

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

КОРРЕКЦИЯ ГОЛОСОВОЙ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ С ДИЗАРТРИЕЙ

Студент

Терещук 24.01.22
(подпись, дата)

Терещук Маргарита Сергеевна

Научный руководитель

Карпушкина 24.01.22
(подпись, дата)

к.п.н. Карпушкина Е.А.

Нормоконтролер

Карпушкина 24.01.22
(подпись, дата)

Е.А. Карпушкина

Работа допущена к защите (протокол заседания кафедры от 14.01.22 № 5)

Заведующий кафедрой

Л.Н. Корчагина
(подпись)

Л.Н. Корчагина

Работа защищена с отметкой 5/отм. (протокол заседания ГЭК от 1.03.22 № 20)

Секретарь ГЭК

Мали
(подпись)

Н.А. Мали

Пенза, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ НАРУШЕНИЙ ГОЛОСА У ДЕТЕЙ С ДИЗАРТРИЕЙ	
1.1. Анатомо-физиологические механизмы голосообразования.....	6
1.2. Характеристика дизартрии как речевого нарушения.....	15
1.3. Механизмы развития голосовых нарушений при дизартрии.....	19
ГЛАВА II. ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ГОЛОСА У ДЕТЕЙ С ДИЗАРТРИЕЙ	
2.1. Методики выявления нарушений голоса у детей с дизартрией....	25
2.2. Результаты констатирующего эксперимента.....	29
ГЛАВА III. ПУТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ГОЛОСА У ДОШКОЛЬНИКОВ С ДИЗАРТРИЕЙ	
3.1. Организация коррекционно-логопедической работы по развитию голоса у дошкольников с дизартрией	39
3.2. Содержание коррекционно-логопедической работы	40
3.3. Результаты контрольного эксперимента.....	47
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	52
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	54
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	58

ВВЕДЕНИЕ

Дизартрия – нарушение звукопроизносительной речи, обусловленное органической недостаточностью иннервации речевого аппарата.

Проблема изучения голоса и характеристик речи, обусловливаемых состоянием голоса, у детей с речевой патологией является одной из актуальных в современной логопедии. Это вызвано, во-первых, тем, что все большее количество детей из популяции дошкольного возраста имеют голосовые и речевые нарушения и нуждаются в логопедической помощи; во-вторых, все чаще причиной возникновения речевых нарушений являются ранние органические поражения центральной и периферической нервной системы, возникшие у ребенка в пренатальный, натальный или ранний постнатальный период развития, влекущие за собой не только нарушение звукопроизносительной стороны речи, но и просодической. Одним из компонентов просодической стороны речи и является голос.

Голос обеспечивает слышимость речи на большом расстоянии. В понятие человеческого голоса входит представление о любых звуках, исходящих из гортани человека, независимо от их сложности и социальной значимости: от рефлекторного крика новорожденного до модулированного голоса знаменитого оратора или певца. Голос является одним из средств слышимости, выразительности, эмоционального и смыслового значения речи.

Голос обеспечивает не только слышимость речи, но и её выразительность, эмоциональность, поэтому любые его нарушения проявляются как в информативно-коммуникативных, так и в аффективно-коммуникативных способностях ребенка. В связи с этим возникает необходимость изучения и коррекции не только системы языка у ребенка с недоразвитием речи, но и состояния его голоса, так как голос имеет важное значение в развитии ребенка, в формировании его как личности, в общении со сверстниками и взрослыми.

Проблема изучения голоса издавна привлекала внимание ученых. Основоположниками отечественного развития научных проблем в области физиологии и патологии голоса считаются Ермолаев В.Г., Заседателев Ф.Ф., Левидов И.И., Малютин С.Н., Работнов Л.Д., Фомичев М.И. Они изучали причины и развитие расстройств голосового аппарата, разрабатывали научные основы постановки голоса, изучали типы дыхания и значение дыхательной системы для правильного голосообразования. В связи с появлением большого количества детей с голосовыми и речевыми нарушениями, которые нуждаются в логопедической помощи данная проблема является актуальной и сейчас.

Объект исследования: голосовая функция детей с дизартрией.

Предмет исследования: использование различных приемов в коррекционно-логопедической работе по преодолению нарушений голоса у детей с дизартрией.

Цель исследования: изучить и выявить основные нарушения голосовой функции детей с дизартрией и разработать содержание коррекционно-логопедической работы по преодолению нарушений голоса.

Задачи исследования:

1. Анализ специальной литературы по проблеме развития голосовой функции у детей с нормой речевого развития и у детей с дизартрией.
2. Подбор методики и проведение диагностического обследования голосовой функции у детей дошкольного возраста с дизартрией.
3. Проведение сравнительного анализа и оценки результатов исследования голосовой функции детей.
4. Разработка системы заданий для коррекционно-логопедической работы по преодолению нарушений голоса.
5. Проверка эффективности проведенной работы в ходе контрольного эксперимента.

Методы исследования:

Анализ психолого-педагогической, лингвистической, методической литературы по теме исследования литературы.

Констатирующий, формирующий и контрольный эксперимент;

Количественный и качественный анализ данных.

Гипотеза нашего исследования – у детей дошкольного возраста с дизартрией голосовая функция имеет свои особенности и использование различных приемов в коррекционно-логопедической работе по преодолению нарушений голоса у детей с дизартрией является эффективной.

ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ НАРУШЕНИЙ ГОЛОСА У ДЕТЕЙ С ДИЗАРТРИЕЙ

1.1. Анатомо-физиологические механизмы голосообразования

Голос – это один из компонентов речи. Вместе с дыханием и артикуляцией он служит внешнему выражению мысли (слова) и контролируется корой головного мозга.

Голосовой аппарат – это составное анатомическое понятие, включающее в себя те органы и системы, которые принимают участие в голосообразовании.

В обобщенном виде органы фонации могут быть представлены следующим образом:

1. Органы, доставляющие вещество звука (воздух): диафрагма и легкие, бронхи, трахея.
2. Органы, продуцирующие основной звук: гортань с непосредственным продуцентом звука – голосовыми складками.
3. Органы, осуществляющие акустическую переработку основного ларингеального звука – надларингеальная резонаторно-акустическая система: преддверие гортани, глотка, полость рта, а также полости носа и околоносовые пазухи [11].

В состоянии покоя вход и выход осуществляются через нос, и их продолжительность практически равна в среднем до 16-18 дыхательных движений в минуту. Характер дыхания при фонации существенно меняется: вдох осуществляется быстрее, а продолжительность выдоха увеличивается в 20, 30 и более раз, особенно при пении. Своеобразие фонационного дыхания выражается еще и в том, что вдох происходит и через нос, и через рот, а выдох только через рот [11].

Органы, доставляющие вещество звука – воздух:

Диафрагма – мышечно-сухожильная пластинка, прикрепленная изнутри к грудной клетке, является не только перегородкой между брюшной

и грудной полостями, но и органом, непосредственно участвующим в акте дыхания. Она имеет форму купола, часть которого вогнута кзади и в сторону грудной клетки. При вдохе диафрагма сокращается, смещается и уплощает органы брюшной полости. В результате чего вместимость плевральной полости и легких увеличивается [1].

Изменения величины смещения ребер и диафрагмы положены в основу определения типа дыхания.

Выделяют следующие типы дыхания:

1. Реберный тип;
2. Брюшной тип;
3. Костоаброминальный (смешанный) тип [21].

Легкие – важнейший орган дыхательной системы. Они имеют форму конуса, вершина которого обращена кверху, а основание расположено на диафрагме. Наружная, передняя и задняя поверхности легких прилегают к внутренней поверхности грудной клетки. Внутренняя поверхность легких обращена к средостению и прилегает к его органам. Правое легкое делится на три, левое – на две доли.

Легкие и внутренняя стенка грудной клетки покрыты листками плевры, между которыми, таким образом, создается плевральное пространство, которое заполнено небольшим количеством жидкости.

Грудная клетка – это полость, образованная 12 грудными позвонками, таким же количеством пар ребер с хрящами и грудиной. Стенки грудной полости в анатомическом и физиологическом отношении составляют единое целое с системой органов дыхания и совершают постоянные ритмичные движения, связанные с вдохом и выдохом. Важную роль в обеспечении реберного дыхания играют межреберные мышцы, а также мышцы грудной стенки и брюшного пресса.

Бронхи, правый и левый, отходят от нижней части трахеи. Правый бронх шире и короче (3 см), чем левый (5 см). Кроме того, он является почти прямым продолжением трахеи. Правый бронх делится на три бронха, а левый

на два. От этих бронхов отходят, ветвясь и суживаясь, бронхиальные ветви, которые в свою очередь, многократно делясь, переходят в бронхиолы. Бронхи в основном состоят из эластичной ткани и отдельных пластинок хряща [8].

Трахея, являющаяся непосредственным продолжением гортани, представляет собой полую эластичную трубку, которая начинается ниже перстневидного хряща и оканчивается на уровне T_{IV} , разделяясь на два бронха – правый и левый. Длина трахеи у взрослых составляет в среднем 10-12 см, ширина просвета равна 15-22 мм у мужчин и 13-18 мм у женщин, у ребенка 5 лет – соответственно 5,5 см и 7 мм [8].

Органы, продуцирующие основной звук:

Гортань расположена в передней области шеи в ее средней части. Вверху она открывается в полость гортанной части глотки, а внизу переходит в трахею. Спереди большая часть гортани покрыта мышцами, подкожной жировой клетчаткой и кожей. У взрослых гортань находится на уровне C_{IV} – C_{VI} , у новорожденных она занимает более высокое положение, у стариков – более низкое (на уровне C_{VII}) [8].

Остов гортани состоит из трех непарных и трех парных хрящей. Непарными хрящами являются перстневидный, щитовидный и надгортанный. К парным относятся черпаловидные, рожковидные (санториниевы) и клиновидные (врисбергские) хрящи [7].

Перстневидный хрящ образует основание, на котором расположены остальные хрящи гортани. Он имеет форму перстня с печаткой. Перстневидный хрящ соединен с первым кольцом трахеи перстнетрахеальной связкой.

Щитовидный хрящ – самый большой хрящ гортани. Он расположен над перстневидным хрящом и состоит из двух пластинок четырехугольной формы, которые соединены между собой под углом. У мужчин в месте соединения пластинок на передней поверхности шеи образуется гортанный выступ (кадык). От заднего края щитовидного хряща вверх отходят верхние

рога, а вниз – нижние. Верхние рога соединяются с подъязычной костью связкой, а нижние – с перстневидным хрящом с помощью сустава.

Надгортанник по форме похож на седло велосипеда, узкая часть которого обращена книзу. Нижняя узкая часть надгортанника – стебелек – прикреплена с помощью надгортанной связки к внутренней поверхности щитовидного хряща, а спереди – к подъязычной кости подъязычно-надгортанной связкой [7].

Черпаловидные хрящи парные, имеют форму трехгранной пирамиды. Черпаловидный хрящ имеет два отростка: наружный – мышечный и передний – голосовой. К первому прикрепляется ряд внутренних мышц гортани, ко второму – голосовая складка. К вершине черпаловидных хрящей прикреплены небольшие парные рожковидные (санториниевы) хрящи. Кнаружи от них в черпалонадгортанных складках находятся парные клиновидные (врисбергиевы) хрящи, также имеющие небольшие размеры [8].

Мышцы гортани делятся на наружные и внутренние. Наружные мышцы соединяют гортань с другими частями тела, они поднимают и опускают ее. Внутренние мышцы при своем сокращении приводят в движение те или иные хрящи гортани. Они приводят в движение голосовые связки, расширяют или суживают голосовую щель.

В зависимости от выполняемой функции различают внутренние мышцы гортани, суживающие и расширяющие голосовую щель. К первым относятся следующие парные мышцы (за исключением поперечной мышцы): перстнечерпаловидная боковая мышца, при сокращении которой голосовые отростки черпаловидных хрящей вместе с голосовыми складками сближаются. Поперечная межчерпаловидная мышца (единственная непарная) при сокращении сближает черпаловидные хрящи и закрывает задний отдел голосовой щели. Косая черпаловидная мышца усиливает функцию поперечной мышцы. При сокращении этой группы мышц голосовые складки сходятся. Внутренняя щиточерпаловидная или голосовая мышца находится в толще голосовой складки.

Единственной мышцей расширяющей голосовую щель, является парная задняя перстнечерпаловидная мышца. При двустороннем сокращении этой мышцы мускульные отростки черпаловидных хрящей сближаются, а их голосовые отростки вместе с голосовыми складками расходятся, в результате чего возникает голосовая щель [1].

Черпалонадгортанная мышца находится в толще черпалонадгортанной складки. При ее сокращении надгортанник наклоняется кзади и вход в гортань суживается. Щитонадгортанная мышца также наклоняет надгортанник кзади [8].

Гортань – хорошо иннервируемый орган. Иннервация гортани осуществляется симпатическим нервом и двумя ветвями блуждающего нерва – верхним и нижним гортанными нервами. Верхний гортанный нерв состоит из двух ветвей: внутренней и наружной. Внутренняя ветвь является двигательным нервом [7].

Внутреннюю часть гортани делят на три отдела:

- верхний (преддверие гортани), который ограничен сверху краем надгортанника, снизу желудочковыми складками;
- средний (глоттис), который ограничен областью голосовых складок;
- нижний (подглоттисное пространство), который ограничен пространством под голосовыми складками.

В средней части гортани (глоттис) находятся ложные (вестибулярные) складки, в которых мышечные волокна развиты слабо. Ниже их – истинные голосовые связки, они выступают в виде складок, имеют треугольную форму и в основном состоят из мышечной ткани. Расстояние между голосовыми складками принято называть «голосовой щелью». При вдохе голосовая щель полностью раскрыта и приобретает форму треугольника с острым углом у щитовидного хряща. В фазе выдоха голосовые складки несколько сближаются, однако при этом не замыкают полностью просвет гортани [20].

В момент фонации, т.е. воспроизведения звука, голосовые складки начинают колебаться, пропуская порции воздуха из легких. При осмотре они кажутся сомкнутыми, так как глаз не улавливает скорости колебательных движений.

При продуцировании шепота голосовые складки раскрыты, не колеблются, а выходящий из легких воздух встречает сопротивление органов артикуляции в виде щелей и смычек, что вызывает специфический шум.

Гортань осуществляет три функции:

1. дыхательную;
2. защитную;
3. голосовую.

Дыхательная функция заключается в проведении воздуха в легкие. При этом голосовые связки расходятся, образуя щель в виде равнобедренного треугольника.

Защитная функция препятствует проникновению инородных тел в нижерасположенные дыхательные органы.

В отношении голосовой функции гортани, т.е. в вопросе о механизме голосообразования, в последнее время существуют несколько теорий [20].

Механизм голосообразования чрезвычайно сложен, поэтому до настоящего времени полностью не изучен. В связи с развитием физиологических и акустических методов исследования в середине XIX в. стало возможным научное обоснование механизма голосообразования. К этому времени относится создание миоэластической теории фонации, основоположником которой считают Феррана, согласно которой голосовые складки колеблются в результате прохождения между сомкнутыми краями тока воздуха, создаваемого энергетическим аппаратом. При этом голосовые складки колеблются пассивно, и частота их колебаний зависит от упругих, эластических свойств тканей голосовых складок.

Согласно миоэластической теории, основными факторами голосообразования являются давление воздуха в трахее и тонус внутренних

мышц гортани. В момент голосообразования между сомкнутыми голосовыми складками напряжением их мышц и подскладочным давлением устанавливается тесное взаимодействие, выражающееся в том, что давление столба воздуха в трахее тем сильнее, чем большее сопротивление оказывают складки [18].

R. Husson (1950), основываясь на результатах изучения физиологии голосообразования, обосновал нейроронаксическую теорию. R. Husson и его сторонники Т. Frint и соав. (1969) полагают, что голосовые складки не пассивно колеблются под действием потока воздуха, а периодически сокращаются и расслабляются под влиянием нервных импульсов, поступающих из коры головного мозга по нижнегортанному нерву. Основываясь на экспериментальных данных, авторы установили, что сокращение мышц голосовых складок активный процесс с частотой колебаний, равной частоте нервных импульсов, поступающих по возвратному нерву. Воздушная струя, образующаяся во время выдоха, является не движущей силой колебательных движений голосовых складок, как объясняет миоэластичекая теория, а материалом, из которого генерируется энергия – звук. Следовательно, частота звука, возникающего в гортани, зависит от возбудимости возвратных нервов, а также их способности проводить нервные двигательные импульсы [18].

Л.Б. Дмитриев (1962), Н.И. Жинкин (1963), Е.Д. Рудаков (1964) и В.П. Морозов (1966) установили, что частота колебаний голосовых складок зависит от их длины и массивности, величины подскладочного давления, объема и формы резонаторов, а также от состояния коры головного мозга. Авторы считают, что механизм голосообразования следует объяснять, исходя из положений обеих теорий – миоэластической и нейроронаксической.

J. Perello (1962) выдвинул мукоундуляторную теорию фонации, согласно которой вибрация голосовой складки не что иное, как своеобразное волнообразное скольжение слизистой оболочки, покрывающей голосовые складки. Волнообразное движение возникает в субхордальной области,

распространяется кверху и спереди назад, проходит по краю голосовых складок кверху и гаснет у входа в гортанный желудочек. По мнению И. Максимова эта теория дает чисто механическое объяснение механизму фонации и не отражает сложной взаимосвязи и взаимозависимости деятельности мышц гортани и центральной нервной системы.

Рядом советских ученых доказана зависимость частоты колебаний голосовых складок от искусственного изменения давления в ротовой полости [Дмитриев Л.Б., 1962; Морозов В.П., 1966]. Увеличение давления в ротовой полости приводит к уменьшению частоты основного тона вплоть до полного прекращения колебаний, а уменьшение давления – к повышению частоты основного тона. Реакция голосовых складок зависит от скорости увеличения или уменьшения внутриротового давления.

Механизм голосообразования продолжает вызывать интерес у исследователей в связи с тем, что ни одна из существующих теорий не может полностью объяснить этот столь важный для жизнедеятельности и здоровья человека феномен как в норме, так и при патологии. Но все же представители современной отечественной фониатрии опираются на основные положения миоэластической и нейрохронаксической теорий [18].

Резонаторные полости – органы, перерабатывающие основной ларенгеальный звук:

Глотка – орган длиной 12 см, представляет собой полость, расположенную позади носовой, ротовой полостей и гортани. Стенки глотки состоят в основном из мышц, которые, начинаясь на основании черепа, книзу в виде воронки переходят в пищевод.

В глотке различают три части: верхнюю – носовую (носоглотка), среднюю – ротовую (ротоглотка) и нижнюю – гортанную (гортаноглотка).

Носоглотка имеет неправильную кубическую форму и при помощи двух отверстий (хоан) сообщается с назальными полостями. Стенки этого отдела глотки выполнены в основном костными структурами и поэтому не изменяют свою форму [8].

Средний отдел ограничен сверху нижним краем мягкого неба, а снизу – корнем языка. Передняя стенка этого отдела представлена большим отверстием оральной полости, ограниченным кверху краем мягкого неба с маленьким язычком, латерально-небными дужками и снизу – корнем языка. Гортаноглотка начинается на уровне корня языка и, суживаясь книзу в виде воронки, переходит в пищевод. Спереди в гортанную часть глотки вдается вход в гортань. Справа и слева от него находятся углубления – грушевидные карманы. В них часто застревают инородные тела.

Нос делится на наружный нос и носовую полость с околоносовыми пазухами. Носовая полость снизу граничит с полостью рта и окружена околоносовыми пазухами. Наружу носовая полость открывается носовыми отверстиями, а сзади через хоаны – в носовую часть глотки. Носовая перегородка делит носовую полость на две половины. На наружной стенке расположены три носовые раковины: нижняя, средняя и верхняя. Носовые раковины образованы костными выступами. Под раковинами находятся три носовых хода. В средний носовой ход открываются передние околоносовые пазухи [8].

Околоносовые пазухи представляют собой воздухоносные полости, расположенные в верхней челюсти (верхнечелюстная пазуха), лобной кости (лобная пазуха), решетчатой кости (решетчатая пазуха) и клиновидной кости (клиновидная пазуха). Все пазухи парные, отделены от носовой полости стенками и сообщаются с ней посредством весьма узких отверстий. Околоносовые пазухи выстланы тонкой слизистой оболочкой с мерцательным эпителием, содержащей небольшое количество сосудов и почти лишенной слизистых желез.

Носовая полость и околоносовые пазухи в отличие от резонатора глотки не меняют своего объема и тем самым определяют постоянство тембра.

Полость рта спереди ограничена твердыми стенками – альвеолярными отростками верхней и нижней челюсти и зубами. Крыша полости образована

твёрдым небом (костное образование) в передней части и мягким небом (мышечное образование) в задней части. При максимальном подъёме край мягкого неба может более или менее плотно прилегать к задней стенке глотки и отделять, таким образом, главный ход надларингеальной резонаторной трубы от назальных полостей. Твёрдое небо играет важную роль в резонировании голоса [8].

1.2. Характеристика дизартрии как речевого нарушения

Дизартрия – (от греческих слов: dys – отрицание и arthroo – членораздельно произносить) — нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата – является одной из причин голосовых нарушений. Это тяжелое расстройство всей речевой деятельности. Прежде всего, страдает речевая моторика, все составляющие речедвигательного акта.

При дизартрии нарушается не только звукопроизношение (практически всех групп звуков), но страдает и вся просодическая организация речевого акта, так называемая речевая просодика, включающая голос, интонацию, темп, ритм, также интонационно-ритмическая сторона и эмоциональная окраска речи.

Характерной особенностью дизартрии является нарушение голоса и мелодико-интонационные расстройства. Нарушения голоса связаны с парезами мышц языка, губ, мягкого нёба, голосовых складок, мышц гортани, нарушениями их мышечного тонуса и ограничением их подвижности.

Спастическое сокращение мышц голосового аппарата может полностью исключить возможность вибрации голосовых складок, что будет резко нарушать процесс образования звонких согласных.

Вибрация голосовых складок нарушается также при слабости и паретичности мышц голосового аппарата, сила голоса в этих условиях становится минимальной.

При дизартрии нарушения голоса крайне разнообразны, специфичны для разных ее форм. Наиболее часто они характеризуются недостаточной силой голоса (голос слабый, тихий, иссякающий в процессе речи), нарушениями тембра голоса (глухой, назализованный, хриплый, монотонный, сдавленный, тусклый; может быть гортанным, форсированным, напряженным, прерывистым и т. д.), слабой выраженностью или отсутствием голосовых модуляций (ребенок не может произвольно менять высоту тона). [3]

Таким образом, основные симптомы дизартрии – нарушения звукопроизношения и просодической стороны речи – определяются характером и степенью выраженности проявлений артикуляционных, дыхательных и голосовых расстройств. При дизартрии нарушается низший фонологический уровень языка.

Общими проявлениями расстройств при дизартрии являются:

- псевдобульбарный синдром, выражающийся в нарушении дыхания, глотания, голосообразования, ограниченной подвижности всего артикуляционного аппарата, прежде всего языка и губ;
- дистония – непостоянный, меняющийся тонус;
- синкинезии, т.е. дополнительные, непроизвольные движения, присоединяющиеся к произвольным, в частности, оральные синкинезии.

Выделяют бульбарную, псевдобульбарную, подкорковую (экстрапирамидную, гиперкинетическую), корковую, мозжечковую и так называемые «стертые» формы дизартрии [5].

Нарушение речи при самых тяжелых поражениях центральной нервной системы (ЦНС), когда речь становится практически невозможной из-за полного паралича речедвигательных мышц, называется анартрией. При классификации дизартрии по степени понятности речи для окружающих (1-я

степень, при которой нарушения речи может выявить только специалист; 2-я, при которой речь понятна окружающим, но всем заметны и нарушения звукопроизношения; 3-я, когда речь понятна только близким ребенка и лишь частично – окружающим), анатрия относится к четвертой, самой тяжелой степени и в свою очередь может подразделяться на тяжелую форму анатрии, когда речь и голос отсутствуют полностью, среднюю, при которой могут присутствовать некоторые звуковые реакции, и легкую, при наличии определенной звуко-слоговой активности.

На раннем этапе развития речи у детей может отсутствовать лепет, появляющиеся звуки имеют гнусавый оттенок, первые слова появляются с опозданием (к 2-2,5 годам). При дальнейшем развитии речи грубо страдает произношение практически всех звуков.

При дизартрии может иметь место артикуляторная апраксия (нарушение произвольных движений артикуляционных органов). Артикуляторная апраксия может возникнуть в связи с недостаточностью кинестетических ощущений в артикуляторной мускулатуре.

Нарушения звукопроизношения, обусловленные артикуляторной апраксией, отличаются двумя характерными особенностями:

- искажаются и изменяются звуки, близкие по месту артикуляции;
- нарушение звукопроизношения не постоянно, т.е. ребенок может произносить звук и правильно, и неправильно;

Выделяют два варианта артикуляторной апраксии:

- кинестетическая, связанная с патологией теменных отделов головного мозга, характеризуется трудностями нахождения отдельной артикуляторной позы
- кинетическая, обусловленная патологией примоторных отделов мозга. Нарушена динамическая организация артикуляторных движений, затруднен переход от одного звука (или коартикуляции) к другому.

При этом наблюдаются повторы звуков, слогов, пропуски, перестановки, вставки.

При поражении периферического двигательного нейрона и его связи с мышцей возникает периферический паралич. При поражении центрального двигательного нейрона и его связи с периферическим нейроном развивается центральный паралич.

Периферический паралич характеризуется отсутствием или снижением рефлексов, мышечного тонуса, атрофией мышц. Все это объясняется прерывом рефлекторной дуги.

Центральный паралич возникает при поражении центрального двигательного нейрона в любом его участке (двигательная зона коры головного мозга, ствол головного мозга, спинной мозг). Прерыв пирамидного пути снимает влияние коры головного мозга, что ведет к усилению возбудимости периферического сегментарного аппарата. Для центрального паралича характерна мышечная гипертония, гиперрефлексия, наличие патологических рефлексов и патологических синкинезий.

При периферическом параличе страдают произвольные и непроизвольные движения, при центральном – преимущественно произвольные.

Для периферического паралича характерно диффузное нарушение артикуляционной моторики, при центральном – нарушены тонкие дифференцированные движения.

Наблюдаются различия и в мышечном тонусе: так, при периферическом параличе тонус отсутствует, при центральном – преобладают элементы спастичности.

При периферическом параличе (бульбарная дизартрия) артикуляция гласных сводится к нейтральному звуку, гласные и звонкие согласные оглушены. При центральном параличе (псевдобульбарная дизартрия) артикуляция гласных отодвинута назад, согласные могут как озвончаться, так и оглушаться. [11]

Бульбарная дизартрия: представляет собой симптомокомплекс речедвигательных расстройств, развивающихся в результате поражения ядер,

корешков или периферических отделов 7, 9, 10 и 12 черепно-мозговых нервов. При бульбарной грубо искажается произношение всех губных звуков по типу их приближения к единому глухому щелевому губно-губному звуку. Все смычные согласные также приближаются к щелевым, а переднеязычные – к единому глухому плоскощелевому звуку, звонкие согласные оглушаются. Эти нарушения произношения сопровождаются назализацией. При парезах небно-глоточных и небно-язычных мышц подъем небной занавески в момент речи затрудняется, происходит утечка воздуха через нос, голос приобретает носовой оттенок, искажая тембр речи, недостаточно выражены шумовые признаки речевых звуков [17].

1.3. Механизмы развития голосовых нарушений при дизартрии

Голос обеспечивает слышимость речи на большом расстоянии. В понятие человеческого голоса входит представление о любых звуках, исходящих из гортани человека, независимо от их сложности и социальной значимости: от рефлекторного крика новорожденного до модулированного голоса знаменитого оратора или певца. Голос является одним из средств слышимости, выразительности, эмоционального и смыслового значения речи.

Дизартрия наступает она из-за того, что язык, губы, нёбо, голосовые связки, диафрагма не могут двигаться в полном объеме.

Причиной неподвижности является парез (греч. paresis – уменьшение силы или амплитуды движений, обусловленное нарушением иннервации) мышц артикуляционного аппарата. Таким образом, дизартрия - симптом органического поражения ЦНС головного мозга, тех его отделов, которые составляют речедвигательную зону.

Л.В. Лопатина, Н.В. Серебрякова отмечают, что фонетическая сторона речи представляет собой тесное взаимодействие основных ее компонентов:

звукопроизношения и просодики. Разнообразные фонетические средства оформления высказывания (темп, ритм, ударение, интонация) тесным образом взаимодействуют, определяя, как смысловое содержание, так и отношение говорящего к содержанию [14]. У детей с дизартрией нарушения просодики влияют на разборчивость, внятность, эмоциональный рисунок речи [14].

В работах Е.М. Мастюковой, посвященных изучению речи детей с дизартрией, отмечаются нарушения у них темпа речи, а также трудность использования динамического, ритмического и мелодического ударений. Многие исследователи структуры дефекта при стертой дизартрии указывают на стабильные нарушения интонационной выразительности речи, процессов восприятия и воспроизведения интонационных структур предложения. При этом наиболее сохранной является имитация вопросительной и повествовательной интонации [16].

Восприятие и самостоятельное воспроизведение интонационной структуры, предполагающее в данном случае слухопризнавательную дифференциацию повествовательной и вопросительной интонации, вызывают значительные трудности у детей. При этом более нарушенным оказывается процесс слуховой дифференциации интонационных структур, чем процесс их самостоятельной реализации. Общим для детей является нарушение просодической стороны речи, что является диагностическим критерием при дифференциации стертой дизартрии и дислалии [16].

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

выдох. У некоторых детей речевой выдох укорочен, и они говорят на вдохе - в этом случае речь становится захлебывающейся. Речь детей невыразительная, дикция нечеткая [14].

При рассказывании стихотворная речь ребенка монотонна, постепенно становится менее разборчивой, голос угасает. Наблюдаются нарушения формирования интонационной структуры предложения, при этом более нарушенным является процесс слуховой дифференциации интонационных структур, чем процесс самостоятельной реализации [2].

Специально проведенное исследование различных просодических компонентов показывает, что в первую очередь нарушается восприятие и слуховые дифференцировки интонационных структур. У многих детей с дизартрией есть трудности при восприятии ритма изолированных ударов, акцентированных ударов. Воспроизведение ритмов также вызывает трудности. Задания на восприятие и воспроизведение интонаций большинству детей с дизартрией недоступно, требуется активная помощь взрослого.

Дети, допускающие ошибки, при восприятии и воспроизведении интонаций, своих ошибок не замечают. Не удаются задания на изменение интонаций (радости, грусти) на материале одной и той же фразы. В ряде случаев недоступны задания при обследовании логического ударения. Дети с дизартрией не могут акцентированно произносить определенное слово в предложении [2].

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

паретичности, некоторой ограниченности произвольных движений голосовых складок мышц диафрагмы возникают нарушения, которые относятся к эфферентному звену. Афферентная патология проявляется в недостаточности кинестетического анализа, в нарушении проприоцептивной импульсации от органов голосообразования и дыхания [14].

Во многих исследованиях просодической стороны речи детей с дизартрией оценивается как эмоционально невыразительная монотонная. Внятность речи заметно снижается при увеличении речевой нагрузки. Голос детей оценивается следующими характеристиками: слабый, немелодичный, глухой, хриплый, монотонный, сдавленный, тусклый, напряженный, прерывистый, назализованный, слабомодулированный. Эти симптомы могут быть представлены при дизартрии в разных комбинациях и разной степени выраженности. Достаточно редко встречающимся симптомом при стертой дизартрии является назализация (в чистом виде), то есть не связанная с аденоидами [14].

Исследования Е.Э. Артемовой выявили зависимость между степенью сформированности просодического оформления речевого высказывания и степенью сформированности операций слухового самоконтроля. Е.Э. Артемовой была использована адаптированная методика Й. Паана для выявления возможности детей выделять ошибки в собственной речи. Эта методика позволила автору определить характер нарушения просодики у дошкольников: сенсорный, моторный, смешанный [2].

Е.Э. Артемовой выделены 4 степени сформированности просодической стороны речи у дошкольников (с дизартрией).

1. Степень (низкая) – грубые нарушения просодических компонентов. Недостатки тембра, силы и высоты голоса ярко выражены, заметны самому ребенку и окружающим. Процесс коммуникации нарушен. Детям недоступны задания, предполагающие произвольное изменение ритмических и звуковысотных характеристик. Нарушения интонационного оформления

высказываний носят стабильный характер во всех видах речевой деятельности [2].

2. Степень (недостаточная) – изменения голоса носят незначительный характер. Изменения просодики касаются отдельных или всех ее компонентов. Наблюдаются трудности при выполнении специальных заданий на воспроизведение различных ритмических и интонационных структур. Однако спонтанная речь, особенно в эмоционально значимой ситуации, может быть достаточно выразительной [2].

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

4. Степень (высокая) – сформированность просодических характеристик. Дети имеют нормальный тембр, диапазон их голоса по силе и высоте соответствует возрастным нормам. Сформирована темпо-ритмическая сторона речи. Дошкольники в полной мере владеют всеми способами передачи различных типов интонации. В спонтанной речи используют все средства интонационной выразительности и не испытывают трудностей при выполнении специальных заданий [2].

Исследования подтверждают неоднородность и вариативность нарушений просодики у дошкольников с дизартрией. Вместе с тем обнаружена корреляционная зависимость просодической стороны речи и выраженности речевого дефекта.

Особенности просодических нарушений при различных формах дизартрии. При корковой дизартрии речь напряженная, замедленная. При псевдобульбарной дизартрии речь медленная, афоничная, затухающая, плохо модулированная, отмечается носовой оттенок голоса. При экстрапирамидной дизартрии речь смазанная, невнятная, голос с носовым оттенком, резко нарушена просодическая сторона речи, ее интонационно-мелодическая

структура, темп. Эмоциональные оттенки в речи не выражены, речь монотонная, однообразная, немодулированная. Наблюдается затухание голоса, переходящее в неясное бормотание.

При мозжечковой дизартрии речь замедленная, толчкообразная, скандированная, с нарушенной модуляцией ударений, затуханием голоса к концу фразы. Выражена назализация большинства звуков [6].

ГЛАВА II. ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ГОЛОСА У ДЕТЕЙ С ДИЗАРТРИЕЙ

2.1. Методики выявления нарушений голоса у детей с дизартрией

Исследовательская работа по изучению особенностей голосовой функции у детей старшего с дизартрией проходила на базе МБДОУ №70 «Буратино» г. Пенза. В исследовании приняли участие 8 детей 5-6 летнего возраста (старшая группа), которые имеют логопедическое заключение: дизартрия.

Исследование голосовых функций у детей с дизартрией проводилось по методикам: О.С. Орловой и В.И. Филимоновой. Также в экспериментальной работе были включены данные о прошедших и текущих соматических заболеваниях, индивидуальной характеристики ребенка и поставленных логопедических заключениях.

По методике, предложенной О.С. Орловой [17], проводили:

1. Изучение речевого слуха.

2. Изучение дыхания.

3. Оценка тембра голоса. Также обследование проводили по методу аудитивной оценки, который предложила В.И. Филимонова [21]:

1. Оценка силы голоса и его динамического диапазона.

2. Оценка звучания голоса по качественным признакам.

3. Оценка интонации.

4. Исследование голоса и интонационной стороны речи с использованием специальных проб.

При определении нарушений голосовой функции исследовали такие показатели как, продолжительность звучания голоса, его высота, сила, способность к модуляции, оцениваются показатели дыхания. При обследовании обратили внимание на интенсивность, атаку голоса, тональность звучания, тембр. Произносится ли ребенком вопросоответная форма речи, присутствует ли интонационная окраска. Также важно оценить,

соответствует ли строение артикуляционного аппарата норме, дефекты, чтобы исключить либо подтвердить механическую дислалию, риноплазию или же дизартрию.

В процессе логопедического обследования детей выявляют выраженность отклонений в строении артикуляционного аппарата у ребенка, далее специалист направляет его на консультацию к ортодонту, который, используя клинические методы, оценивает степень выраженности нарушений и назначает соответствующее лечение.

Логопед также должен выяснить, как ребёнок жуёт и глотает твёрдую и жидкую пищу, наблюдаются ли «поперхивания», не имелись ли в раннем возрасте расстройства глотания. Обязательно логопедическое обследование начинается со сбора анамнестических данных, изучаются особенности просодической стороны речи и физиологический слух и обязательно должен быть уведомлен о наличии соматических заболеваний у детей.

При обследовании артикуляционного аппарата важно выяснить, отмечаются ли отклонения в строении мягкого неба (укороченное мягкое небо, расщелины мягкого неба, парез мягкого неба), носоглотки, ротовой полости и глотки (носовые полипы, аденоиды, опухоли носовой полости, искривление носовой перегородки, гипертрофия носовых раковин, увеличение парных небных миндалин, непарной язычной миндалины, непарной глоточной миндалины) [8].

Собственно методику по исследованию нарушения голоса у детей описывает О.С. Орлова [17].

Обследуя речевой слух, проводили изучение состояния фонематического слуха и слухового восприятия: изучают восприятие и воспроизведение интонационных конструкций. Ребенку давали различные стимулы (речевые, неречевые, музыкальные), которые он должен воспроизвести. Определяли точность восприятия испытуемым интенсивности и высоты звучания стимула. Данные обследования записывали в протокол. При ошибках в выполнении заданий давали

несколько попыток, ребенок оценивал правильность воспроизведения им стимула. Если обследуемый слышит, что задание выполнил неверно, то предполагают, что речевой слух сохранен, но выявляются проблемы с воспроизведением задания.

При обследовании дыхания наблюдали скоординированность у ребенка вдоха и выдоха, каков характер дыхания (через нос или рот), частоту вдохов, равномерно ли распределяется выдыхаемый воздух во время речи. Также немаловажное внимание уделяют типу дыхания (грудной, ключичный или брюшной).

При оценивании функций внешнего дыхания, записывались следующие данные: жизненная емкость легких (ЖЕЛ), время максимальной фонации (ВМФ), коэффициент $C/З$, коэффициент фонации (КФ).

Жизненная емкость легких – это максимальное количество воздуха, выдыхаемое после самого глубокого вдоха. Его величина зависит от возраста, пола и веса. При наличии некоторых соматических заболеваний она может снижаться, что ведет к ослаблению и болезням органов дыхания. Наиболее точно измерить жизненную емкость легких можно в медицинских учреждениях специальным прибором – спирометром.

У ребенка в 5-6 лет ЖЕЛ примерно равна 900-1200мл в соответствии с половыми различиями. Для определения времени максимальной фонации, обследуемому требуется после вдоха как можно дольше произнести гласный звук. Проводится три раза и высчитывается средний показатель.

По мнению М.Р. Богомильского и В.Р. Чистяковой, коэффициент звуков «с» и «з» определяется по аналогии с ВМФ гласных звуков. Этот коэффициент позволяет определить функциональное состояние голосовых складок. При их нормальном состоянии коэффициент $C/З$ приближается к 1. Также в пределах нормы считается коэффициент $C/З$ от 0.8 до 1.2. Если же он больше данного показателя, то следует говорить о гипертонусных состояниях, если коэффициент меньше 1, то возможно недосмыкание голосовых складок.

Следует отметить, что время максимальной фонации и коэффициент С/З субъективный критерий и зависят от: эмоционального состояния ребенка, времени исследования, степени нагрузки и от того, насколько обследуемый подготовлен к заданиям.

Коэффициент фонации (КФ) измеряется по следующей формуле: $КФ = \frac{ЖЕЛ}{ВМФ}$.

Тембр голоса у ребенка оценивали при первичной беседе по пятибалльной шкале:

- 1 – нормальный голос
- 2 – легкая степень нарушения тембра
- 3 – умеренные нарушения тембра
- 4 – выраженные нарушения тембра
- 5 – афония

При обследовании тембра голоса особое внимание обратили на наличие добавочных призвуков, осиплость голоса, стабильность звучания, придыхание и назализацию

Для определения гипоназализации или гиперназальности использовали слова и предложения, в которых есть звуки «м» и «н». При явлении гипоназализации «м» звучит как «б», звук «н» как «д». У человека с нормальной назализацией закрытие ноздрей вызовет небно-глоточный резонанс, тогда как при гипоназализации закрытие ноздрей не будет влиять на резонанс. Индекс гипоназализации подсчитывается по числу слов или звуков, при которых не произошло изменения резонанса.

Гиперназальность определяют с помощью специальных тестов на гласный и согласные звуки. Тест проводится дважды: с открытыми и закрытыми ноздрями. Предполагается, что при закрытии ноздрей гиперносовой резонанс будет нарастать.

Аудитивным методом, предложенным В.И. Филимоновой [21] оценивали: силу и динамический диапазон голоса, звучание голоса по качественным признакам, темп речи, мелодику и тембр голоса.

Интонационная сторона речи исследовалась при помощи специальных проб (Приложение 1).

Таким образом, логопедическое обследование голосовой функции позволяет выявить имеющиеся нарушения голоса, описать их, и с помощью этого направить ребенка на дальнейшее более тщательное обследование у отоларинголога и фониатра. А также подобрать подходящую для ребенка методику преодоления расстройств голоса.

2.2. Результаты констатирующего эксперимента

Результаты обследования речевого слуха приведены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты обследования речевого слуха

№ п/п	Имя ребёнка	Исследование	
		Стимул	Высота звучания
1	С.А.	Речевой	+
		Неречевой	+
		Музыкальный	+
2	М.И.	Речевой	+
		Неречевой	+
		Музыкальный	+
3	Я.Б.	Речевой	+
		Неречевой	+
		Музыкальный	+
4	Е.Н.	Речевой	-
		Неречевой	-
		Музыкальный	-
5	И.Б.	Речевой	+ (частично справился с заданием)
		Неречевой	+
		Музыкальный	+ (частично справился с 31

			заданием)
6	А.М.	Речевой	+
		Неречевой	+
		Музыкальный	+
7	Р.В.	Речевой	+
		Неречевой	+
		Музыкальный	+
8	Е.К.	Речевой	+
		Неречевой	+
		Музыкальный	+

При исследовании речевого слуха выяснилось, что 5 детей хорошо определяют высоту звучания речевого, неречевого и музыкального стимулов. У 2 детей возникли трудности с заданиями на определение высоты звучания, в силу недостаточной развитости фонематического слуха, музыкальный слух находится на стадии развития. 1 ребенок не справился с заданиями, что может говорить о том, что речевой, неречевой и музыкальный слух не развит.

Исследование восприятия темпа показало, что 4 детей воспринимают и правильно называют все заданные темпы звучания музыкального стимула. Другие 4 ребенка с заданиями на восприятие темпа справились частично, умеют определять медленный и быстрый темпы звучания.

При исследовании восприятия и воспроизведения музыкального ритма всего детям было показано 5 ритмических рисунков на изолированные удары, простые удары и акцентированные удары. 3 детей правильно определили и воспроизвели четыре из пяти показанных ритмических рисунка (включая акцентированные удары), 3 детей в точности повторили три ритмических рисунка из пяти. Правильно воспроизвел два ритмических рисунка (простые и изолированные удары) 1 ребенок.

Таблица 2

Анализ результатов изучения типа дыхания

№ п/п	Имя ребёнка	Тип дыхания
1	С.А.	брюшной
2	М.И.	грудной
3	Я.Б.	грудной
4	Е.Н.	смешанный
5	И.Б.	брюшной
6	А.М.	смешанный
7	Р.В.	смешанный
8	Е.К.	смешанный

При изучении типа дыхания было выявлено, что 2 детей используют грудной тип. Брюшной тип, который считается полезным и наиболее правильным, используют 2 детей. 4 ребенка дышат смешанным типом, речевой выдох укороченный.

Патология любого из органов (включая легкие), принимающих участие в голосообразовании, оказывает негативное влияние на качество голоса.

Часто нарушения голоса и речи у детей сопровождаются с нарушением дыхания. По мнению Е.В. Лавровой [14], в основном это неумение набрать достаточное количество воздуха и неэкономное его использованием. Вследствие чего может наблюдаться укороченный выдох, частые доборы воздуха ртом, что отражается на речи ребенка. Жизненная емкость легких в норме для ребенка старшего дошкольного возраста составляет 900-1200 мл.

Таблица 3

*Анализ результатов исследования жизненной емкости легких
(ЖЕЛ)*

№ п/п	Имя ребёнка	Рост (см)/Вес (кг)	ЖЕЛ (мл)
1	С.А.	124/29	1430
2	М.И.	119/28	1200

3	Я.Б.	109/16	440
4	Е.Н.	109/18	500
5	И.Б.	106/17	350
6	А.М.	112/19	650
7	Р.В.	124/26	1340
8	Е.К.	117/25	1030

Исследование жизненной емкости легких показало, что у 4 детей отмечаются максимальные показатели объема вдыхаемого и выдыхаемого кислорода. У других детей данные показатели ниже возрастной нормы, что может быть обусловлено типом дыхания (преимущественно грудной и смешанный) и индивидуальным физиологическим развитием.

Таблица 4

Анализ результатов исследования фонационного дыхания

№ п/п	Имя ребёнка	Исследование		
		Коэффициент С/З	ВМФ	КФ
1	С.А.	4 сек/6 сек = 0.6	4 сек	357,5 мл/сек
2	М.И.	3 сек/4 сек = 0.75	5 сек	240 мл/сек
3	Я.Б.	4 сек/4 сек = 1	4 сек	110 мл/сек
4	Е.Н.	4 сек/7 сек = 0.5	4 сек	125 мл/сек
5	И.Б.	3 сек/3 сек = 1	4 сек	87 мл/сек
6	А.М.	3 сек/5 сек = 0.6	4 сек	162,5 мл/сек
7	Р.В.	4 сек/3 сек = 1	3 сек	446,6 мл/сек
8	Е.К.	4 сек/3 сек = 1,3	4 сек	257,5 мл/сек

При исследовании времени максимальной фонации было замечено, что у многих детей среднее значение ВМФ составляет 4 секунды при разных показателях ЖЕЛ. Сопоставляя КФ и ЖЕЛ, четверо детей, имея маленькие показатели ЖЕЛ, умеют экономно использовать воздух при фонации.

Значительное снижение времени максимальной фонации может быть связано с неадекватным голосообразованием. ВМФ отражает общее состояние функции гортани, а также напряжение гортани и нервномышечные нарушения. Короткое время фонации с большой утечкой воздуха

(коэффициент фонации) может говорить о нервно-мышечной недостаточности.

Коэффициент С/З при нормальном состоянии голосовых связок приближается к 1. При гипертонусных состояниях голосовых связок и мышц гортани этот показатель больше 1, соответственно при гипотонусных состояниях коэффициент меньше 1.

Коэффициент фонации – это средняя скорость воздушного потока. Увеличение скорости воздушного потока свидетельствует о гипотонии мышц гортани, несмыкании голосовых связок.

Таблица 5

Анализ результатов обследования тембра голоса

№ п/п	Имя ребёнка	Обследование				
		наличие добавочных призвучков	осиплость голоса	назализация	стабильность звучания	тембр голоса
1	С.А.	отсутствуют	не выявлено	отсутствует	голос звучит стабильно	2
2	М.И.	отсутствуют	Не выявлено	отсутствует	голос звучит стабильно	1
3	Я.Б.	отсутствуют	не выявлено	отсутствует	голос затухающий	3
4	Е.Н.	отсутствуют	не выявлено	имеется, не сильно выражена	нет стабильности звучания	3
5	И.Б.	отсутствуют	не выявлено	отсутствует	голос звучит стабильно	1
6	А.М.	отсутствуют	не выявлено	отсутствует	голос затухающий	3
7	Р.В.	отсутствуют	не выявлено	отсутствует	голос звучит стабильно	1
8	Е.К.	отсутствуют	не выявлено	отсутствует	голос звучит стабильно	1

При обследовании тембра голоса у 1 ребенка отмечается легкая степень нарушения тембра, так как голос глухой, ближе к тихому. Умеренные нарушения тембра отмечаются у 3: у одного ребёнка глухой, тихий, затухающий голос, а у другого имеется не сильно выраженная назализация, голос тихий, глухой, у третьего же голос тихий, тусклый, затухающий. У 4 детей тембр голоса в норме.

Таблица 6

Анализ результатов обследования силы голоса, его динамического диапазона и звучания по качественным характеристикам

№ п/п	Имя ребёнка	Обследование		
		сила голоса	динамический диапазон	звучание голоса
1	С.А.	ближе к тихому	изменяет по силе	глухой
2	М.И.	громкий, резкий, с непроизвольными выкриками	хорошо изменяет по силе	звонкий, чистый
3	Я.Б.	тихий	изменяет по силе	глухой, затухающий
4	Е.Н.	тихий	не изменяет по силе	глухой, назализованный
5	И.Б.	ближе к громкому	хорошо изменяет по силе	звонкий, чистый
6	А.М.	тихий	не изменяет по силе	глухой, затухающий
7	Р.В.	громкий, резкий, с непроизвольными выкриками	хорошо изменяет по силе	звонкий, чистый
8	Е.К.	ближе к громкому	хорошо изменяет по силе	звонкий, чистый

При обследовании силы и звучания голоса выяснилось, что 4 детей обладают громкими, звонкими, чистыми голосами. У остальных 4 детей

голоса тихие. 1 ребенок имеет глухой голос, с назальным оттенком, а у 2 детей голос глухой, затухающий.

Обследование динамического диапазона показало, что шесть детей способны изменять голос по силе – от слабого до громкого. А двое детей с данным заданием не справились, голос не модулируют.

Таблица 7

Анализ результатов обследования голоса и интонационной стороны

№ п/п	Имя ребёнка	Обследование		
		мелодика голоса	темп речи	интонация
1	С.А.	ближе к высокому, модулированный	медленный, достаточно развитое умение изменять темп речи	употребляет основные виды интонации
2	М.И.	высокий, модулированный	нормальный, достаточно развитое умение изменять темп речи	употребляет основные виды интонации
3	Я.Б.	высокий, монотонный	медленный, достаточно развитое умение изменять темп речи	затруднения и неточности в употреблении основных видов интонации
4	Е.Н.	высокий, монотонный	медленный, неумение изменять	неумение употреблять темп речи некоторые виды интонации
5	И.Б.	высокий, модулированный	нормальный, хорошо развитое умение изменять темп речи	затруднения и неточности в употреблении основных видов интонации
6	А.М.	высокий, монотонный	медленный, слабо развитое умение	неумение употреблять основные виды

			изменять темп речи	интонации
7	Р.В.	высокий, модулированный	нормальный, хорошо развитое умение изменять темп речи	употребляет основные вид интонации
8	Е.К.	высокий, модулированный	нормальный, хорошо развитое умение изменять темп речи	употребляет основные виды интонации

При обследовании мелодики голоса было замечено, что 5 детей хорошо умеют модулировать свой голос. У 3 детей наблюдается монотонный, немодулированный голос.

При обследовании темпа речи у 4 детей отмечается нормальный темп речи, у остальных – медленный. 6 детей на задании показали умение ускорять и замедлять темп речи. 2 ребенка не умеют изменять темп речи.

Обследование интонационной стороны речи показало, что 4 детей умеют употреблять основные виды интонации (утвердительную, вопросительную и восклицательную). У 2 детей возникли трудности в употреблении восклицательной интонации. Не умеют использовать в речи вопросительные, восклицательные интонации 2 ребенка.

Анализ результатов обследования голосовых функций

У детей с дизартрией часто может наблюдаться тихий или же громкий, резкий голос, нарушения ритма дыхания, темп речи может быть замедлен. Также тихий голос отмечается при ослаблении мышечного тонуса голосовых связок, при аденоидных разращениях и у соматически ослабленных детей.

Так, у ребенка С.А. при стертой дизартрии голос глухой, ближе к тихому, пользуется брюшным типом дыхания, жизненная емкость легких превышает возрастную норму, однако слишком низкий показатель времени максимальной фонации (4 сек.) с большой утечкой выдыхаемого воздуха, что может говорить о несмыкании голосовых связок, нервно-мышечной недостаточности. С.А. тихий ребенок, родители в домашней обстановке говорят спокойным голосом.

Те же проявления выявились и у другого ребенка с дизартрией Р.В. При этом у Р.В. звучание голоса достаточно громкое и модулированное, темп речи нормальный, но имеются непроизвольные выкрики. При высоком показателе жизненной емкости легких, время максимальной фонации имеет минимальный показатель – 3 сек, использует смешанный тип дыхания. Тембр голоса у ребенка приближен к норме.

У М.И. при дизартрии отмечается громкий, излишне резкий голос с непроизвольными выкриками, при подсчётах выявили, что жизненная емкость легких в пределах возрастной нормы, но может быть снижена из-за пользования грудным типом дыхания, время максимальной фонации – 5 сек. Ребенок соматически ослаблен. Тембр голоса приближен к норме. Ребенок громкий, дома речь родителей эмоциональна.

У ребенка Я.Б. при дизартрии голос тихий, затухающий к концу фразы, монотонный. Жизненная емкость легких гораздо ниже возрастной нормы, использует грудной тип дыхания, сила выдоха быстро истощается при речи, время максимальной фонации – 4 сек., отмечается умеренное нарушение тембра голоса. Ребенок тихий, родители в домашней обстановке говорят тихим и спокойным голосом.

У Е.Н. выявлен тихий, глухой, монотонный, назализованный голос. Жизненная емкость легких ниже нормы, использует смешанный тип дыхания, наблюдается укороченный речевой выдох, время максимальной фонации – 4 сек. Из-за наличия аденоидных наростов наблюдается не сильно выраженный назальный оттенок голоса, также аденоидные разрастания могут не позволять ребенку физиологически правильно дышать. Отмечается умеренное нарушение тембра голоса. Эмоциональный ребенок, в домашней обстановке родители говорят спокойным голосом.

У И.Б. при дизартрии голос ближе к громкому, звонкий, модулированный. Жизненная емкость легких гораздо ниже возрастной нормы, время максимальной фонации – 4 сек., использует брюшной тип дыхания. Ребенок соматически ослаблен и часто болеет, что, возможно,

сказывается на жизненной емкости легких. Тембр голоса приближен к норме. Ребенок болтливый, не замкнутый.

У Е.К. тембр голоса приближен к норме. Обладает громким, звонким и достаточно модулированным голосом. Жизненная емкость легких превышает норму, время максимальной фонации мало – 4 сек, дышит смешанным типом. Ребенок коммуникабельный, хорошо рассказывает стихи. Дома родители говорят тихо, спокойно.

У А.М. при сочетанной дизартрии и алалии обнаруживается выраженное нарушение тембра: голос тусклый, тихий, затухающий к концу фразы, интонационная выразительность и эмоциональная окраска отсутствует, не модулирует голос. Показатель жизненной емкости легких ниже возрастной нормы. Не поет, не рассказывает стихи. Родители способствуют тихому и замкнутому характеру ребенка.

У Р.В. при дизартрии тембр голоса в норме. Однако время максимальной фонации мало – 3 секунды. Голос громкий, иногда излишне резкий, модулированный, интонационно-выразительный. Ребенок эмоциональный, хорошо рассказывает стихи. В домашней обстановке родители говорят громко, эмоционально.

Таким образом, на основе данных, полученных в ходе экспериментальной работы, можно выделить основные нарушения голосовой функции у детей при дизартрии. Можно отметить различный уровень сформированности у детей речевого слуха, темп речи нормальный, либо медленный. Обследование речевого слуха у детей позволило изучить способность к модуляции голоса.

На основе данных и будет выстраиваться логопедическая работа по устранению нарушений.

ГЛАВА III. ПУТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ГОЛОСА У ДОШКОЛЬНИКОВ С ДИЗАРТРИЕЙ

3.1. Организация коррекционно-логопедической работы по развитию голоса у дошкольников с дизартрией

Целью коррекционной работы мы ставили – разработать содержание коррекционно-логопедической работы по преодолению нарушений голоса у детей с дизартрией.

Задачи:

1. Разработка системы упражнений, включающей различные приемы работы.
2. Проведение коррекционной работы по развитию голоса детей с дизартрией.
3. Проведение контрольного эксперимента по изучению эффективности работы.
4. Проведение сравнительного анализа результатов исследования голоса.

Работа проводилась с 8 детьми 5-6 лет, имеющими дизартрию. Эксперимент проводился с октября 2021г. по январь 2022 г. Базой являлось – на базе МБДОУ №70 «Буратино» г. Пенза. Наша коррекционно-логопедическая работа включала в себя два этапа: I – подготовительный, II – основной.

Приемы:

- наглядность
- инсценирования произведения
- действенного соучастия
- динамический акцент на фрагментах текста
- действия с игрушками

3.2. Содержание коррекционно-логопедической работы

Изучив предложенные методики по формированию просодической стороны речи, мы создали систему заданий для коррекционно-логопедической работы по преодолению нарушений голоса.

Логопедическая работа осуществляется над всеми компонентами просодии.

Целью основного этапа является автоматизировать навык правильного голосообразования, т.е. научить ребенка пользоваться громким, звонким голосом легко, свободно, без напряжения, утомления и форсирования звука.

Направлениями данного этапа будут:

- Автоматизация навыка правильного голосообразования в повседневной речевой практике ребенка;
- Развитие высоты, силы, тембра, модуляций голоса, мелодико-интонационной стороны речи.

I. Подготовительный этап

Подготовительный этап преследует цель подготовить артикуляционный и дыхательный аппарат к последующим интенсивным голосовым упражнениям. Соответственно направлениями по преодолению голосовых нарушений будут:

- Коррекция физиологического и фонационного дыхания;

Для развития дыхания нами использовалась парадоксальная дыхательная гимнастика А.Н. Стрельниковой (Приложение 2) и комплекс дыхательных упражнений А.Г. Ипполитовой (Приложение 3).

Для активизации мускулатуры шеи и мышц гортани мы использовали комплекс упражнений, разработанный Е.В. Лавровой (Приложение 4).

Содержание формирования просодической стороны речи у дошкольников на подготовительном этапе включает в себя:

1. работа над речевым дыханием;
2. работа над голосом

3. формирование ритмической организации речи.

4. формирование темповой организации речи.

Работа над речевым дыханием.

Нормализации речевого дыхания и улучшению артикуляции в начальный период помогают «сценки без слов». В это время логопед показывает детям пример спокойной выразительной речи, поэтому на первых порах во время занятий больше говорит сам. В «сценках без слов» присутствуют элементы пантомимы, а речевой материал специально сведен к минимуму, чтобы дать основы техники речи и исключить неправильную речь. Во время этих «представлений» используются только междометия (А! Ах! Ох! и т. д.), звукоподражания, отдельные слова (имена людей, клички животных), позже – короткие предложения.

Постепенно речевой материал усложняется: появляются короткие или длинные (но ритмические) фразы, когда речь начинает улучшаться. Внимание постоянно обращается на то, с какой интонацией следует произносить соответствующие слова, междометия, какими жестами и мимикой пользоваться. В ходе работы поощряются собственные фантазии детей, их умение подобрать новые жесты, интонацию.

Рекомендуются следующие упражнения для развития речевого дыхания:

- Выберите удобную позу (лежа, сидя, стоя), положите одну руку на живот, другую – сбоку на нижнюю часть грудной клетки. Сделайте глубокий вдох через нос (при этом живот выпячивается вперед, и расширяется нижняя часть грудной клетки, что контролируется той и другой рукой). После вдоха сразу же произведите свободный, плавный выдох (живот и нижняя часть грудной клетки принимает прежнее положение).

- Произведите короткий, спокойный вдох через нос, задержите на 2-3 секунды воздух в легких, затем произведите протяжный, плавный выдох через рот.

- Сделайте короткий вдох при открытом рте и на плавном, протяжном выдохе произнесите один из гласных звуков (а, о, у, и, э, ы).

- Произнесите плавно на одном выдохе несколько звуков: ааааа
аааааооооооооо ааааауууууууууу

- Произведите счет на одном выдохе до 3-5 (один, два, три...), стараясь постепенно увеличивать счет до 10-15. Следите за плавностью выдоха. Произведите обратный счет (десять, девять, восемь...).

- Прочтите пословицы, поговорки, скороговорки на одном выдохе. Обязательно соблюдайте установку, данную в первом упражнении.

Капля и камень долбит.

Правой рукой строят – левой ломают.

Кто вчера солгал, тому завтра не поверят.

На скамеечке у дома целый день рыдала Тома.

- Прочитайте русскую народную сказку «Репка» с правильным воспроизведением вдоха на паузах.

Отработанные умения можно и нужно закреплять и всесторонне применять на практике. Рекомендуются следующие упражнения:

- «Капитаны». Опустите в таз с водой бумажные кораблики и предложите ребенку покататься на кораблике из одного города в другой. Чтобы кораблик двигался, нужно на него дуть не торопясь, сложив губы трубочкой. Но вот налетает порывистый ветер – губы складываются, как для звука п.

- «Цветочный магазин» (вырабатывается глубокий вдох через нос).

- «Насос» (дети делают вдох через нос и сильный выдох через рот на звук [с]).

- «Свеча» (вырабатывается длинный плавный выдох).

Также способствуют развитию речевого дыхания свистульки, игрушечные дудочки, губные гармошки.

Задания усложняются постепенно: сначала тренировка длительного речевого выдоха проводится на отдельных звуках, потом – словах, затем – на короткой фразе, при чтении стихов и т.д.

В ходе работы поощряются собственные фантазии детей, их умение подобрать новые жесты, интонацию и т.д.

Работа над голосом (формирование умения изменять силу и высоту голоса, сохраняя нормальный тембр).

- сила;
- развитие звуковысотного диапазона голоса;
- нормализация тембра.

В ходе логопедической работы предусматривается введение специальных подготовительных упражнений по развитию высоты и силы голоса, по восприятию движений тона голоса. В работу включаются следующие задания:

1. Восприятие и определение силы голоса (тихий, громкий) при произнесении звуков, слогов, звукоподражаний, слов и фраз.
2. Восприятие и определение высоты голоса (низкий, высокий) при произнесении звуков, слогов, звукоподражаний, слов и фраз.

В данных заданиях широко используются игры и инсценировки («Далеко или близко?», «Заблудились», «Высоко или низко», «Три медведя») и т.д.

3. Длительное произнесение голосом средней громкости отдельных гласных и согласных звуков:
4. Тренировка динамического диапазона голоса при пении гласных звуков – громко, тихо, с постепенным затиханием голоса, с постепенным усилением голоса.
5. Повышение и понижение голоса при произнесении отдельных гласных звуков, сочетаний из двух-трех гласных звуков, слогов.

Формирование ритмической организации высказывания.

1. Восприятие и воспроизведение синтезированных ритмических контуров с ударением в начале, в середине, в конце отрезка:

2. Отхлопывание (отстукивание) ритмического рисунка синтезированного контура, слова, стихотворения, фразы (сопряжено, отраженно, самостоятельно).

Формирование темповой организации высказывания.

- повторение за логопедом фраз в медленном темпе (сопряжено, затем отраженно вслед за логопедом);

- самостоятельное проговаривание фраз в медленном темпе под отстукивание каждого слога (слова) – ударами рукой по столу, отхлопыванием, ударами мяча и т.д.;

- ответы на вопросы логопеда – сначала шепотом в медленном темпе, затем вслух – медленно и ритмично;

- медленное проговаривание сложных скороговорок (трудности проговаривания обеспечивают замедление темпа);

- использование инсценировок (применение кукол-персонажей также позволяет естественно замедлить темп речи детей, так как в процессе изложения текста дошкольники должны осуществлять различные действия с фигурками);

- разучивание и чтение вслух стихотворений, содержание которых требует замедления или ускорения темпа;

Во всех случаях при выполнении упражнений может предусматриваться зрительный контроль над темпом речи посредством зеркала, что также в значительной мере способствует замедлению темпа.

Приведем в качестве примера несколько игровых упражнений и заданий, которые использованы в работе по развитию восприятия и воспроизведения темпа речи:

«Угадай, как надо делать». Логопед произносит одну и ту же фразу несколько раз в разном темпе:

«Мелет мельница зерно». Дети, подражая работе мельницы, делают круговые движения руками в том же темпе, в котором говорит логопед. Затем в игру вводятся другие фразы, например: «Мы с Антошкой едем по дорожке», «Ветерок играет с листочками» и т.д.

«Дождик». Логопед читает стихотворение:

Капля раз, капля два, Капля медленно сперва: Кап, кап, кап.

Стали капли поспевать, Капля каплю подгонять: Кап, кап, кап.

Зонтик поскорей раскроем, От дождя себя укроем. Кап, кап, кап.

Детям предлагается хлопать в ладоши в том же темпе, в котором произносятся слова «Кап, кап, кап». В дальнейшем дети совместно с логопедом проговаривают слова стихотворения.

«Дятел». Логопед произносит двусyllабное несколько раз в разном темпе:

Дятел дерево долбит, На весь лес он стучит.

Детям предлагается произносить слова «тук-тук, тук-тук» в том же темпе, в котором было произнесено двусyllабное. Далее дети произносят данное двусyllабное в разном темпе, в зависимости от просьбы логопеда.

II. Основной этап

На этапе автоматизации процесса голосообразования вводится чтение загадок, пословиц и поговорок, сказок, соответствующие интересам и вкусам ребенка.

Для **развития голоса** широко используется в работе вокальные упражнения. Голосовые упражнения начинаются с пения вокализов (мелодия без слов для развития голоса и вокальной техники). Вокализы поются либо на один гласный звук.

Для **развития тембра голоса** на основном этапе используем упражнения с использованием междометий осуществляют координацию дыхания с деятельностью гортани и голосовых складок, раскрепощают и расширяют объем глоточной и ротовой полости, развивают гибкость, диапазон голоса [19]. Работу над голосом рекомендуется начинать с междометий, например: «О!», «А!», «Ах!», «Ох!», выражающих удивление,

радость, недовольство, испуг, восторг, страх. Затем включаются междометия и звукоподражания на основе использования потешки. Они вызывают в детях эмоциональный отклик, что приводит в рабочее, активное состояние весь организм ребенка, в том числе и голосовой аппарат.

Наши уточки с утра –

Кря – кря – кря! Кря – кря – кря!

Наши гуси у пруда –

Га – га – га! Га – га – га!

А индюк среди двора –

Бал – бал – бал! Балды – балда!

Наши гуленьки вверху –

Грру - грру – у - грру – у – грру – у!

Наши курочки в окно –

Кко – кко – кко – ко – ко – ко!

А как Петя – петушок

Нам споем ку – ка – ре – ку!

Развитие мелодико-интонационной стороны речи:

Основным приемом данного блока по развитию просодических свойств голоса являются русские народные сказки, такие как «Три медведя», «Курочка ряба», «Репка», «Теремок», «Колобок», «Волк и семеро козлят», «Василиса Прекрасная», «Сестрица Аленушка и братец Иванушка», «Сивка-бурка», «Снегурочка» и др. При чтении сказок ребенок подражает голосам героев сказок. Так, при чтении «Трех медведей» сначала ребенок подражает голосам медведей на одних гласных звуках (голос повышается):

- уууу (громко и низко рычит Михаил Иванович)
- ууууу (рычит Настасья Петровна не так громко)
- уууу (тихо пищит Мишутка)

При чтении сказки «Теремок» ребенок подражает голосам комара-пискуна, мухи-горюхи, мышки-норушки, лягушки-квакушки, зайчика, лисы, волка и медведя. Голос постепенно понижается и грубеет. В сказке

«Колобок» колобок поет свою нехитрую песенку милым, приятным, веселым голоском и т.д.

В качестве лексического материала рекомендуется использование считалок:

— *Заяц белый, Куда бежал?*

— *В лес дубовый.*

— *Что там делал?*

— *Лыки драл.*

— *Куда клал?*

— *Под колоду.*

— *Кто украл?*

— *Родион.*

— *Выйди вон.*

Развитие темпа речи происходит за счет использование в коррекционно-логопедической работе логометрических упражнений таких как:

Зашагали ножки, топ, топ, топ!

Прямо по дорожке, топ, топ, топ!

Ну-ка веселее, топ, топ, топ!

Вот как мы умеем, топ, топ, топ!

Топают сапожки, топ, топ, топ!

Это наши ножки, топ, топ, топ!

Дети поют и инсценируют хождение в темпе заданном логопедом.

3.3. Результаты контрольного эксперимента

После проведенной работы в данной группе детского сада был проведен контрольный эксперимент с использованием не всех методик обследования голоса, что в констатирующем обследовании. Мы провели

изучение тембра голоса, силы голоса, его диапазона и звучания по качественным характеристикам и интонационной стороны речи.

Таблица 8

***Анализ результатов обследования тембра голоса после
коррекционной работы***

№ п/п	Имя ребёнка	Обследование				
		наличие добавочных призвучков	осиплость голоса	назализация	стабильность звучания	тембр голоса
1	С.А.	отсутствуют	не выявлено	отсутствует	голос звучит стабильно	1
2	М.И.	отсутствуют	Не выявлено	отсутствует	голос звучит стабильно	1
3	Я.Б.	отсутствуют	не выявлено	отсутствует	голос затухающий	3
4	Е.Н.	отсутствуют	не выявлено	отсутствует	голос звучит стабильно	2
5	И.Б.	отсутствуют	не выявлено	отсутствует	голос звучит стабильно	1
6	А.М.	отсутствуют	не выявлено	отсутствует	голос затухающий	3
7	Р.В.	отсутствуют	не выявлено	отсутствует	голос звучит стабильно	1
8	Е.К.	отсутствуют	не выявлено	отсутствует	голос звучит стабильно	1

При обследовании тембра голоса у 1 ребенка отмечается легкая степень нарушения тембра, так как голос глухой, ближе к тихому. Умеренные нарушения тембра отмечаются у 2 детей – голос глухой, тихий, затухающий. У 5 детей тембр голоса в норме.

В ходе контрольного эксперимента нарушений тембра голоса у дошкольников с дизартрией выявлено не было, что говорит об эффективности коррекционной работы.

Таблица 9

Анализ результатов обследования силы голоса, его динамического диапазона и звучания по качественным характеристикам после коррекционной работы

№ п/п	Имя ребёнка	Обследование		
		сила голоса	динамический диапазон	звучание голоса
1	С.А.	ближе к громкому	хорошо изменяет по силе	звонкий, чистый
2	М.И.	громкий, без непроизвольных выкриков	хорошо изменяет по силе	звонкий, чистый
3	Я.Б.	нормальный	хорошо изменяет по силе	глухой, затухающий
4	Е.Н.	тихий	изменяет по силе	глухой, назализованный
5	И.Б.	ближе к громкому	хорошо изменяет по силе	звонкий, чистый
6	А.М.	тихий	изменяет по силе	глухой, затухающий
7	Р.В.	громкий, резкий, с непроизвольными выкриками	хорошо изменяет по силе	звонкий, чистый
8	Е.К.	ближе к громкому	хорошо изменяет по силе	звонкий, чистый

При обследовании силы и звучания голоса выяснилось, что уже 5 детей обладают громкими, звонкими, чистыми голосами. У остальных 3 детей голоса тихие. 1 ребенок имеет глухой голос, с назальным оттенком, а у 2 детей голос глухой, затухающий. Показатели улучшил только 1 ребенок, что

говорит о недостаточной работе по времени. Дети часто болели и пропускали занятия.

Обследование динамического диапазона показало, что 7 детей (в констатирующем эксперименте – 6) способны изменять голос по силе – от слабого до громкого. А 1 ребенок модулирует голос недостаточно.

Таблица 10

Анализ результатов обследования голоса и интонационной стороны после коррекционной работы

№ п/п	Имя ребёнка	Обследование		
		мелодика голоса	темп речи	интонация
1	С.А.	высокий, модулированный	медленный, достаточно развитое умение изменять темп речи	употребляет основные виды интонации
2	М.И.	высокий, модулированный	нормальный, достаточно развитое умение изменять темп речи	употребляет основные виды интонации
3	Я.Б.	высокий, модулированный	медленный, достаточно развитое умение изменять темп речи	употребляет основные виды интонации
4	Е.Н.	высокий, монотонный	медленный, неумение изменять	затруднения и неточности в употреблении основных видов интонации
5	И.Б.	высокий, модулированный	нормальный, хорошо развитое умение изменять темп речи	употребляет основные виды интонации
6	А.М.	высокий, монотонный	медленный, слабо развитое умение изменять темп речи	затруднения и неточности в употреблении основных видов

				интонации
7	Р.В.	высокий, модулированный	нормальный, хорошо развитое умение изменять темп речи	употребляет основные вид интонации
8	Е.К.	высокий, модулированный	нормальный, хорошо развитое умение изменять темп речи	употребляет основные виды интонации

При обследовании мелодики голоса было замечено, что 6 детей научились модулировать свой голос. У 2 детей наблюдается монотонный, немодулированный голос.

Обследование интонационной стороны речи показало, что 6 детей умеют употреблять основные виды интонации (утвердительную, вопросительную и восклицательную). У 2 детей возникли трудности в употреблении интонации.

Таким образом, контрольное исследование подтвердило, что после проведения коррекционной работы по развитию голоса дети самостоятельно научились менять силу своего голоса, как по просьбе, так и самостоятельно, что подтверждает данные контрольного эксперимента.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Голосообразование – это особенность человека при помощи голосового аппарата издавать самые различные по высоте, тембральной окраске и силовому диапазону звуки.

Цель нашего исследования заключалась в изучении и выявлении основных нарушений голосовой функции детей с дизартрией и разработке содержания коррекционно-логопедической работы по преодолению нарушений голоса.

В процессе изучения мы провели анализ специальной литературы по проблеме исследования, который показал нам, что существуют определенные закономерности развития детского голоса в онтогенезе.

В дошкольном возрасте у детей отмечается неоднородный рост органов голосового аппарата и дыхательной системы, изменяется также и тип дыхания, происходит постепенное увеличение объема жизненной емкости легких, что делает фонацию более продолжительной по времени. Также выяснили, что у детей с патологиями речи выраженность голосовых нарушений напрямую зависит от речевого дефекта.

Следуя задачам констатирующего эксперимента, нами было осуществлено изучение особенностей голосовой функции у детей.

Проведение обследования включало в себя: исследование речевого слуха, изучение дыхания, оценку тембра голоса, оценку силы голоса и его динамического диапазона, оценку звучания голоса по качественным признакам, оценку интонации, исследование голоса и интонационной стороны речи.

Изучив голосовую функцию у детей с дизартрией, получили результаты о том, что при данной речевой патологии присутствует взаимосвязь нарушения голосовой функции с определенным речевым нарушением.

У детей при дизартрии выявляется тихий, затухающий к концу фразы, монотонный голос. Также могут наблюдаться легкие нарушения тембра: голос несколько тихий и глухой.

Для успешной реализации коррекционного процесса с детьми была разработана система упражнений по развитию голоса.

Для того чтобы проверить эффективность коррекционной работы был проведен контрольный эксперимент. Сравнительный анализ показал более высокий уровень развития голоса у детей с дизартрией.

После использования предложенной системы заданий дети самостоятельно научились менять интонацию в зависимости от ситуации. Исчез назализованный оттенок голоса, нормализовалось дыхание, что позволило увеличить диапазон голоса. Дети научились изменять свой голос по высоте, и при этом не происходило его затухание. Выполнение заданий позволило дошкольникам научиться менять силу своего голоса по необходимости. Нарушения тембра голоса после проведения системы упражнений, выявлено не было.

Таким образом, поставленная нами цель исследования достигнута, задачи решены, а данные исследования подтверждают необходимость проведения коррекционной работы по формированию голосовых функций у детей с дизартрией.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алмазова, Е.С. Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей. / Алмазова Е.С. – М.: Айрис-пресс, 2005. – С. 59-109.
2. Алмазова, Е.С. К вопросу о нарушениях голоса// Хрестоматия по логопедии: Учебное пособие для студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений / Под ред. Л.С. Волковой и В.И. Селиверстова. – М.: ВЛАДОС, 1997. – С.27-36.
3. Алмазова, Е.С. Методика восстановления и развития голоса у детей// – URL: http://pedlib.ru/Books/2/0030/2_0030-1.shtml
4. Артемова, Е.Э. Формирование просодики у дошкольников с речевыми нарушениями / Артемова Е.Э. – Монография. – М.: МГГУ им. М.А. Шолохова, 2008. – 123 с.
5. Архипова, Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом: Книга для логопеда / Е.Ф. Архипова – М.: Просвещение, 1989. – 156 с.
6. Архипова, Е.Ф. Стертая дизартрия у детей / URL: <http://www.studfiles.ru/preview/1741511/>
7. Бадалян, Л.О. Невропатология / Л.О. Бадалян – М.: Академия, 2000. – 306 с.
8. Бадалян, Л.О. Детские церебральные параличи / Л.О. Бадалян, Л.Т. Журба, О.В. Тимонина – Киев: Здоровье, 1988. – 165 с.
9. Белякова, Л.И. Логопедия. Дизартрия / Белякова Л.И., Волоскова Н.Н. – М.: ВЛАДОС, 2009. – 287 с.
10. Вансовская, Л.И. Воспитание голосовой функции// Логопедия. Методическое наследие: Нарушения голоса и звукопроизносительной стороны речи. Часть 1. Нарушения голоса. Дислалия: Пособие для логопедов и студ. дефектол. факультетов пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой – М.: ВЛАДОС, 2003.

11. Вильсон, Д. К. Нарушение голоса у детей / Вильсон Д.К. – М.: Просвещение, 1990. – С. 34-95.
12. Винарская, Е.Н. Дизартрия / Винарская Е.Н. – М., АСТ, 2006.– 208 с.
13. Волкова, Л.С. Хрестоматия по логопедии / Волкова Л.С., Селиверстова В.И. – М., Владос, 1998. – 560 с.
14. Волосовец, Т.В. Основы логопедии с практикумом по звукопроизношению / Волосовец Т.В. – М., 2010. – 200 с.
15. Григоренко, Н.Ю. Диагностика и коррекция звукопроизносительных расстройств у детей с нетяжелыми аномалиями органов артикуляции / Григоренко Н.Ю., Цыбульский С.А. – М., Книголюб, 2005. – 144с.
16. Дмитриев, Л.Б. Фониатрия и фонопедия / Л.Б. Дмитриев, Л.М. Телелева, С.Л. Таптапова, И.И.Ермакова – М.: Медицина, 1990. – 285 с.
17. Ермакова, И.И. Коррекция голоса у детей и подростков: Книга для логопеда / И.И. Ермакова – М.: Просвещение, 1996. – 145 с.
18. Зарицкий, Л.А. Практическая фониатрия / Л.А.Зарицкий, В.А.Тринос, Л.А.Тринос – Киев: «Вища школа», 1984. – 107 с.
19. Ивановская, Ф.А. Сборник логопедических упражнений при расстройствах голоса / Ивановская, Ф.А. – М., 1961. – С. 32-36.
20. Лаврова, Е.В. Логопедия. Основы фонопедии / Лаврова, Е.В. – М., Академия, 2007. – 143 с.
21. Лаврова Е.В. Нарушения голоса: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е.В.Лаврова, О.Д. Коптева, Д.В. Уклонская. – М.: Академия, 2006. – 128 с.
22. Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей / Е.С. Алмазова. – М.: Айрис-пресс, 2005. – 152 с.
23. Логопедия. Методическое наследие: Нарушения голоса и звукопроизносительной стороны речи. Часть 1. Нарушения голоса. Дислалия: Пособие для логопедов и студ. дефектол. факультетов пед. вузов/ Под ред. Л.С. Волковой – М.: ВЛАДОС, 2003.

24. Логопедия. Методическое наследие: Нарушения голоса и звукопроизводительной стороны речи. Часть 2. Ринолалия. Дизартрия. Пособие для логопедов и студ. дефектол. факультетов пед. вузов/ Под ред. Л.С. Волковой – М.: ВЛАДОС, 2003. – С.141-145.
25. Логопедия: Учебник для студ. дефектол. фак. пед. высш. учеб. заведений / Под ред. Л.С. Волковой. – М.: ВЛАДОС, 2004. – 541 с.
26. Левина, Р.Е. Основы теории и практики логопедии / Левина Р. Е. – М., 1968. – 367 с.
27. Лопатина, Л.В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников (коррекция стертой дизартрии): учебное пособие. / Л.В. Лопатина, Серебрякова Н.В. – Спб.: СОЮЗ, 2000. – 192 с.
28. Мастюкова, Е.М. Дизартрия / Мастюкова, Е.М., Ипполитова М.В. – М., Просвещение, 1977. – С. 47-86.
29. Мастюкова, Е.М. Специальная педагогика. Подготовка к обучению детей с особыми проблемами в развитии. Ранний и дошкольный возраст / Под ред. А.Г. Московкиной. – М., Классика Стиль, 2003. – 320 с.
30. Орлова, О.С. Нарушения голоса в период мутации: Особенности фонопедической работы // URL: <http://bookre.org/reader?file=1481645&pg=64>
31. Поваляева, М.А. Справочник логопеда / Поваляева М.А. – Ростов н/Д., Феникс, 2010. – 448 с.
32. Очерки по патологии речи и голоса / Под ред. С.С. Ляпидевского. – <https://search.rsl.ru/ru/record/01005597818>
33. Селиверстов, В.И. Понятийно-терминологический словарь логопеда / Селиверстов В.И. – М.: ВЛАДОС, 1997. – 400 с.
34. Таптапова, С.Л. Коррекционно-логопедическая работа при нарушении голоса: Кн. для логопеда / Таптапова С.Л. – М.: Просвещение, 1984. – 111 с.
35. Филимонова, В.И. Состояние голоса у дошкольников с речевой патологией / Филимонова В.И. – М., 1990. – 159 с.
36. Филичева, Т.Б. Особенности формирования речи у детей дошкольного возраста / Филичева Т.Б. – М.: Владос, 2000. – 314 с.

37. Филичева, Т.Б. Нарушения речи у детей: Пособие для воспитателей дошкольных учреждений / Т.Б.Филичева, Н.А. Чевелева, Г.В. Чиркина – М.: Профессиональное образование, 1993. – 189 с.
38. Филичева, Т.Б. Основы логопедии / Т.Б.Филичева, Н.А. Чевелева, Г.В. Чиркина – М.: Просвещение, 1989. – 216 с.
39. Шиленкова, В.И. Нарушение речи и голоса у детей, подростков и взрослых / Шиленкова В.И., Карелина И.Б – Ярославль, 2005. – 164 с.

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

Факультет педагогики,
психологии и социальных наук

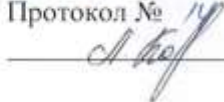
Кафедра «Дошкольное и
дефектологическое образование»

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

Утверждаю: зав.кафедрой

«2» 07 2021 года

Протокол № 14

 Л.Н. Корчагина

Задание

По выпускной квалификационной работе Терещук Маргариты Сергеевны

1. Тема работы «Коррекция голосовой функции у детей с дизартрией»

Утверждена приказом по Университету «16» июля 2021 г. № 626/о

2. Срок сдачи студентом законченной работы « 25 » января 2022 г.

3. Исходные данные к работе:

Цель исследования: изучить и выявить основные нарушения голосовой функции детей с дизартрией и разработать содержание коррекционно-логопедической работы по преодолению нарушений голоса.

Объект исследования: голосовая функция детей с дизартрией.

Предмет исследования: использование различных приемов в коррекционно-логопедической работе по преодолению нарушений голоса у детей с дизартрией.

4. Перечень подлежащих разработке вопросов:

1. Анализ специальной литературы по проблеме развития голосовой функции у детей с нормой речевого развития и у детей с дизартрией.
2. Подбор методики и проведение диагностического обследования голосовой функции у детей дошкольного возраста с дизартрией.
3. Проведение сравнительного анализа и оценки результатов исследования голосовой функции детей.

4. Разработка системы заданий для коррекционно-логопедической работы по преодолению нарушений голоса.
5. Проверка эффективности проведенной работы в ходе контрольного эксперимента.

5. Календарный план

№ п/п	Наименование этапов ВКР	Сроки выполнения этапов	Примечания
1.	Провести анализ литературы по проблеме коррекции голосовой функции у дошкольников с речевой патологией	сентябрь 2021	Выполнено
2.	Провести изучение состояния голосовой функции у дошкольников с дизартрией в ходе констатирующего эксперимента.	Сентябрь 2021	Выполнено
3.	Апробировать составленную систему упражнений, направленных на формирование голосовой функции у детей с дизартрией.	Сентябрь 2021 – декабрь 2021	Выполнено
4.	Провести контрольный эксперимент и проверить эффективность проведенной работы.	декабрь 2021	Выполнено

6. Дата выдачи задания «1» июля 2021 г.

Руководитель _____
(подпись)

Задание принял к исполнению _____
(подпись)

ОТЗЫВ
на выпускную квалификационную работу Терещук Маргариты
Сергеевны «Коррекция голосовой функции у детей с дизартрией»

Выпускная квалификационная работа Терещук Маргариты Сергеевны посвящена одной из актуальных проблем современной коррекционной педагогики – определению эффективных путей коррекции нарушенных речевых функций у детей с дизартрией.

Маргарита Сергеевна изучила современную логопедическую, психологическую и педагогическую литературу, обобщила и систематизировала данные разных исследователей о специфике нарушений голосовой функции детей с дизартрией.

Студенткой проведено изучение состояния голосовой функции детей с дизартрией, что позволило выявить нарушенные свойства голоса и подготовить материал для проведения логопедической коррекции.

Работа завершается методической частью: разработкой системы упражнений и заданий, направленных на коррекцию выявленных недостатков. Особое внимание в работе автор уделяла описанию системы упражнений и заданий, обобщению рекомендаций по формированию голосовой функции детей с дизартрией.

Система работы была апробирована студенткой на базе образовательной организации, подтвердила свою эффективность и показала важность применения предложенных занятий в комплексной работе по оказанию логопедической помощи детям с дизартрией.

Выпускная квалификационная работа Терещук Маргариты Сергеевны «Коррекция голосовой функции у детей с дизартрией» выполнена в соответствии с требованиями ГЭК, может быть допущена к защите и заслуживает высокой оценки.

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



Карпушкина Е.А.



АНТИПЛАГИАТ
ОБНАРУЖЕНИЕ ЗАИМСТВОВАНИЙ

СПРАВКА

Пензенский государственный университет

о результатах проверки текстового документа
на наличие заимствований

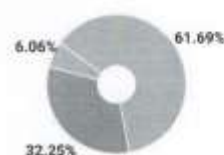
ПРОВЕРКА ВЫПОЛНЕНА В СИСТЕМЕ АНТИПЛАГИАТ.ВУЗ

Автор работы: Терещук Маргарита Сергеевна
Самоцитирование
рассчитано для: Терещук Маргарита Сергеевна
Название работы: Терещук М.С. Коррекция голосовой функции у детей с дизартрией
Тип работы: Выпускная квалификационная работа
Подразделение: Кафедра "Дошкольное и дефектологическое образование"

РЕЗУЛЬТАТЫ

ЗАИМСТВОВАНИЯ	32.25%
ОРИГИНАЛЬНОСТЬ	61.69%
ЦИТИРОВАНИЯ	6.06%
САМОЦИТИРОВАНИЯ	0%

ДАТА ПОСЛЕДНЕЙ ПРОВЕРКИ: 15.01.2022



Модули поиска: ИПС Адилет; Библиография; Сводная коллекция РГБ; Переводные заимствования (RuEn); Переводные заимствования издательства Wiley (RuEn); eLIBRARY.RU; СПС ГАРАНТ; Диссертации НББ; Патенты СССР, РФ, СНГ; Модуль поиска "ПГУ"; СМИ России и СНГ; Переводные заимствования

Работу проверял: Карпушкина Елена Александровна

ФИО проверяющего

Дата подписи:

15.01.22

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.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Приложение 1

Аудитивный метод оценки голоса, предложенный В.И. Филимоновой.

1. Сила и динамический диапазон голоса:

а) голос тихий — громкий;

б) возможность изменять его по силе — от слабого до громкого и наоборот.

2. Звучание голоса по качественным признакам:

а) голос звонкий — глухой;

б) голос осиплый — чистый.

3. При оценке интонации рассматриваются такие показатели: мелодика, темп речи, ударение, тембр.

3.1. Мелодика:

а) голос низкий — высокий;

б) монотонный — модулированный (доступность звуковысотных изменений, т. е. понижения и повышения тона).

3.2. Темп речи:

а) быстрый — медленный;

б) способность ускорять или замедлять темп.

3.4. Тембр: а) голос звонкий — глухой;

б) звучный — тусклый;

в) назализованный — чистый.

Исследование интонационной стороны речи и голоса ребенка с использованием специальных проб.

Изолированные гласные предлагаются в следующей последовательности: [а, о, у, э, и].

[а] — проверяется при выполнении ребенком инструкции: «Как нужно укачивать куклу!».

[у] — при выполнении задания: «Покажи, как звучит самолет в воздухе»; 61

[э] — при повторении вслед за логопедом коротких слов эй, это, эхо;

[и-а] — в ответ на просьбу: «Покажи, как кричит маленький ослик».

Аналогичным способом проверяются характеристики голоса при выполнении следующих инструкций — «Покажи, как рычит собака, если ей что-нибудь не нравится» — [р];

как звенит комар — [з];

как жужжит жук весной — [ж];

как лает собака, когда не подпускает чужих к дому — [ав];

как вздыхает старенькая бабушка — [ох]; как мычит корова — [му];

как мычит теленок, который потерял маму — (жалобно) [ме];

как пищат мышки — (тихо) [пи]; как мурлычет взрослый кот — [мурр];

как мяукает маленький котенок — [мяу];

как кричит петушок — [ку-ка-ре-ку]; как тикают часики — [тик-так].

2.2. Произнесение слов, обозначающих название той или иной предметной картинки. При выборе картинок учитывается максимальный набор в их названиях гласных и сонорных: мак, малина, мыло, машина, лимон, дом, самолет, юла, лиса, мел.

2.3. Повторение за логопедом коротких фраз типа: Мама мыла Милу. Мила любила молоко. Нина ела малину. Мама купила лимон.

2.4. Произнесение тех же фраз с различной интонацией: утвердительной, вопросительной и восклицательной.

Приложение 2

Парадоксальная дыхательная гимнастика А.Н. Стрельниковой:

1. «Ладони». Для этого упражнения необходимо встать прямо, руки согнуты в локтях, ладони вперед. В этом положении нужно сделать короткие, шумные и ритмичные вдохи через нос, сжимая ладони в кулачки, без паузы делая четыре таких вдоха, потом опустить руки, отдохнуть несколько секунд.

2. «Погончики». Стоя, руки сжаты в кулачки и прижаты к животу. Делая вдох, резко опустить вниз к полу кулаки (плечи не напрягать, руки тянутся к полу), затем вернуть кисти в исходное положение. Всего без остановки делаем 8 вдохов. Выполнить это упражнение нужно 12 раз подряд.

3. «Насос». Выполняется стоя, спина немного округлена, голова опущена вниз, сделать наклон одновременно с шумным и резким вдохом (именно под конец наклона), чуть приподнимаемся и снова выполняем наклонвдох. Сделать 12 раз.

4. «Обними плечи». Руки у ребенка согнуты в локтях и подняты до уровня плеч, на вдохе нужно обнять себя за плечи. Выдох во время разведения рук. Выполнить упражнение 12 раз. При коррекционных занятиях логопед дает установку ребенку, думать только о вдохе через нос и выдохе через рот; движения делаются на вдохе. Новые упражнения рекомендуется вводить постепенно.

Приложение 3

Комплекс дыхательных упражнений А.Г. Ипполитовой

1) вдох и выдох через нос (вдох быстрый, не очень глубокий, вдох продолжительный);

2) вдох через нос, выдох через рот;

3) вдох через рот, выдох через нос;

4) вдох и выдох через одну половину носа, затем через другую (попеременно);

- 5) вдох через одну половину носа, выдох через другую;
- 6) вдох через нос, замедленный выдох через нос, с усилением в конце;
- 7) вдох через нос, выдох через неплотно сжатые губы;
- 8) вдох через нос, выдох через нос толчками (кратковременно задерживая дыхание, выталкивать воздух маленькими порциями).

Приложение 4

Комплекс упражнений Е.В. Лавровой, направленный на активизацию мускулатуры шеи и мышц гортани

- 1) Пальцы рук, сложенные в замок, на затылке. Отклонение головы назад, преодолевая сопротивление рук;
- 2) Сжатые в кулак кисти рук подпирают подбородок. Наклоны головы вперед через сопротивление рук;
- 3) Ладони прижаты к ушам. Наклоны головы в стороны, преодолевая сопротивление рук; 4) Движение нижней челюсти вниз, в стороны, вперед; сжатие челюстей;
- 5) Надувание щек;
- 6) Прикасание кончиком языка к мягкому нёбу;
- 7) Поднимание мягкого нёба как при зевке.