л.Н. Корчагина
(подпись)

Л.Н. Корчагина

Работа защищена с отметкой 5/100 (протокол заседания ГЭК от 2.06.20 № 3)

Секретарь ГЭК

Н.А. Мали
(подпись)

Н.А. Мали

Пенза, 2020

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ДИЗАРТРИИ У ДЕТЕЙ В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ	
1.1. Развитие дыхания, голоса и артикуляции в онтогенезе.....	5
1.2. Классификации дизартрии.....	10
1.3. Дизартрия как сложное речевое нарушение.....	12
ГЛАВА II. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ И ПРОЯВЛЕНИЕ ДИЗАРТРИИ В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ	
2.1. Цель, задачи и методика экспериментального изучения.....	15
2.2. Анализ результатов экспериментального изучения.....	20
ГЛАВА III. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДИЗАРТРИЕЙ С ПОМОЩЬЮ СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ	
3.1. Цель, задачи и организация экспериментального обучения.....	25
3.2. Логопедическая работа по формированию звукопроизносительной стороны речи.....	29
3.2.1. Работа над развитием речевого дыхания.....	29
3.2.2. Работа над развитием артикуляционного аппарата.....	30
3.2.3. Работа над развитием фонации.....	32
3.3. Контрольный эксперимент.....	34
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	37
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	39

ВВЕДЕНИЕ

В последнее время большое количество детей имеют такое нарушение произносительной стороны речи, как дизартрия. Особенности проявления этого нарушения занимались многие специалисты: Е.Ф. Архипова, Л.И. Белякова, Н.Н. Волоскова, О.В. Правдина, Е.М. Мастюкова, К.А. Семенова, М.Б. Эйдинова и многие другие.

Устранение проявлений дизартрии в дошкольном возрасте будет способствовать более комфортному голосоведению, голосоподаче, преодолению трудности артикуляции и развитию речи.

В последнее время в связи с большим количеством детей с дизартрией велись теоретические и практические исследования по данной проблеме. По последним данным количество детей с дизартрическими проявлениями составляют 40-45 % случаев от общего количества детей с речевыми нарушениями. Такое большое число детей с дизартрией доказывает актуальность выбранной нами темы «Современные подходы по преодолению дизартрии в дошкольном возрасте».

Объект изучения: состояние голоса, дыхания и артикуляции у детей дошкольного возраста с дизартрией.

Предмет изучения: игры и упражнения, в том числе и кинезиотерапевтические, направленные на коррекцию дизартрии у дошкольников.

Цель работы: развитие артикуляции, дыхания и фонации у детей дошкольного возраста с дизартрией.

Задачи изучения:

1. Изучить психолого-педагогическую, методическую и логопедическую литературу.
2. Изучить особенности звукопроизношения и просодической стороны речи у детей с дизартрией в дошкольном возрасте.

3. Провести коррекционную работу с использованием игровых приёмов и упражнения, в том числе и кинезиотерапевтические, направленные на коррекцию дизартрии в дошкольном возрасте.

Гипотеза:

1. У детей с дизартрией есть ряд нарушений, в том числе дыхательных, артикуляционных и голосовых;

2. Использование современных подходов (в частности кинезиотерапии) даёт положительную динамику в формировании артикуляционных, голосовых и дыхательных опор.

Методы исследования:

- Анализ психолого-педагогической, методической и логопедической литературы;
- Констатирующий, обучающий и контрольный эксперимент;
- Количественный и качественный анализ результатов.

ВКР состоит из введения, трёх глав, заключения, списка литературы и приложения.

Экспериментальная работа организована на базе подготовительной логопедической группы МБОУ №123 «Семицветик» города Пензы.

ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ДИЗАРТРИИ У ДЕТЕЙ В ДОШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

1.1. Развитие дыхания, голоса, звукопроизношения и артикуляционных компонентов в онтогенезе

По мнению М.И. Прищепа, в пренатальном периоде органы дыхания плода практически не функционируют, а необходимый для жизни кислород ребенок получает через плаценту [32]. Легкие имеют плотную консистенцию, но слабо развитую эластическую ткань, легкие новорожденного расправляются с первым вдохом, механизм которого связан с тем, что углекислый газ действует на нервные клетки дыхательного центра, растворенного в крови. В результате активизируется дыхательный центр и включается механизм дыхания.

Формирование механизмов регуляции дыхания к моменту рождения ребенка еще не завершено, что подтверждается большей изменчивостью частоты, глубины и ритма дыхания младенца. Дыхательная система ребенка первого года жизни имеет существенные особенности. Дыхание младенца частое, что обеспечивает высокий уровень легочной вентиляции. В период с 1 года до 3 лет дыхание становится грудобрюшным. Это происходит по мере роста грудной клетки и развития межреберных мышц. Частота его уменьшается до 35-40 циклов в минуту. В возрасте 6-7 лет происходит интенсивный рост ребер и изменяется их положение. Ведущую роль в организации вдоха и выдоха начинает играть межреберные мышцы, вследствие этого резервный объем заметно увеличивается, что создает благоприятные условия для работы легких, особенно при физической нагрузке. В младшем школьном возрасте происходит увеличение дыхательных объемов, что расширяет резервные возможности организма в условиях физической нагрузки и адаптации. В подростковом и юношеском возрасте продолжается развитие легких, жизненная емкость приближается к

уровню таковой у взрослых. Увеличиваются длина и диаметр трахеи и бронхов [32].

С.М. Валявко описал развитие голосовых компонентов в онтогенезе [33].

Процесс формирования голоса проходит несколько стадий:

- Пренатальная – до момента рождения,
- Младенчество – от рождения до 2 лет,
- Ранний детский возраст – от 2 до 5 лет,
- Средний детский возраст – от 5 до 9 лет,
- Позднее детство – от 9 лет до начала пубертного периода,
- Ранний взрослый период – пубертат, обычно от 12 до 15 лет,
- Средний взрослый период – от 15 до 18 лет,
- Окончательное взросление – от 19 лет до 21 года.

При этих возрастных периодах меняются анатомические структуры голосового аппарата и голос ребенка, в частности, частота основного тона, интенсивность голоса, диапазон и тембр.

С.М. Валявко [33] выделял стадии развития голосового аппарата, которые можно охарактеризовать как: обычную, интенсивную или замедленную. Эти стадии развития проявляются неодинаково. Смена стадий происходит неоднократно и может быть равномерной и скачкообразной. В две стадии протекает развитие некоторых отделов голосового аппарата. Например, легкие в первые два месяца развиваются интенсивно, а далее до периода полового созревания их рост происходит постепенно. Изменения в бронхах и трахее отмечается в первый год жизни.

На протяжении всей жизни голос ребенка меняется по силе, высоте, тембру, диапазону и регистрам. Это происходит, так как отмечается неравномерность роста различных частей голосового аппарата.

В онтогенезе происходят изменения в механизме фонации у детей. Фальцетный механизм фонации от 0 до 7 лет преобладает. Доминирует участие перстнещитовидной мышцы, а другие мышцы принимают только

косвенное участие. Перстнещитовидная мышца суживает голосовую щель и одновременно натягивает голосовые складки, и эти мышцы играют главную роль в регуляции натяжения, так как вокальная мышца еще не сформирована. Она начинает формироваться только в возрасте от 7 до 12 лет, что в результате отщепления от щиточерпаловидной мышцы, а затем продолжает развиваться до 19-20 лет. Со временем механизм фальцета заменяется колебаниями голосовых складок. И таким образом, у ребенка механизм фонации отличается от процесса голосообразования у взрослого.

Размеры гортани зависят от возраста, пола и от индивидуальных особенностей человека. У мужчин обычно она на $\frac{1}{3}$ больше, чем у женщин, хрящи гортани у женщин имеют толщину меньше.

Голос у человека проявляется в момент рождения как врожденный защитный рефлекс, а а дальнейшем на базе этого рефлекса путем образования цепных условно-рефлекторных реакций появляется разговорный и певческий голос.

Многие исследователи считают, что характеристика крика и развитие голосовых реакций детей в первый год жизни имеет важное прогностическое значение. Так, Е.М. Мастюкова [23] пишет, что для ранней диагностики речевых расстройств большое значение имеет диагностическое изучение голосовых реакций в доречевом периоде, а так же оценка их интонационной выразительности.

Е.Н. Винарская [11] считает, что важнейшими структурными компонентами синкретичных операционных комплексов ребенка являются врожденные биологические голосовые реакции, а в процессе общения они изменяются и приобретают национально-специфические знаковые черты.

При онтогенезе крик новорожденного ребенка интонационно изменяется по силе, высоте, тембру, протяженности и формируется его коммуникативная направленность.

Некоторые авторы делают акцент на том, что уже к 3-4 месяцам вокализации происходит взаимодействия со взрослым. Ребенок начинает

активно обращать внимание на голос окружающих, отвечая адекватной реакцией на мимику и тон голоса, появляется улыбка и вокализация.

Интонацией появляется у ребенка уже на стадии гуления, а к концу первого года жизни начинается овладение системой фонем. Интонация вопроса начинает появляться только на втором году жизни.

Г.В. Бабина [4], И.И. Панченко [26] и другие занимались вопросом влияния просодики на разборчивость, эмоциональную выразительность и семантическую структуру речи ребенка с дизартрией. И.И. Панченко [26] считает, что расстройства просодики бывают по: силе голоса, тембру, голосовым модуляциям. Так же отмечает, что у детей с дизартрией тихий голос, назализованный и монотонный. При атаксии — вибрирующий, скандированный, неустойчивый по высоте и тембру. При тонических нарушениях сдавленный, напряженный; при гиперкинетических нарушениях непостоянный по силе, продолжительности, прерывистый, дрожащий, но чаще интонированный.

Ребенок вслушивается в голос окружающих и сравнивает его со своим, таким образом, начинает подражать.

Большое значение в произношении звуков речи влияют на развитие мышцы языка, губ, щек и мышцы, поднимающие нижнюю челюсть. Главную роль в точности и внятности играют поверхностные и глубокие мышцы шеи, глотки, диафрагмы и голосовых складок.

Все эти мышцы принимают участие в артикуляции, происходят сложные механизмы расслабления и сокращения, чтобы в дальнейшем была устная разборчивая речь.

Самое сложное строение имеют мышцы языка. Существуют внешние, которые считаются сильнее и внутренние мышцы языка.

Согласование функционированных групп мышц, которые участвуют в реализации движения, являются наиболее сложными в процессе артикуляции переднеязычных звуков. К ним относят смычные, щелевые и дрожащие. Для этого необходимо тонкие движения кончика языка, это реализуется при

условии фиксации корня языка к его внешними мышцами, и мышцами подъязычной кости и шеи.

По мнению Л.И. Беляковой, только язычно-небные мышцы получают нервные импульсы от языкоглоточных нервов, а все остальные мышцы иннервируются подъязычными нервами [8].

Периферический и центральный отделы участвуют в реализации звукопроизводительной стороны речи для речепроизводства.

Воздушная струя проходит между голосовыми складками, языком, зубами и губами, вследствие чего производится артикуляция звуков речи. При совместной работе органов артикуляции и фонации соответствует каждой фонеме уникальная комбинация.

Звуки речи разделяют на две группы:

- гласные фонемы;
- согласные фонемы.

При образовании гласных и согласных звуков существует разница в состоянии мышц артикуляционного аппарата. У гласных звуков артикуляционные уклады определяются тоническим напряжением мышечных стенок резонаторов и различной позицией языка и губ, которые не образуют преграды.

Мышечные стенки резонаторов полностью расслаблены при артикуляции согласных звуков. Произвольное сокращение мышц происходит в ротовой полости. Образуется преграда на пути выдыхаемого воздуха.

Гласные звуки характеризуются по подъему языка и ряду, а согласные звуки различают в зависимости от места и способа образования преграды.

При речевом общении звуки речи не произносятся изолированно, т.е. отдельно. В основном их произносят в слогах, словах и предложениях [7].

А.Е. Елеуова считает, что нарушение речевого дыхания, артикуляции звуков и нарушение фонации затрудняют, а иногда полностью препятствуют речи в норме [16].

1.2. Классификации дизартрии

Дизартрия – это нарушение звукопроизносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевой мускулатуры [20].

Черепно-мозговые нервы нижнего отдела ствола (продолговатого мозга) соединяются с шейным отделом спинного мозга, имеют сходное с ним анатомическое строение и снабжаются кровью.

Продолговатый мозг ствола и шейный отдел спинного мозга, обычно испытывает в родах гипоксию, что приводит к резкому уменьшению двигательных единиц в ядрах нервов, которые отвечают за артикуляцию. При неврологическом обследовании ребенок адекватно выполняет все задания, но не справляется с артикуляцией, т.к. необходимо выполнять сложные и быстрые движения с переключаемостью, которые не под силу ребенку. Это происходит, потому что ослаблены мышцы.

Основные проявления дизартрии:

- расстройство артикуляции звуков;
- нарушение голосообразования;
- изменение темпа и ритма речи;
- нарушение речевого дыхания;
- изменение интонации.

Все эти нарушения проявляются в разной степени и в различных комбинациях. Зависит от локализации поражения в центральной или периферической нервной системе, так же от тяжести нарушения и от времени появления дефекта. Нарушения артикуляции и фонации обычно препятствуют членораздельной звучной речи. Составляется первичный дефект, который может привести к возникновению вторичных проявлений, осложняющих его структуру. Категория детей очень неоднородна с точки зрения двигательных, психических и речевых нарушений. Это показывает

клиническое, психологическое и логопедическое изучение детей с дизартрией.

Классификации клинических форм дизартрии выделяется на основе различной локализации поражения мозга. Дети отличаются друг от друга специфическими дефектами звукопроизношения, голоса, артикуляционной моторики. Так же нуждаются в различных приемах логопедического воздействия и ко всем нужно проявлять разную коррекцию. Это все зависит от формы дизартрии.

О.В. Правдина выделяет формы дизартрии по принципу локализации мозговых поражений [35]:

-Дизартрия бульбарная – обусловленная периферическим парезом или параличом мышц, которые принимают участие в артикуляции. Вследствие чего происходит поражение языкоглоточного, блуждающего и подъязычного нервов и их ядер. Часто может сочетаться с расстройствами глотания.

-Дизартрия корковая – обусловленная поражением отделов коры головного мозга, которые связаны с функцией мышц. Они принимают участие в артикуляции. Корковая форма дизартрии отличается расстройством произнесения слогов при сохранении правильной структуры слова.

-Дизартрия мозжечковая – обусловленная поражением мозжечка или его проводящих путей. Эта форма характеризуется тем, что речь растянутая, скандированная с нарушением модуляции и меняющейся громкостью.

-Дизартрия экстрапирамидная (подкорковая) – возникает при поражении подкорковых узлов и их нервных связей. Речь при этой форме смазанная, невнятная и с носовым оттенком, сильно нарушена просодика, интонационно-мелодическая структура речи, её темп и ритм.

-Дизартрия псевдобульбарная – обусловленная центральным параличом мышц, которая иннервирует языкоглоточный, блуждающий и подъязычный нервами, с помощью двустороннего поражения двигательных корково-ядерных путей. Псевдобульбарной форме характерна монотонность речи.

-Дизартрия стертая форма – характерно нарушение произношения свистящих и шипящих звуков похожее на боковой сигматизм. Первый выявил ее М. Зеэман. Обычно бывает единственным симптомом, который указывает на наличие у ребенка не диагностированной дизартрии.

И.И. Панченко выделила на основе синдромологического подхода следующие формы дизартрии применительно к детям с церебральным параличом: спастико-паретическую, спастико-ригидную, спастико-гиперкинетическую, спастико-атактическую, атактико-гиперкинетическую [26].

Все формы дизартрии предполагают нарушение двигательной реализации устной речи.

Степень нарушения устной речи может быть очень разной. От незначительного нарушения звукопроизношения до полной невозможности экспрессивности речи, т.е. речь практически отсутствует, либо вообще не понятна. Обычно в таких случаях можно сказать, что у ребенка нарушение, которое называется анартрия. Анартрия – это сильное расстройство артикуляции.

Е.Ф. Архипова [2] выделяла 4 степени дизартрии:

1. Легкую (стертую);
2. Среднюю;
3. Выраженную (понимают только близкие для ребенка люди);
4. Тяжелую.

1.3.Дизартрия как сложное речевое нарушение

Дизартрия, как сложный речевой дефект постоянно изучается отечественными и зарубежными учеными [20]. Они разрабатывают различные способы, приемы диагностики и коррекции [20].

Нарушения речи, которые имеют дизартрический компонент могут возникнуть при различных органических поражениях головного мозга. Он образуется в сензитивных периодах развития мозга ребёнка под воздействием неблагоприятных факторов. К этим факторам становления нервной системы относят патологию беременности такие как: хронические эндогенные заболевания беременной, так же какие-либо воздействия излучения, влияние алкоголя, травмы плода и многие другие патогенные факторы. В родовой период дизартрия может проявиться из-за патофизиологических явлений как стремительные или затяжные роды, так же слабость родовой деятельности беременных, асфиксия плода и другие влияния. Т.Б. Филичева подчеркивала, что так же дизартрия может возникнуть при нейроинфекционных заболеваниях у детей, при черепно-мозговых травмах, тяжелых соматических заболеваний, которые протекают с осложнениями в центральной нервной системе [35].

Степень нарушения дизартрического компонента зависит от характера и тяжести повреждения центральной нервной системы ребёнка.

О.Г. Приходько писала, что Е.Ф. Архипова [1] выявила тяжелую форму дизартрии, которая чаще всего встречается у детей с церебральными параличами. По мнению М.И. Прищепы анартрия характеризуется полным отсутствием фонетических способностей произношения и она наблюдается на фоне паралича мышц речевого аппарата [32].

Средняя степень дизартрии чаще всего встречается у детей с задержками интеллектуального развития разной этиологии. У них наблюдаются нарушения чёткости и точности произношения речи, она становится невнятна и почти не понятна, так же имеются искажения некоторых групп фонем. При средней степени дизартрии изменяется фонация, голос становится немодулированный, отчего речь становится монотонная.

Е.Ф. Архипова [1] отмечает, что при речевом нарушении дизартрии происходят: нарушениях звукопроизношения, недостаточность

артикуляционной моторики, изменения речевого дыхания, фонации и просодической стороны речи, так же это отмечает в своих работах О.Г. Приходько [31].

Выраженным признаком дизартрии является нарушение фонации. При дизартрии характерна недостаточная сила голосовых реакций, так же наблюдается назализация голоса, изменение модуляции [15, 25].

Недостаточный объем выдыхаемого воздуха связан с нарушением речевого дыхания, а также с нарушением координации речевого выдоха. Наблюдается слабая речевая струя воздуха, при произнесении слов и фраз происходит добор воздуха, вследствие чего наблюдаются паузы [9].

Коррекция компонентов является одной из главных задач логопеда в работе при устранении дизартрии. Исследователи доказывают, что занятия по формированию просодики делают речь более выразительной, эмоционально-окрашенной. Так же значительно быстрее происходит коррекция по звукопроизношению [16].

Таким образом, понятие дизартрии рассматривают в клиническом, логопедическом и психологическом аспектах. В настоящее время в логопедии описана структура речевого дефекта. Так же разработаны классификации и приоритетные направления изучения данной проблематики.

ГЛАВА II. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЗВУКОПРОИЗНОСИТЕЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ДОШКОЛЬНИКОВ С ДИЗАРТРИЕЙ

2.1. Цель, задачи и методика экспериментального изучения

Цель изучения – выявить уровень сформированности дыхания, голоса, артикуляционного аппарата и состояния звукопроизношения у дошкольников с дизартрией.

Для достижения этой цели определены следующие задачи:

1. Подобрать методику изучения у дыхания, голоса, артикуляционного аппарата и состояние звукопроизношения у дошкольников.
2. Проанализировать состояние дыхательной, голосовой функции, артикуляционного аппарата и звукопроизношения у дошкольников.

Изучение проводилось в период с 16 сентября 2019 г по 27 сентября 2019 г, на базе МБОУ Детский сад №123 «Семицветик» г. Пенза. В эксперименте приняли участие 10 детей старшего дошкольного возраста с дизартрией.

Было изучено состояние звукопроизношения по альбому для логопеда О.Б. Иншаковой [17].

Звук [С] – усы, нос, сумка, собака, автобус, снеговик.

Звук [С'] – синий, гусь, семь, сети, письма, апельсин.

Звук [З] – коза, зонт, замок, зубы, ваза, звезда.

Звук [З'] – узел, газета, обезьяна, зелёный, зебра, земляника.

Звук [Ц] – цепь, яйцо, огурец, цветы, пуговица, индеец.

Звук [Ш] – шапка, машина, душ, шахматы, мешок, шина.

Звук [Ж] – жук, жёлудь, ножи, ежи, ножницы, жираф.

Звук [Ч] – чайник, мяч, очки, чемодан, ключ, бабочка.

Звук [Щ] – щётка, ящик, плащ, щука, овощи, щепки.

Звук [Р] – рыба, корова, топор, ведро, помидор, трактор.

Звук [Р'] – репа, фонари, дверь, ремень, верёвка, брюки.

Звук [Л] – лук, пила, дятел, лампа, молоток, белка.

Звук [Л'] – лейка, лимон, лев, телефон, пальто.

Звук [j] – яблоко, майка, юбка, платье, трамвай, листья.

Звук [М] – мыло, малина, костюм, морковь, сом, комар.

Звук [Н] – носки, окно, диван, ноты, слон, танк.

Звук [Б] – бант, бочка, клубок, банан, бутылка, барабан.

Звук [Д] – дом, дым, удочка, дерево, дыня, радуга.

Звук [В] – вата, волк, совок, ванна, сова, гвозди.

Звук [К] – кошка, паук, банка, конфета, индюк, кубик.

Звук [К'] – кеды, кит, пакет, валенки, утки, ботинки.

Звук [Г] – губы, рога, вагон, голубь, игла, попугай.

Звук [Г'] – гиря, гитара, бегемот, флаги, сапоги, гирлянда.

Звук [Х] – халат, ухо, петух, хлеб, хобот, холодильник.

Звук [Х'] – мухи, орехи, духи.

Результаты обследования состояния звукопроизношения нами учитывались при разграничении степени выраженности дизартрии: легкой, умеренной и выраженной.

Задание 1. Оцениваем объем движений нижней челюсти, для этого необходимо попросить ребенка подвигать нижней челюстью сначала вниз, затем обратно и вправо, влево.

Критерия оценивания:

Задание выражено без затруднений (вниз и обратно, вправо, влево) – 0;
снижено (вниз и обратно, вправо, влево) – 1;
выраженные затруднения (вниз и обратно, вправо, влево) – 2;
легкое непродуктивное шевеление – 3;
невозможно (не опускается / провисает) – 4.

Задание 2. Определяем положения языка. Для этого попросим ребенка высунуть язык и зафиксировать имеющиеся отклонения вправо, а затем влево.

Критерия оценивания:

по средней линии – 0;
легкая девиация – 1;
умеренная девиация – 2;
значимая девиация, легкое шевеление языка – 3;
язык в полости рта – 4.

Задание 3. Определяем тонус языка. Для этого попросим ребенка высунуть язык и смотрим, удерживает ли ребенок это положение языка, имеется ли паретичность, если есть, то с какой стороны.

Критерия оценивания:

тонус языка в пределах нормы – 0;
легкая спастичность / паретичность – 1;
умеренная спастичность / паретичность – 2;
выраженная спастичность / паретичность – 3;
ригидность / атония – 4.

Задание 4 – 6. Ребенка просим высунуть язык, при этом обращаем внимание на расположение языка и его внешний вид. Так же проверяем активные движения языка в разных направлениях.

Критерия оценивания:

1) Мышечная сила языка

мышечная сила в норме – 0;
легкое снижение – 1;
умеренное снижение – 2;
выраженное снижение – 3;
отсутствует – 4.

2) Точность движений языка

движение языка в активном состоянии – 0;
легкие затруднения – 1;
выраженные затруднения – 2;
грубо нарушена – 3;

полная дискоординация языка – 4.

3)Переключаемость

переключаемость без затруднений (вперед, в стороны, вверх, вниз) – 0;

легкие затруднения (замедленность) – 1;

умеренные затруднения (синкинезии, застревания) – 2;

выраженные затруднения (синкинезии, застревания) – 3;

отсутствует (тоническая неподвижность) – 4.

Задание 7. Просим ребенка повторить речевой материал различной степени сложности.

Задание 1. Произнеси фразы с разной интонацией.

- | | |
|------------------|---|
| 1. Здравствуйте! | Официальность, радость, доброжелательность, восторг |
| 2. До встречи! | Нежность, злость |
| 3. Как дела? | Радость, угроза, задумчивость |

Задание 2. Повтори за мной скороговорки.

1. Ученик учил уроки,
У него в чернилах щеки.
2. У ежа и елки иголки колки.

Критерия оценивания:

1) Голос

звучность голоса в пределах нормы – 0;

легкая дисфония – 1;

умеренная дисфония – 2;

выраженная дисфония – 3;

отсутствует (афония) – 4.

Задание 8. Дыхание.

1. Определение типа дыхания

Ребенку предлагается спокойно посидеть, при этом одна рука логопеда располагается на плечо ребенка, а другая на животе. При поднятии плеч дыхание относится к поверхностному ключичному типу. Если поднимается при вдохе живот, то это диафрагмальный тип дыхания. Если расширяется грудь, то это относится к грудному типу дыхания.

2. Исследование умения дифференцировать носовое и ротовое дыхание

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

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

Вдохни носом, а выдохни ртом (погрей руки).

Вдохни ртом, выдохни ртом.

Вдохни ртом, а выдохни носом.

3. Исследование целенаправленности воздушной струи

Материал для исследования: ватный шарик.

- Вот мяч и ворота. Давай поиграем в футбол. Подуй на шарик и забей мяч в ворота.

4. Исследование силы воздушной струи.

-Подуй на карандаш так, чтобы он прокатился по столу. Для этого сначала вдохни носом и сильно выдохни на карандаш. При этом губы вытяни трубочкой.

Критерии оценивания:

диафрагмальный тип дыхания, дифференцирует ротовой и носовой вдох и выдох, выдыхаемая воздушная струя сильная и целенаправленная – 0;

диафрагмальный тип дыхания, дифференцирует носовой и ротовой вдох и выдох, снижен объем и сила выдоха – 1;

диафрагмальный тип дыхания, аритмичность вдоха и выдоха, малый объем и сила выдоха, недостаточная дифференциация ротового и носового вдоха и выдоха – 2;

верхнеключичный тип дыхания, ритмичность вдоха и выдоха, малый объем и сила выдоха, не дифференцирует ротовой и носовой вдох и выдох–3; задания не выполняет – 4.

Задание 9. Исследование особенностей фонационного дыхания.

Ребенку следует произнести на одном выдохе предложение.

Следует вдохнуть через нос и на выдохе произносить предложение.

– Вася идет в школу.

Критерии оценивания:

речь на выдохе, объем речевого дыхания хороший– 0;

речь на выдохе, объем речевого дыхания ограничен – 1;

речь на выдохе, но ослаблен речевой выдох – 2;

речь возможна на вдохе, дискоординация дыхания и фонации – 3;

не справляется с заданиями – 4.

Результаты обследования были взяты из учебных записок университета им. П.Ф. Лесгафта – 2016. – №1(131). И.Н. Балашова, Н.П. Ванчакова [34].

Интерпретация результатов экспериментального изучения:

0÷7 баллов – речь приближена к границы нормы;

8÷15 баллов – легкая степень симптоматики дизартрии;

16÷22баллов – умеренная степень симптоматики дизартрии;

23÷29 баллов – тяжелая степень симптоматики дизартрии;

30÷36 баллов – анартрия.

2.3. Анализ результатов экспериментального изучения

Для выявления особенностей проявления дизартрии у дошкольников использовалась методика, которая включает 9 заданий, направленных на изучение состояния:

-артикуляции (1-6 задание);

- дыхания (7 задание);

- голоса (8-9 задание);
- состояние звукопроизношения.

С первым заданием, которое предполагало уточнить объем движений нижней челюсти у 30% детей отмечается легкое непродуктивное шевеление, а у 50% челюсть недостаточное опущение, движения невозможны вниз, обратно, вправо и влево. Затруднения при выполнении задания выражались непониманием, дети были неуверенными.

При проведении второго задания было определено положение языка. У 10% положение языка по средней линии, так же у 10% легкая девиация. 20% имеет умеренную девиацию, 30% детей со значимой девиацией. И у 10% детей язык в полости рта. Затруднений при выполнении задания не было.

В третьем задании был определен тонус языка. Легкую спастичность имеет 10% детей. У 50% умеренная спастичность, а у 30% выраженная. У 10% детей определена ригидность. Затруднений при выполнении задания не было.

При выполнении четвертого, пятого и шестого задания были определены мышечная сила языка и переключаемость. Мышечную силу языка в норме имеет 10% детей, у 30% детей легкое снижение, у 20% умеренное, а выраженное так же у 20% детей. У 20% детей мышечная сила языка отсутствует. Точность движения языка в активном состоянии у 10% детей в норме, 30% имеют легкие затруднения, а выраженные 30%. У 20% точность движения языка грубо нарушено, а полная дискоординация языка лишь у 10% детей. Переключаемость без затруднений 20% детей, замедленность языка имеют 20% детей. Умеренные и выраженные затруднения имеют 60% детей (30% ребенка умеренны и 30% выраженные). Большинство детей задание понимали не сразу, делали неуверенно.

В седьмом задании оценивается звучность голоса ребенка, ритм и интонация. Звучность голоса у 40% детей в пределах нормы. Умеренную дисфонию имеют 20% детей, в некоторых фразах интонацию не меняют, голос тихий. А при выраженной дисфонии голос монотонный, тихий, слабый,

говорят шепотом, изменения интонации во фразах нет, таких детей 40% . Это задание дети выполнили без стеснения, повторяя все за мной, но с разными результатами.

Целью восьмого задания было изучение типа дыхания. 60% детей имеют диафрагмальный тип дыхания, они дифференцируют ротовой и носовой вдох и выдох, выдыхаемая воздушная струя сильная и целенаправленная. 10% детей имеют так же диафрагмальный тип дыхания, в норме дифференцируют носовой и ротовой вдох и выдох, снижен объем и сила выдоха. У 30% детей наблюдается верхнеключичный тип дыхания, аритмичность вдоха и выдоха, имеют малый объем и сила выдоха, не дифференцируют ротовой и носовой вдох и выдох.

В задании девять было обследовано состояние речевого вдоха и выдоха дыхания детей. Норму имеют 20% детей, у 30% речевое дыхание ограничено, у 40% речевой выдох ослаблен, но у всех речь на выдохе. У 10% детей возможна речь на вдохе, имеется дискоординация дыхания и фонация. 10% детей не справляются с заданием, не делают вдох через нос и на выдохе не произносят предложение (Таблица 1).

Таблица 1

Результаты обследования

Задания Дети	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	4	3	2	2	1	2	3	0	2
2	4	4	4	4	2	0	0	0	1
3	3	0	2	1	2	0	3	0	1
4	4	3	3	4	2	2	2	0	1
5	4	2	3	3	2	3	3	0	2
6	3	0	2	1	1	1	0	3	4
7	0	1	3	3	3	3	3	3	2
8	4	3	2	2	2	2	0	0	2
9	3	2	2	0	3	3	0	1	3
10	0	0	1	1	0	1	2	3	0

Исходя из данных таблицы 1, сделаны следующие выводы:

- легкая степень симптоматики дизартрии у 3 детей,
- умеренная степень симптоматики дизартрии у 7 детей,
- тяжелая степень симптоматики дизартрии у детей не имеются.

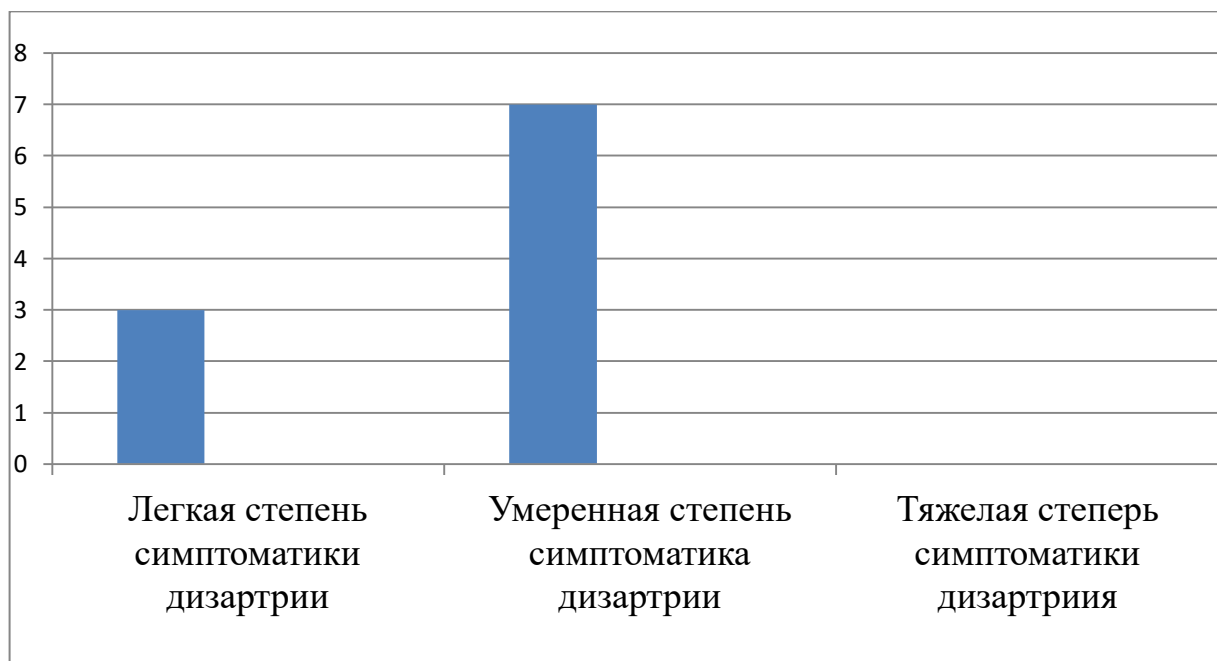


Рис 1. Результаты экспериментального изучения

Легкая степень дизартрии выявлена у 30% детей в дошкольном возрасте. Для них характерно легкие затруднения с артикуляционным аппаратом – наблюдается легкая девиация, спастичность, так же легкое снижение мышечной силы языка. При голосообразовании имеется легкая дисфония. Дети не всегда произносят фразу с правильной интонацией. Объем речевого дыхания ограничен, говорят на выдохе. Также при легкой степени дизартрии нарушено звукопроизношение ([P], [P'], [C], [C'], [Ш]).

У 70% процентов детей наблюдается умеренная степень дизартрии. Более выражены нарушения артикуляционного аппарата, речевого дыхания, голосообразования и звукопроизношения. При этой степени характерна умеренная девиация, так же умеренная спастичность. Имеются затруднения точности движения языка и переключаемости. Голос тихий, но интонационно

окрашен. Наблюдается диафрагмальный тип дыхания, малый объем и сила выдоха. Так же нарушены звуки [Р], [Р'], [С], [С'], [Ш], [Ц], [Ч].

Таким образом, экспериментальное изучение доказывает необходимость проведения целенаправленной логопедической работы, направленной на преодоление нарушений звукопроизносительной стороны речи: фонация, артикуляция и дыхание.

ГЛАВА III. ЭКСПЕРЕМЕНТАЛЬНОЕ ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДИЗАРТРИЕЙ

3.1. Цель, задачи и организация экспериментального обучения

Проведенное экспериментальное изучение состояния звукопроизносительной стороны речи дошкольников с дизартрией доказывает необходимость проведения коррекционной работы.

Цель: развивать дыхание, фонацию и артикуляцию с помощью игр и упражнений, в том числе и кинезиотерапевтических, направленных на коррекцию дизартрии в дошкольном возрасте.

Задачи обучения:

1. Подобрать речевой материал и практические задания, в том числе и кинезиотерапевтические упражнения.
2. Провести экспериментальное обучение, направленное на формирование артикуляционного аппарата, речевого дыхания, фонации.
3. Провести контрольный эксперимент.

Существуют как традиционные, так и современные подходы по преодолению дизартрии в дошкольном возрасте. На наш взгляд наиболее интересным подходом можно рассматривать кинезиологию.

Кинезиология – это новая синтетическая дисциплина, которая зародилась в США и распространилась по всему миру. Развитие истории изучения двигательной активности в России официально началась с 30-х годов XX века, которая показана в работе профессора Н.А Бернштейна [41].

Прикладная кинезиология – это такой вид альтернативной медицины, который основан в 1964 году Джорджем Гудхартом в США [41]. Он представляет собой хиропрактический метод диагностики и терапии, который декларирует связи мышечного напряжения (тонуса) с состоянием внутренних органов и систем организма и предлагающий способы корректирующего немедикаментозного воздействия на них [41].

Кинезиология развилась в 60-е годы из хиропрактики, остеопатии и других наук. Основатель кинезиологии – американец Джордж Гудхардт. Он принял за основу древний метод индейцев, развил его, создав достаточно стройную теорию, в основе которой лежит мышечный тест, считающийся в науке о движениях точнейшим и эффективным инструментом. Мышечное тестирование определяет стрессовые области в жизни человека и уточняет эмоциональные травмы, которые привели к проблемам [41].

Существует такая концепция как «три в одном» [41]. Она является интересным направлением кинезиологии и возникла в 70-х годах 20 века. Авторами концепции являются Гордон Стокс (кинезиолог), Дениэл Уайтсайд (врач-генетик) и Кэндис Келлуэй 1949-2005 (психолог, метафизик).

Кинезиотерапия представляет собой развитие сохранных функций, таких как: собранности, внимания, конкретности представления, активности мысли [42]. Так же развития памяти: эмоциональной; образной – при которой происходит восприятие наглядного образца движений; словесно-логической – при осмысливании задачи и запоминании последовательности выполнения заданий; двигательно-моторной – в связи с практическим выполнением заданий; произвольной, без которой невозможно сознательное, самостоятельное выполнение упражнения [42]. Наибольшее значение приобретает лечебная гимнастика с ее общеоздоровительным и общеукрепляющим влиянием. Она воздействует на отдельные мышечные группы, развивает мышечную деятельность. Такие как расслабление, степень напряжения. Так же позволяет постепенно усложнять движения, развивать их точность и таким образом устранять лишние движения и восстанавливать более полноценные. В лечебной гимнастике обычно сочетают упражнения для паретичных конечностей с общеукрепляющими упражнениями, что необходимо для улучшения координации движений, выравнивания мышечного тонуса и формирование кинестезий [42].

Несмотря на то, что кинезиология изучается давно в работе детей с ОВЗ, в том числе и при дизартрии, данный подход начал применяться активно в последние годы.

Кинезиологические упражнения – это комплекс движений, который позволяет активизировать межполушарное взаимодействие, развивать комиссуры как межполушарные интеграторы, через которые полушария обмениваются информацией, происходит синхронизация работы полушарий [42].

Приведем примеры использования кинезиологических упражнений, которые мы включали в свою работу:

Упражнение 1.

«Кулак-ребро-ладонь» Ребенку показывают три положения ладони на плоскости стола, последовательно сменяющие друг друга: ладонь, сжатая в кулак, – ладонь ребром – выпрямленная ладонь. Упражнение сначала выполняют правой рукой, потом левой, затем двумя руками.

Цель: Улучшают мыслительную деятельность, синхронизируют работу полушарий, способствуют запоминанию, повышают устойчивость внимания, стимулируют развитие речи.

Упражнение 2.

«Класс-О'key» Смена одной позиции на другую.

Упражнение 3.

«Ухо-нос» Левой рукой возьмитесь за кончик носа, а правой рукой – за противоположное ухо. Одновременно отпустите ухо и нос, хлопните в ладоши, поменяйте положение рук «с точностью до наоборот».

Упражнение 4.

«Лодочка» (лежа на спине лицом вверх) Ребенок лежит на полу лицом вверх, руки подняты вверх над головой. На счет от 1 до 4 он медленно поднимает одновременно руки, ноги (носочки при этом оттянуты), голову, делая "лодочку". Держит эту позицию на счет от 1 до 4, медленно возвращается в исходное положение тоже на счет от 1 до 4. Далее следует

релаксационное расслабление. Затем повторение упражнения. Делается 3-5 раз.

Упражнение 5.

«Колечко» Поочередно и как можно быстрее перебирайте пальцы рук, соединяя в кольцо с большим пальцем последовательно: указательный, средний и т.д. Упражнение выполняется в прямом (от указательного пальца к мизинцу) и в обратном (от мизинца к указательному пальцу) порядке. В начале упражнение выполняется каждой рукой отдельно, затем вместе.

В комплексе преодоления дизартрии так же используют дельфинотерапию, пескотерапию, изотерапию и т.д. Они дают, по мнению исследователей, положительный результат, но в своей работе мы их не использовали, так как для полноценной реализации требуют большое количество времени и специальное дополнительное оборудование.

Обучение проводилось в период с октября 2019 г по март 2020 г, на базе МБОУ Детский сад №123 «Семицветик» г. Пенза. В обучении приняли участие 10 детей старшего дошкольного возраста с дизартрией. Целенаправленная работа проводилась 2 раза в неделю, индивидуальная 20 минут, а групповая 30 минут. Обучение было направлено на формирование артикуляционного аппарата, речевого дыхания и фонации.

Логопедическая работа была направлена на преодоление нарушений (3 направления работы):

- дыхания;
- фонации;
- артикуляции.

3.2. Логопедическая работа по формированию звукопроизносительной стороны речи

3.2.1. Работа над речевым дыханием

Важным разделом логопедической работы при дизартрии является развитие дыхания и коррекция его нарушений.

Коррекция нарушений дыхания начинается с общих упражнений, целью которых является увеличение объема, силы и глубины вдыхаемого и выдыхаемого воздуха и нормализация ритма дыхания [42]. Выделяют физиологическое и фонационное дыхание. Отличия [42]:

1. Физиологическое дыхание совершается автоматически. Фонационное дыхание происходит подчинено воли и совершается в процессе речи.

2. При физиологическом дыхании вдох по продолжительности равен выдоху, а фонационный вдох короткий, быстрый, а выдох – замедленный.

3. Именно фонационное дыхание является индикатором напряжения человека. Так как психическое состояние отражается на способе выдыхания и многообразие оттенков речи связано именно с изменением характера выдыхания.

Упражнение 1.

Ребенку необходимо сделать вдох носом, а выдох ртом. Затем наоборот: вдох ртом, а выдох носом. А так же дышать только носом, а после только ртом. Выполнить все задания по 10-15 раз.

Упражнение 2.

Высунув язык, ребенок должен дуть горячим воздухом на ладошки (например, чтобы согреть их), а затем холодным.

Упражнение 3.

Ребенок высовывает язык, делает вдох и дует на вату, которая лежит на его ладошке холодным воздухом. Затем вату необходимо положить на нос, ребенок поднимает язык и так же дует на неё холодным воздухом.

Упражнение 4.

«Загони мяч в ворота»

Ребенок делает вдох, высовывает язык и на выдохе дует на вату. При этом необходимо выдох направить в правильном направлении, чтобы загнать «мяч» в ворота.

Упражнение 5.

«Фокус»

Необходимо сделать вдох и медленно дышать на свечу так, чтобы она не сгорела. Затем повторить, но уже высунув язык.

3.2.2. Работа над формированием артикуляционных укладов

При дизартрии моторика артикуляционного аппарата нарушена, поэтому для ее создания необходимо выполнить коррекционную работу. Все упражнения выполняются перед зеркалом вместе с логопедом. Традиционно выделяют пассивную и активную артикуляционную гимнастику.

После массажа проводится пассивная артикуляционная гимнастика. Логопед выполняет пассивные движения органов артикуляционного аппарата. Их целью является включение в процесс формирования новых мышечных групп, которые ранее были неактивными, или увеличение интенсивности ранее задействованных мышц. Это создает условия для формирования произвольных движений речевых мышц. Направление, объем и траектория пассивных движений такие же, как и у активных движений. Они отличаются от активных движений тем, что время включения и выключения от движения, время фиксации не зависят от ребенка. Ребенок совершает артикуляционные движения только путем механического

воздействия - под давлением рук логопеда или шпателя, зонда. Пассивные движения должны выполняться плавно, медленно и с постепенным увеличением нагрузки [42].

При выполнении активной артикуляционной гимнастики очень важна тактильная проприоцептивная стимуляция, которая способствует развитию статико-динамических ощущений и чистой суставной кинестезии. При реализации принципа компенсации на первых этапах работы используют максимальное подключение различных анализаторов (зрительных, слуховых, тактильных). Тактильный анализатор играет важную роль в кинестетическом восприятии, поэтому массаж и пассивная гимнастика выполняются перед активной артикуляционной гимнастикой [42]. Кроме того, для развития более четкой и дифференцированной кинестезии артикуляции участие тактильного анализатора, зрения и слуха постепенно устраняется. Многие упражнения можно выполнять с закрытыми глазами и сосредоточить внимание ребенка на проприоцептивных ощущениях. При выполнении активных движений артикуляции в лицевых, губных и язычных мышцах важно формировать полноту диапазона движений, дифференцировать включение различных мышц, плавность, симметричные движения, скорость включения и переключения. Необходимо развивать произвольность, дифференциацию артикуляционных движений и контроль их выполнения [42].

Более подробно остановимся на пассивной артикуляционной гимнастике.

«Улыбка»

Необходимо улыбнуться так, чтобы были видны верхние и нижние зубы. И такое положение продержать 15-20 секунд.

«Трубочка»

Губы вытянуть вперед и держать 15-20 секунд. Так же можно чередовать с улыбкой.

«Иголочка»

Высунуть язык и сделать его тонким, как иголочку.

«Лопаточка»

Высунуть язык и сделать его большим и удерживать его на нижней губе около 15-20 секунд.

«Часики»

Высунуть язык и кончик языка направлять в правый и левый уголки рта. Упражнение делать в улыбке. Повторить 15-20 раз.

«Качели»

Кончик языка поднимать к верхней губе, а затем к нижней. Упражнение делается в улыбке. Повторить 15-20 раз.

3.2.3. Работа над фонацией

Работа над фонацией является важным этапом при коррекции дизартрии. Речь при дизартрии смазанная, нечеткая, голос тихий, слабый. Иногда, наоборот, резкий, визгливый, ритм дыхания нарушен. Речь теряет свою плавность, членораздельность и внятность, темп речи может быть ускоренным или замедленным. Необходимо так провести обучение.

Фонопедия может быть определена как комплекс педагогического воздействия, ориентированного на постепенную активацию и координацию нервно-мышечного аппарата гортани с помощью специальных упражнений, коррекции дыхания и личности студента. Специальная подготовка позволяет определить, как работает ваше голосовое устройство, чтобы добиться полного акустического эффекта при минимальной нагрузке. Фонопедия основана на физиологии формирования голоса, принципах дидактики и методологических основах логопедической терапии и тесно связана с дисциплинами биомедицинского цикла. Функциональная тренировка для коррекции голоса проводится с учетом патологических изменений в голосовом аппарате, которые диагностирует специалист или ЛОР-специалист. Кроме того, нейропсихологическое состояние человека

учитывается при определении первичного или вторичного нарушения голоса [18].

Этиология и характер проявлений нарушений голоса очень разнообразны, важно отметить, что методы фонопедической коррекции следует применять только при хронической патологии [18].

Е.В. Лаврова [18] считает, что в настоящее время фонопедия прочно заняла свое место в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий, а в ряде случаев оказывается единственным способом возвращения полноценной голосовой функции. Знание ее основ, а также методов профилактики голосовых нарушений необходимо логопедам при их подготовке к профессиональной деятельности.

Упражнение 1.

Необходимо посчитать от 1 до 10 с постепенным усилением голоса. Где 1 – это тихий голос, а 10 громкий. И наоборот.

Упражнение 2.

Ребенок называет дни недели с постепенным усилением и последующим ослаблением силы голоса:

Понедельник, вторник – беззвучная артикуляция

Среда, четверг – шёпот

Пятница, суббота – громко;

Воскресенье – средняя сила;

Суббота, пятница – шёпот;

Четверг, среда – средняя сила;

Вторник, понедельник – беззвучная артикуляция.

Упражнение 3.

Ребенку необходимо произнести предложения с разной интонацией: вопросительной, удивленной, радостной, доброжелательной, злой, задумчивой.

Предложения: «Я иду в школу», «Скоро Новый год», «Меня зовут Катя».

3.3. Контрольный эксперимент

Для доказательства эффективности проведённой логопедической работы в марте 2020г. был проведён контрольный эксперимент. В контрольном эксперименте приняли участие те же дети, с которыми было проведено изучение. Детям были предложены задания аналогичные тем, что проводились на стадии констатирующего эксперимента.

Таблица 2

<i>Результаты обучения Задания Дети</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	3	2	0	1	0	1	2	0	0
2	3	3	3	3	1	0	0	0	0
3	2	0	1	0	1	0	1	0	0
4	4	2	2	2	0	2	0	0	0
5	2	3	1	2	4	2	1	1	0
6	1	0	0	0	0	0	0	1	3
7	0	2	2	1	2	2	1	2	4
8	2	2	1	0	1	1	0	0	1
9	0	0	0	0	2	2	0	0	3
10	0	0	0	0	0	0	0	1	0

Анализ результатов, представленных в таблице:

- границы нормы имеют 6 детей,
- легкая степень симптоматики дизартрии у 2 детей,
- умеренная степень симптоматики дизартрии у 2 детей,
- тяжелая степень симптоматики дизартрии не имеются,

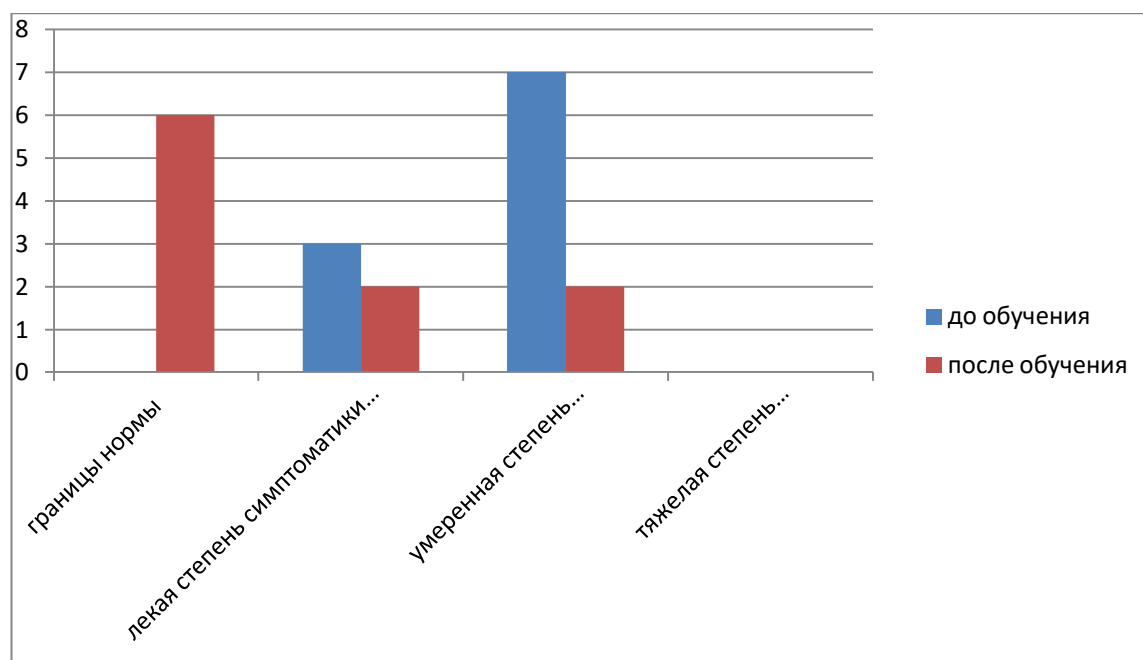


Рис. 2. Результаты обучения

Положительную динамику в преодолении нарушений мышечного тонуса и артикуляционной моторики мы обнаружили у детей, которые параллельно получали медикаментозную поддержку. Если при изучении артикуляционной моторики у ребенка наблюдалась легкая девиация, то после обучения положение языка приближалось к норме. А при умеренной степени девиации мы практически не наблюдали отклонений языка при двигательной нагрузке. Наблюдаются небольшие шевеления вправо и влево в полости рта. Тонус языка при легкой и умеренной спастичности после обучения у детей стал в норме, а при выраженной степени и ригидности перешла в умеренную степень. Мышечная сила языка у 60% детей после обучения приблизилась норме. А у 40% детей, у которых имелась выраженная степень, мы наблюдали умеренные проявления. Переключаемость и точность языка у большинства детей (70%) стала в норме. У 30% появились значительные улучшения до умеренной степени.

Если до обучения 20% детей имели умеренную дисфонию, то после нашей работы мы не наблюдали выраженных трудности фонационного

оформление высказываний. При выраженной степени дисфонии у 20% детей форма перешла в умеренную степень, а у остальных осталась прежней.

Логопедическая работа включала развитие речевого дыхания у детей дошкольного возраста с дизартрией. У ребенка, у которого были снижены объем и сила выдоха эти показатели были приближены к норме. На стадии констатирующего эксперимента у 30% детей наблюдался: верхнеключичный тип дыхания, аритмичность вдоха и выдоха, малый объем и сила выдоха, наличие недифференцированного ротового и носового вдоха и выдоха. После обучения у 20% детей стал диафрагмальный тип дыхания, так же они начали дифференцировать носовой и ротовой вдох и выдох, но у них по-прежнему снижен объем и сила выдоха. У 10% детей после обучения изменений не выявлено.

Экспериментальная работа проводилась ограниченное время, а неврологическая симптоматика при дизартрии требует активной медикаментозной поддержки и более длительных сроков обучения.

Как наглядно показано на рисунке 2, контрольный эксперимент доказал эффективность проведенной логопедической работы и подтвердил выдвинутую гипотезу.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ литературы показал, что у дошкольников с дизартрией нарушено речевое дыхание, качество и свойство голоса, артикуляционная моторика и звукопроизношение. Речевое дыхание нарушено: дети не делают достаточного речевого вдоха как перед высказыванием, так и после, следствием этого отмечаются постоянные паузы; голос монотонный, невыразительный, затихающий к концу фразы; нарушена артикуляционная моторика: повышен тонус в мускулатуре языка и губ, имеется девиация; звукопроизношение характеризуется большим количеством искажений.

Было проведено экспериментальное изучение, направленное на выявление состояния:

- артикуляции;
- дыхания;
- голоса;
- состояния звукопроизношения.

Просодическая сторона речи, обследуемых детей, характеризуется рядом специфических проявлений таких как: хриплый, сиплый, ослабленный голос; темп речи может быть ускорен или замедленным. Отмечаются нарушения модуляции голоса.

Дошкольники с экспериментальной группы имеют нарушения в строении и функционировании артикуляционного аппарата. Корень языка при высоком мышечном тоне напряжен, так же недостаточная выраженность кончика языка. Часто при открытии рта язык беспокойный, оттягивается внутрь, вялый, движения ограничены.

Проведённое экспериментальное изучение показало, что речь детей нарушена фонетически: имеются нарушения звукопроизношения по типу искажения. Все это доказывает необходимость своевременной коррекционной работы, направленной на преодоление выявленных нарушений.

Нами было проведено экспериментальное обучение с помощью игр и кинезиотерапевтических упражнений. Кинезиотерапия представляет собой комплекс движений, которые позволяют активизировать межполушарное взаимодействие. Также кинезиотерапия развивает сохранённые функции: собранность, внимание, конкретность представления, активность мысли, память.

Речевое дыхание детей с дизартрией к концу обучения у большинства было приближено к норме: речевой выдох стал более длительным и комфортным для ребенка. Так же мы увидели положительную динамику в сформированности артикуляционных укладов. Голос детей дошкольного возраста с дизартрией стал более громким, интонационно окрашенным, а темп речи в большинстве случаев приобрёл норму.

Результаты контрольного эксперимента показали, что у дошкольников с дизартрией улучшилось речевое дыхание, качество голоса, возможности артикуляционной моторики.

Таким образом, можно сделать вывод, что применение кинезиотерапевтических упражнений и игр будет эффективно в преодолении дизартрии у детей дошкольного возраста; все это доказывает выдвинутую гипотезу.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Архипова, Е.Ф. Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стертой дизартрии у детей / Е.Ф. Архипова. – М., 2008. – 254с.
2. Архипова, Е.Ф. Стертая дизартрия у детей: учебное пособие / Е.Ф. Архипова–М., 2014. – 319 с.
3. Асташина, И. В. Логопедические игры и упражнения для детей / И.В. Асташина. – М., 2015. – 192 с.
4. Бабина, Г.В. Практикум по дисциплине «Логопедия»: Учебно-методическое пособие / Г.В. Бабина. – М., 2012. – 104с.
5. Бадалян, Л.О. Детская неврология [Электронный ресурс]. – http://pedlib.ru/Books/3/0459/3_0459-1.shtml
6. Безруких, М. М. Возрастная физиология: (Физиология развития ребенка): Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / М. М. Безруких, В.Д.Сонькин, Д.А. Фарбер. — М., 2003. – 416 с.
7. Белякова, Л.И. Логопедия. Дизартрия / Л.И. Белякова – М.: Гуманитарный изд. центр ВЛАДОС, 2013. – 287с.
8. Белякова, Л.И. Логопедия. Дизартрия / Л.И. Белякова, Н.Н. Волоскова. – 2009. – 287с.
9. Белякова, Л.И. Методика развития речевого дыхания у дошкольников с нарушениями речи / Л.И. Белякова, Н.Н. Гончарова, Т.Г. Шишкова - М., 2004. – 56с.
10. Буденная, Т.В. Логопедическая гимнастика: Метод. пособие / Т. В. Буденная. – СПб., 2001. – 60 с.
11. Винарская, Е.Н. Раннее речевое развитие ребенка и проблемы дефектологии: периодика раннего развития. Эмоциональные предпосылки освоения языка. [Электронный ресурс]. – <http://pedlib.ru/Books/5/0096/5-0096-1.shtml>

12. Власова, Т.А. О детях с отклонениями в развитии [Электронный ресурс]. – http://pedlib.ru/Books/6/0192/6_0192-1.shtml
13. Волкова, Г.А. Методика психолого-логопедического обследования детей с нарушениями речи. Вопросы дифференциальной диагностики: учеб-метод. пособие / Г. А. Волкова. – СПб., 2003. – 133 с.
14. Выготский, Л.С. Основы дефектологии [Электронный ресурс]. – http://pedlib.ru/Books/1/0453/1_0453-1.shtml
15. Деева, Ю.П. Коррекция нарушений голоса у детей дошкольного возраста с дизартрией на музыкальных занятиях / Ю.П. Деева. – 2014. – №5. – С. 299-304.
16. Елеуова, А.Е. статья: «Влияние компонентов просодики на речь при дизартрии». [Электронный ресурс]. – <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-komponentov-prosodiki-na-rech-pri-dizartrii>
17. Иншакова, О.Б. Альбом для логопеда [Электронный ресурс]. – <https://nsportal.ru/shkola/obshchepedagogicheskie-tehnologii/library/2018/12/12/o-b-inshakova-albom-dlya-logopeda>
18. Лаврова, Е.В. Логопедия: основы фонопедии: рек. УМО вузов РФ / Е. В. Лаврова. – М., 2007. – 144 с. – (Высшее профессиональное образование).
19. Ларина, Е.А. Анализ особенностей интонационной стороны речи у детей с различными нозологическими формами речевой патологии / Е.А Ларина. – 2011. – №4. – С.169-172.
20. Логопедия: учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов / под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. [Электронный ресурс]. – <http://pedlib.ru/Books/2/0049>
21. Лопатина, Л.В. Дифференциальная диагностика стертой дизартрии и функциональных расстройств звукопроизношения. Материалы конференции «Реабилитация пациентов с расстройствами речи». / Л.В. Лопатина – СПб., 2000. – С 177–182.

22. Лурия, А. Р. Высшие корковые функции человека [Электронный ресурс]. – http://pedlib.ru/Books/6/0153/6_0153-1.shtml
23. Мастюкова, Е.М. Нарушение речи у детей с церебральным параличом / Е.М. Мастюкова, М.В. Ипполитова [Электронный ресурс]. – http://pedlib.ru/Books/5/0465/5_0465-1.shtml
24. Миронова, С. А. Развитие речи дошкольников на логопедических занятиях / С.А. Миронова. – М., 2018. – 208 с.
25. Мохотаева, М.В. Акустические характеристики голоса детей с церебральным параличом / М.В. Мохотаева – 2009. – №2. – С.440-448.
26. Панченко, И.И. Медико-педагогическая характеристика детей с дизартрическими и анартрическими расстройствами речи, страдающих церебральными параличами, и особенности приемов логопедической работы. Нарушения речи и голоса у детей / И.И. Панченко, Л.А. Щербакова. Под ред. С.С. Ляпидевского и С.Н. Шаховской. [Электронный ресурс]. – https://studopedia.ru/7_62103_osnovnie-formi-dizartricheskikh-narusheniy-rechi-i-differentsirovannye-puti-korreksionnogo-vozdeystviya.html
27. Поваляева, М.А. Справочник логопеда / М.А. Поваляева – Ростов-на-Дону, 2002 – 287.
28. Правдина, О.В. Тяжелая дизартрия детского возраста в логопедической практике [Электронный ресурс]. – http://pedlib.ru/Books/2/0001/2_0001-1.shtml
29. Приходько, О.Г. Ранняя помощь детям с двигательной патологией в первые годы жизни: методическое пособие / О.Г. Приходько. – М., 2006. – 112 с.
30. Приходько, О.Г. Дизартрические нарушения речи у детей раннего и дошкольного возраста / О.Г. Приходько. – 2010. – №2. – С. 68-81.
31. Приходько, О.Г. Логопедическое обследование детей с нарушениями речи / О.Г. Приходько. – 2010. – № 3. – С. 82-87.
32. Прищепа, М.И. Возрастная анатомия и физиология / М.И. Прищепа. – М. 2006 – 416 с.

33. Современные проблемы речевого дизонтогенеза: психолого-педагогические аспекты: Международный сборник научных трудов / под ред. С.М. Валявко. – М., 2011.– 122 с.
34. Учебные записки университета им. П.Ф. Лесгафта / И.Н. Балашова, Н.П. Ванчакова. – №1(131)– 2016.
35. Филичева, Т.Б. Основы дошкольной логопедии / Т.Б. Филичева. – М., 2015. – 320с.
36. Фомичева, М.Ф. Воспитание у детей правильного звукопроизношения: Практикум по логопедии [Электронный ресурс]. – http://pedlib.ru/Books/1/0125/1_0125-1.shtml
37. Хватцев, М. Е. Логопедия [Электронный ресурс]. – http://pedlib.ru/Books/2/0327/2_0327-1.shtml
38. Хрестоматия по логопедии / под ред. Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова. – М., 1998.–Ч. I. –С. 163-293.
39. Шереметьева, Е. В. Формирование артикуляционной моторики у детей раннего возраста: учебно-практическое пособие / Е.В. Шереметьева. – Челябинск, 2017. – 104 с.
40. Якубович, М. А. Коррекция двигательных и речевых нарушений методами физического воспитания / М.А. Якубович, О.В. Преснова. – Москва, 2006. – 287 с.
41. https://www.b17.ru/blog/istoriya_razvitiya_kineziologii/
42. https://studopedia.ru/7_15062_II-glava-dizartricheskie-narusheniya-rechi-u-detey-rannego-vozrasta-i-doshkolnogo-vozrasta.html



АНТИПЛАГИАТ
ТВОРИТЕ СОБСТВЕННЫМ УМОМ

Пензенский государственный
университет

СПРАВКА о результатах проверки текстового документа на наличие заимствований

Проверка выполнена в системе
Антиплагиат.VUZ

Автор работы	Будникова Дарья Алексеевна
Подразделение	Кафедра "Дошкольное и дефектологическое образование"
Тип работы	Выпускная квалификационная работа
Название работы	Будникова Д.А. Современные подходы по преодолению дизартрии в дошкольном возрасте
Название файла	Будникова Д.А. Современные подходы по преодолению дизартрии в дошкольном возрасте.docx
Процент заимствования	37.49 %
Процент самоцитирования	0.00 %
Процент цитирования	11.17 %
Процент оригинальности	51.34 %
Дата проверки	18:02:41 10 мая 2020г.
Модули поиска	Модуль поиска ИПС "Адилет"; Модуль выделения библиографических записей; Сводная коллекция ЭБС; Коллекция РГБ; Цитирование; Модуль поиска переводных заимствований; Модуль поиска переводных заимствований по elibrary (EnRu); Модуль поиска переводных заимствований по интернет (EnRu); Коллекция eLIBRARY.RU; Коллекция ГАРАНТ; Модуль поиска Интернет; Коллекция Медицина; Модуль поиска перефразирований eLIBRARY.RU; Модуль поиска перефразирований Интернет; Коллекция Патенты; Модуль поиска "ПГУ"; Модуль поиска общеупотребительных выражений; Кольцо вузов

Работу проверил Карпушкина Елена Александровна
ФИО проверяющего

Дата подписи

10.05.20.

Подпись проверяющего

Чтобы убедиться
в подлинности справки,
используйте QR-код, который
содержит ссылку на отчет.



Ответ на вопрос, является ли обнаруженное заимствование
корректным, система оставляет на усмотрение проверяющего.
Предоставленная информация не подлежит использованию
в коммерческих целях.

ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
Пензенский педагогический институт им. В. Г. Белинского

Факультет педагогики, психологии
и социальных наук

Кафедра «Дошкольное и
дефектологическое образование»

Направление подготовки:
Специальное «дефектологическое»
образование
Профиль подготовки: «Логопедия»

Утверждаю: зав. кафедрой
«22» 2019 г.
Протокол №
Л.Н. Корчагина

Задание

По выпускной квалификационной работе Будниковой Дарьи Алексеевны

1. Тема работы «Современные подходы по преодолению дизартрии в дошкольном возрасте»

Утверждена приказом по Университету «21» 2019 г. № 11910/6

2. Срок сдачи студентом законченной работы « 27 » мая 2020 г.

3. Исходные данные к работе:

Цель изучения: развитие артикуляции, дыхания и фонации у детей дошкольного возраста с дизартрией.

Объект изучения: состояние голоса, дыхания и артикуляции у детей дошкольного возраста с дизартрией.

Предмет изучения: игры и упражнения, в том числе и кинезиотерапевтические, направленные на коррекцию дизартрии у дошкольников.

4. Перечень подлежащих разработке вопросов:

1. Анализ специальной литературы по проблеме формирования произносительной стороны речи у детей дошкольного возраста с дизартрией.
2. Подбор методики и проведение обследования произносительной стороны речи у детей дошкольного возраста с дизартрией.
3. Проведение коррекционных занятий по формированию произносительной стороны речи у детей дошкольного возраста.
5. Календарный план

№ п/п	Наименование этапов ВКР	Сроки выполнения этапов	Примечания
1.	Провести анализ литературы по проблеме современных подходов по преодолению дизартрии в дошкольном возрасте	Июнь-август 2019	
2.	Провести изучение, выявление произносительной стороны речи у детей дошкольного возраста с дизартрией в ходе констатирующего эксперимента.	Сентябрь 2019	
3.	Апробировать предложенную систему упражнений, направленных на формирование произносительной стороны речи дошкольников с дизартрией	Сентябрь 2019-март 2020	
4.	Провести контрольный эксперимент и проверить эффективность проведенной работы.	Март 2020	

6. Дата выдачи задания «25» мая 2019 г.

Руководитель _____
(подпись)

Задание принял к исполнению _____
(подпись)

ОТЗЫВ
на выпускную квалификационную работу Будниковой Дарьи
Алексеевны «Современные подходы по преодолению дизартрии в
дошкольном возрасте»

Выпускная квалификационная работа Будниковой Дарьи Алексеевны посвящена одной из актуальных проблем преодолению дизартрии в дошкольном возрасте. Коррекционная работа при дизартрии играет важную роль для дошкольников.

Дарья Алексеевна изучила современную логопедическую, психологическую и педагогическую литературу, обобщила и систематизировала данные разных исследователей о проблеме преодоления дизартрии в дошкольном возрасте.

Студенткой проведено экспериментальное изучение дизартрии у дошкольников, что позволило выявить недостатки и трудности учащихся изучаемого контингента.

Работа Будниковой Дарьи Алексеевны завершается методической частью: разработкой системы упражнений и игр, направленных на коррекцию выявленных недостатков. Особое внимание в работе выпускница уделяла развитию артикуляции, речевого дыхания и голосоподачи.

Система работы была апробирована студенткой на базе образовательной организации, подтвердила свою эффективность и показала важность применения предложенных занятий в комплексной работе по преодолению дизартрии в дошкольном возрасте.

Выпускная квалификационная работа Будниковой Дарьи Алексеевны выполнена в соответствии с требованиями ГЭК, заслуживает высокой оценки и может быть допущена к защите.

Руководитель ВКР:
к.п.н., доцент кафедры
«Дошкольное и
дефектологическое образование»



Е.А. Карпушкина