

МИНОБРНАУКИ РОССИИ  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
**«САРАТОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.Г. ЧЕРНЫШЕВСКОГО»  
БАЛАШОВСКИЙ ИНСТИТУТ (ФИЛИАЛ)**

Кафедра дошкольного и начального образования

**ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО КОРРЕКЦИИ СТЁРТОЙ  
ДИЗАРТРИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

**АВТОРЕФЕРАТ БАКАЛАВРСКОЙ РАБОТЫ**

студентки 4 курса 43к группы  
направления подготовки 44.03.03 «Специальное (дефектологическое)  
образование»,  
профиля «Логопедия»,  
факультета естественно-научного и педагогического образования  
Голосеевой Миланы Элихановны.

Научный руководитель  
доцент кафедры ДиНО,  
кандидат педагогических наук,  
доцент \_\_\_\_\_

(подпись)

Е.Ю. Филатова

Зав. кафедрой ДиНО,  
кандидат педагогических наук,  
доцент \_\_\_\_\_

(подпись)

Е.А. Казанкова

**Балашов 2019**

**Введение. Актуальность исследования.** Речь – это высшая психическая функция, которая имеет огромное значение в жизнедеятельности любого человека, познании им окружающего мира, так как она является основным способом коммуникации между людьми, служит базой овладения языком, выполняет роль орудия мышления.

Недоразвитие речи или ее отсутствие затрудняют контакты ребенка с окружающим миром, нарушая процесс формирования его познавательной деятельности и личностного развития.

Современные исследователи (Л.Т. Журба, Е.М. Мастюкова, М.Б. Эйдинова, Е.Н. Правдина-Винарская) отмечают, что в последние годы увеличивается количество детей, имеющих нарушения речи, в том числе обусловленные стертой дизартрией.

Дизартрия относится к группе сенсомоторных расстройств, затрагивающих артикуляторный уровень речеобразования. При дизартрии расстройства произношения звуков вызваны, прежде всего, нарушениями фонетических (моторных) операций.

Стертая форма дизартрии по своим проявлениям характеризуется сглаженностью симптомов, их неоднородностью, вариативностью, различным соотношением речевой и неречевой симптоматики. Поэтому представляет значительную трудность для дифференциальной диагностики.

Диагностика стертой дизартрии и методики коррекционной работы разработаны пока недостаточно. В работах Г.Г. Гутцмана, О.В. Правдиной, Л.В. Мелеховой, О.А. Токаревой, И.И. Панченко, Р.И. Мартыновой рассматриваются вопросы симптоматики дизартрических расстройств речи, при которых наблюдается «смытость», «стертость» артикуляции. В трудах Л.В. Лопатиной, Н.В. Серебряковой, Э.Я. Сизовой, Э.К. Макаровой и Е.Ф. Собонович поднимаются вопросы диагностики, дифференциации обучения и логопедической работы в группах дошкольников со стертой дизартрией.

Логопедическую работу при дизартрических расстройствах следует

начинать с ослабления проявления расстройств иннервации мышц речевого аппарата. Расширяя возможности движения речевых мышц, можно рассчитывать на их лучшее спонтанное включение в артикуляционный процесс.

Дети с дизартрией нуждаются в комплексной системе логопедических мероприятий, направленных на развитие артикуляционных навыков, фонематического анализа и синтеза, совершенствование смысловой стороны речи.

При проведении коррекционно-логопедической работы с детьми с дизартрией используют следующие *методы логопедического воздействия*: дифференцированный логопедический массаж (расслабляющий или стимулирующий), пассивная и активная артикуляционная гимнастика, дыхательные и голосовые упражнения.

Проблемы дифференциальной диагностики стёртой дизартрии, организации логопедической помощи этим детям остаются актуальными, учитывая распространенность этого дефекта.

**Цель исследования:** изучение особенностей речевого развития у детей со стёртой формой дизартрии и определение путей коррекции.

**Объект исследования:** логопедическая работа с детьми со стёртой дизартрией.

**Предмет исследования:** коррекция стёртой формы дизартрии у детей дошкольного возраста.

**Гипотеза исследования:** коррекция стёртой дизартрии у детей дошкольного возраста будет успешной, если:

- проанализированы теоретические основы по проблеме исследования;
- рассмотрены основные классификации дизартрии и причины развития;
- определены нарушения речи в структуре дефекта;
- выделены направления коррекции стёртой дизартрии.

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

1. Провести анализ педагогической, психологической и специальной литературы по проблеме исследования.
2. Провести обзор методик логопедического обследования детей со стёртой дизартрией.
3. Теоретически обосновать и разработать программу по коррекции стёртой дизартрии у детей дошкольного возраста.

**Теоретико-методологические основы исследования:** вопросам изучения стёртой дизартрии посвящены исследования Е.Ф. Архиповой, Л.В. Лопатиной, Н.В. Серебряковой, О.Г. Приходько, Е.Н. Винарской, Е.А. Дьяковой, Е.М. Мастюковой, И.Ю. Левченко и др.

**Методы исследования:** теоретический анализ педагогической, психологической литературы, метод анализа литературных источников по проблеме исследования, методы работы с научной информацией, систематизация; обобщение, метод анализа полученных данных.

ВКР состоит из введения, главы 1 «ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ СТЕРТОЙ ДИЗАРТРИИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА», главы 2 «ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ СТЕРТОЙ ФОРМЫ ДИЗАРТРИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА», главы 3 «КОРРЕКЦИОННО-ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ СО СТЕРТОЙ ДИЗАРТРИЕЙ», заключения, списка использованных источников (41 источник).

**Основное содержание работы.** В *первой главе* нашей работы выделены и изучены основные теоретические аспекты стёртой дизартрии. Определена этиология термина «дизартрия», обозначающего нарушение произносительной и просодической стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевой мускулатуры.

На данный момент проблема дизартрии разрабатывается в клиническом (неврологическом), нейропсихологическом, пси-

холингвистическом, психолого-педагогическом направлениях. В современной науке существуют различные подходы к классификации дизартрии. В их основу положены принцип локализации мозгового поражения, степень понятности речи для окружающих, синдромологический подход.

О.В. Правдина при классификации дизартрии *по принципу локализации мозгового поражения* различает псевдобульбарную, бульбарную, экстрапирамидную (подкорковую), мозжечковую, корковую формы дизартрии.

И.И. Панченко классифицирует дизартрию на основе *синдромологического подхода*, выделяя спастико-паретическую, спастико-ригидную, гиперкинетическую, атактическую и смешанные формы дизартрии.

Классификация дизартрии *по степени разборчивости речи* для окружающих была предложена французским невропатологом Тардые. Им было выделено 4 степени тяжести речедвигательных нарушений: нарушения звукопроизношения выявляются только специалистом в процессе обследования ребенка; нарушения произношения заметны каждому, но речь понятна для окружающих; речь понятна только близким ребенка; речь отсутствует или непонятна даже близким ребенка (четвертая степень нарушения звукопроизношения, по существу, представляет собой анартрию).

У детей с легким дизартрическим статусом нарушены моторная сфера, звукопроизношение, просодический аспект речи. Однако все эти дефекты выражены минимально, в стертой форме, поэтому обнаруживаются только при внимательном невролого-логопедическом обследовании.

В общем физическом развитии у детей с минимальными дизартрическими расстройствами (МДР) наблюдается незначительное отставание от возрастной нормы. Они могут иметь невысокий рост, недостаточную массу тела, узкую грудную клетку. Они неуклюжи, быстро утомляются при физических нагрузках, затрудняются в синхронном

выполнении движений. Наряду с общей двигательной сферой страдает тонкая моторика. Ввиду того, что нарушаются дифференцированные движения пальцев рук, дети с трудом осваивают навыки самообслуживания (застегивание пуговиц, завязывание шнурков), испытывают неловкость при творческой работе (рисовании, аппликации, лепке), не любят игрушки с мелкими деталями (пазлы, конструктор).

На поражение мимической и артикуляционной мускулатуры указывают гипомимичность лица, вялость губ, паретичность языка, асимметрия носогубных складок и уголков рта. При выполнении артикуляционных проб появляются гиперкинезы, синкинезии, легкая цианотичность и девиация языка. Во время речевой активности отмечается гиперсаливация. Затруднено выполнение артикуляционных движений, удержание позы, плавное переключение с одной артикулемы на другую.

Нарушение звукопроизношения носит множественный характер - фонетические дефекты затрагивают две и более группы звуков (обычно свистящие, шипящие и сонорные). Ненормативное произношение в большинстве случаев представлено звуковыми искажениями (межзубным и боковым сигматизмом, горловым ротацизмом), часто в сочетании с отсутствием и заменами звуков, дефектами озвончения/оглушения и смягчения. Даже добившись нормативного изолированного звучания фонемы, с трудом удается автоматизировать нарушенный звук и ввести его в речь. Наряду со звукопроизношением нарушается просодический аспект: голос затухающий, прерывистый, немодулированный, назализованный, интонационная выразительность речи снижена. В целом речь ребенка «смазанная», плохо разборчивая.

Звукопроизносительные и просодические расстройства неизбежно вызывают дефекты фонематического восприятия. При этом страдает дифференциация не только акустически близких фонем, но и звуков, достаточно далеких по своим акустическим и артикуляторным свойствам. Невозможность четкой дикции и недифференцированность слухового

контроля лежат в основе ФФН. В свою очередь, это создает предпосылки для трудностей в усвоении слоговой структуры слова, словоизменения и словообразования. Также вторично выявляются словарные и грамматические нарушения: обедненность лексики, недостаточное усвоение семантики слова, аграмматизмы. К началу школьного обучения дети с МДР оказываются недостаточно подготовленными к усвоению программы по русскому языку, что неизбежно ведет к появлению стойких недочетов на письме – дисграфии.

Во *второй главе* нашей работы, дан обзор методик логопедического обследования, которые включают следующие этапы:

1. Изучение анамнестических сведений. Анализ анамнестических данных осуществляется с помощью сбора сведений со слов родных ребенка.

2. Обследование состояния артикуляционного аппарата включает описание артикуляционного аппарата, его анатомического строения и двигательной функции.

3. Обследование состояния мимической мускулатуры. (Оценивают темп движений, точность выполнения, тонус, объём движений и т.д.)

4. Исследование символического праксиса проводят по образцу: свист, поцелуй, улыбка, оскал.

5. Обследование звукопроизношения, лексико-грамматического строя речи. Обследование состояния звукопроизношения осуществляется по традиционным методикам, подробно представленным в логопедии Н. С. Жуковой, Е. М. Мастюковой, Т. Б. Филичевой, Л. В. Лопатиной, Н. В. Серебряковой, Г. В. Чиркиной, Е. Ф. Архиповой.

6. Обследование просодической стороны речи. (Отмечаются и анализируются следующие критерии: голос, темп, разборчивость речи и т.д.)

7. Обследование фонематического восприятия. Для исследования фонематического восприятия, анализа, синтеза и представлений рекомендуются традиционные методики, подробно представленные в работах Р. И. Лалаевой, Л. В. Лопатиной, Н. В. Серебряковой; Е. Ф. Архиповой и др.

8. Обследование моторных и сенсорных функций. Для оценки состояний общих моторных функций и артикуляционной моторики в логопедической практике обычно используются тесты, разработанные Н. И. Озерецким.

Отмечаются следующие показатели:

- повышение напряженности мышц, не участвующих в выполнении теста;
- тремор и другие виды гиперкинезов;
- синкинезии; – полнота и точность выполнения;
- согласованность движений рук и ног;
- двигательная память;
- качество статической координации;
- качество динамической координации.

Данный вид работы позволил нам сделать вывод о том, что для обнаружения стертых проявлений дизартрии проводится комплекс медико-педагогических исследований.

Далее на основе анализа методик изучения речевого развития дошкольников со стертой формой дизартрии В.А. Киселёвой и Р. И. Лалаевой предложена программа логопедического обследования.

Балльные оценки определяются на основе шкалы: 4 балла — высокий уровень, 3 балла — средний, 2 балла — ниже среднего, 1 балл — низкий уровень.

В первом разделе анамнестические сведения собирают со слов родителей и с использованием медицинской карты ребенка. Особое внимание обращают на вредности пренатального, натального и постнатального периодов, моторное и речевое развитие ребенка, особенно до года. Важно учитывать, каким образом ребенок включен в систему социальных взаимоотношений, которые оказывают влияние на его развитие в



целом. Внимательно изучают данные неврологического обследования и объективных исследований, если таковые ранее проводились. Если ранее ребенок не был обследован, желательно направить его к неврологу и на электроэнцефалограмму.

Второй раздел включает восемь серий методик для исследования высших психических функций и процессов, нарушенных у детей со стертой формой дизартрии. Вначале проводим обзор состояния моторики (тонкой, артикуляционной), мимической мускулатуры, далее изучаем состояние фонематического слуха, затем смотрим на состояние просодической стороны речи, на состояние звукопроизношения, оцениваем лексико-грамматический строй речи, и связную речь. В каждой методике дается бальная оценка с интерпретацией.

В *третьей главе* описана специфика коррекционно-логопедической работы, которая учитывает не только особенности развития высших психических функций, но и последовательность основных этапов формирования мозговой организации психических процессов, а также подобран комплекс игр и упражнений логопедического воздействия. Комплекс игр и упражнений, соответствует основным принципам, определяющим последовательную систему коррекционно-логопедической работы. Так, например, развитию тонкой моторики способствуют следующие игры упражнения: «Здравствуй, пальчик», «Человечек бегаёт», «Бинокль», «Мишка косолапый» и т.д. Сформировать правильное дыхание помогут следующие упражнения: «Мельница», «Насос», «Арлекин». Для артикуляционной гимнастики целесообразно выполнять такие упражнения, как: «Трубочка», «Улыбка», «Заборчик», «Бублик». Развивать пространственное представление помогут игры: «Скажи, где?», «Моя квартира», «Наш детский сад». Для формирования фонематического восприятия разумно будет использовать игры: «Узнай шум», «Барабан», «О чём говорит улица» и т.д.

Логопедическую работу принято начинать с ослабления расстройств иннервации речевого аппарата, используя следующие методы логопедического воздействия: расслабляющий или стимулирующий логопедический массаж, пассивная и активная артикуляционная гимнастика, голосовые и дыхательные упражнения. Так, например, логопедический массаж особенно важен на начальных этапах коррекции, когда у ребёнка возникают трудности при определении артикуляционных движений. Пассивную и активную артикуляционную гимнастику принято проводить после массажа, их целью является включение в работу новых групп мышц, которые ранее не задействовались. Формирование правильного дыхания начинается с общих дыхательных упражнений, которые ставят своей задачей – увеличить объём силу и глубину вдыхаемого и выдыхаемого воздуха. Развитие просодической стороны речи предлагает упражнения на развитие навыка управления движения голоса вверх-вниз. При коррекции произношения в первую очередь выбираются звуки, которые ближе к правильному произнесению.

Отличительной особенностью логопедического воздействия при дизартрии являются значительная длительность и последовательность работы над звуками, следовательно, прежде чем приступить к формированию артикуляционного праксиса на этапах постановки, автоматизации и дифференциации, необходимо развитие фонематических процессов. Особого внимания заслуживает этап автоматизации звуков, где важно подобрать лексический материал разной сложности, который будет семантически доступен ребёнку.

**Заключение.** В результате изучения теоретической литературы по проблеме исследования можно сделать вывод о том, что стертая дизартрия, как сложная проблема речевой патологии, интенсивно изучается и освещается в теоретическом и практическом аспектах, в отечественной и мировой научной литературе. Научная разработка проблемы дизартрии в отечественной логопедии связана с именами таких известных неврологов,

психиатров, психологов, педагогов, нейрофизиологов как Е.Н. Винарская, Е.М. Мастюкова, Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук, И.И. Панченко, Л.В. Лопатина, И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько и др.

Термин «стертая» дизартрия впервые был предложен О.А. Токаревой. Она характеризует проявления «стертой дизартрии» как легкие (стертые) проявления «псевдобульбарной дизартрии», которые отличаются особой трудностью преодоления.

Причины стертой дизартрии различны: инфекционные заболевания матери во время беременности, ушибы и травмы головного мозга, тяжелое протекание беременности и родов и пр.

Основным отличительным признаком дизартрии от других нарушений произношения является то, что в этом случае страдает не произношение отдельных звуков, а вся произносительная сторона речи.

Совершив обзор методик логопедического обследования, описав специфику логопедической работы, была составлена программа по коррекции стёртой дизартрии. Она включает в себя: упражнения, направленные на развитие моторики; формирование правильного дыхания; артикуляционную гимнастику; упражнения для развития пространственных представлений, связной речи; упражнения для формирования фонематического восприятия, анализа и синтеза, автоматизацию и дифференциацию поставленных звуков.

Комплекс игр и упражнений предполагает дифференцированный подход, учитывающий типологические и индивидуальные особенности детей со стёртой дизартрией. Система игр и упражнений поможет добиться положительных результатов в коррекции стертой дизартрии и предотвратить нарушения чтения и письма у будущих школьников.

В заключении следует отметить, что поставленная в работе цель была нами достигнута, задачи решены, а гипотеза основательно доказана.