

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«САРАТОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.Г. ЧЕРНЫШЕВСКОГО»

Кафедра логопедии и психолингвистики

**ФОРМИРОВАНИЕ РЕЧИ ДОШКОЛЬНИКОВ С МИНИМАЛЬНЫМИ
ДИЗАРТРИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

АВТОРЕФЕРАТ
ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ
БАКАЛАВРСКОЙ РАБОТЫ

студентки 4 курса 474 группы
направления **44.03.03** Специальное (дефектологическое) образование,
профиль Логопедия
факультета психолого-педагогического и специального образования

ГУСИХИНОЙ ТАТЬЯНЫ ШАМИЛЬЕВНЫ

Научный руководитель:
кандидат филол. наук, доцент _____ О.В. Кощева

Зав. кафедрой:
доктор филол. наук, доцент _____ В.П. Крючков

Саратов, 2019

ВВЕДЕНИЕ. Дизартрия относится к группе сенсомоторных речевых расстройств, затрагивающих артикуляционный уровень речеобразования. При дизартрии расстройства произношения звуков вызваны нарушением моторных операций. Дизартрия - тяжелое и сложное нарушение звуковой стороны речи, нарушение произношения, обусловленное недостаточной иннервацией речевого аппарата при поражениях заднелобных и подкорковых отделов мозга.

Как отмечают многие специалисты, проблема дизартрии в последнее время становится все более актуальной. Ввиду распространенности данного нарушения среди дошкольников, актуальным является создание эффективной методики коррекции артикуляционной, ручной моторики у детей с минимальными дизартрическими расстройствами, а также методики формирования нейрофизиологических основ речи.

Особенностью дизартрии у детей является ее сочетание с различными клиническими синдромами. Это связано с тем, что при воздействии вредоносного фактора на развивающийся мозг повреждение чаще имеет более распространенный характер, и тем, что поражение одних мозговых структур, необходимых для управления двигательным механизмом речи, может способствовать задержке созревания и нарушать функционирование других.

С каждым годом увеличивается количество детей, имеющих как явные нарушения со стороны центральной нервной системы, так и скрытую неврологическую симптоматику, которая проявляется не сразу, а лишь в процессе работы с ребенком. В этой связи в литературе распространился термин «стертая дизартрия» или «минимальные дизартрические расстройства».

Термин «стертая» дизартрия впервые был предложен О.А. Токаревой, которая охарактеризовала проявления стертой дизартрии как легкие (стертые)

проявления псевдобульбарной дизартрии, которые отличаются особой трудностью преодоления.

Легкая степень дизартрии (стертая дизартрия или минимальные дизартрические расстройства) – одно из наиболее часто встречающихся в детском возрасте расстройств речи, при котором ведущими в структуре речевого дефекта являются стойкие нарушения звукопроизношения, сходные с другими артикуляторными расстройствами и представляющие значительные трудности для дифференциальной диагностики и коррекционно-логопедической работы.

В отечественной логопедии изучением вопросов диагностики и коррекции дизартрии занимались такие ученые как О.В. Правдина, Е. М. Мастюкова, К.А. Семенова, Л.В. Лопатина, Н.В. Серебрякова, Е.Ф. Архипова, Г.В. Чиркина, И.И. Панченко, Э.Я. Сизова, Е.Ф. Собонович, И.Б. Карелина, О.А. Токарева, Л.В. Мелехова, Т.В. Сорочинская, О.Ю. Федосова и др.

Также накоплен большой теоретический материал по проблемам этиологии, симптоматики разнообразных клинических проявлений неречевых и речевых нарушений при стертой дизартрии.

О.А.Токаревой отмечала, что у детей со стертой дизартрией при отсутствии ограничения в движениях языка и губ часто наблюдается неточность движений и недостаточность их силы.

В работах Л.В. Лопатиной и Н.В. Серебряковой приводятся данные об особенностях лексико-грамматического строя речи, а также методика логопедической работы по его развитию у детей с минимальными дизартрическими расстройствами с позиций психолингвистического подхода.

В трудах Е.Ф. Архиповой акцент делается на методику коррекции дизартрических расстройств с помощью нейропсихологического и нейрофизиологического подходов. Разработаны приемы массажа и нейростимуляции при автоматизации звуков у детей со стертой формой дизартрии.

Р.Л. Мартынова в своих работах провела сравнительную характеристику детей, страдающих легкими формами дизартрии и функциональной дислалией, и выявила дифференциальные критерии, отличающие данные отклонения.

Цель настоящего исследования состоит в выделении наиболее эффективных из существующих методов коррекции стертой дизартрии в условиях дошкольного логопедического пункта.

Данная работа предполагает решение ряда задач:

- изучить этиологию и патогенез стертой дизартрии;
- охарактеризовать симптомы и классификацию стертой дизартрии;
- определить основные диагностические этапы стертой дизартрии;
- описать особенности дифференциальной диагностики;
- охарактеризовать методики коррекции стертой дизартрии;
- апробировать систему работы с детьми, имеющими минимальные дизартрические расстройства, в условиях логопедического пункта.

В качестве научно-теоретической основы были взяты труды Е. Ф. Архиповой, В. П. Глухова, Л. В. Лопатиной, С. С. Ляпидевского, Л. С. Выготского, А. Р. Лурии и других авторов.

Методологическую основу исследования составили материалы учебных и научных изданий по проблеме дизартрии.

Структура работы: введение, две главы с параграфами, раскрывающие основные задачи работы, заключение, список использованных источников, приложение.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ. Во введении обоснована актуальность работы, сформулированы цель и задачи исследования, дана краткая характеристика экспериментальной базы, описаны используемые методы и представлена методологическая основа исследования.

Первая глава «Общая характеристика минимальных дизартрических расстройств» состоит из двух параграфов. Первый параграф описывает

этиологию и патогенез стертой дизартрии. Рассказывается о появлении термина «стертая дизартрия». Описываются характерные для этого нарушения проявления: смазанность звукопроизношения, размытость, нечеткость артикуляции, характерные изменения в просодической стороне речи, которые особенно резко обнаруживаются в потоке речи.

Также в первом параграфе описывается неврологическая симптоматика минимальных дизартрических проявлений. Рассматриваются причины появления нарушения. Описываются изменения, происходящие с органами артикуляции ребенка вследствие органического поражения центральной нервной системы. Затрагиваются вопросы выявления и симптоматики проявления минимальных дизартрических расстройств в раннем возрасте.

Во втором параграфе первой главы разбирается классификации разных форм дизартрии и ее проявлений у детей, а также рассматриваются вопросы комплексной диагностики минимальных дизартрических расстройств. Приводится важность совместной работы логопедов с врачами-неврологами, а также необходимость подключения инструментальной медикаментозной диагностики. Освещается важность дифференциальной диагностики, которая призвана помочь отделить стёртую дизартрию от моторной аллалии, афазии и дислалии. Поскольку все эти диагнозы сопряжены с поражениями очагов мозга, только неврологические исследования помогут уточнить заключение и наметить коррекционный маршрут.

Вторая глава «Преодоление минимальных дизартрических расстройств у детей дошкольного возраста» содержит три параграфа.

В первом параграфе определяются экспресс-методики обследования общей и артикуляционной моторики, а также просодической стороны речи у дошкольников со стертой дизартрией. Описывается сравнительное описание артикуляционной и просодической стороны речи, а также фонематических

функций у дошкольников с минимальными дизартрическими расстройствами и с нормальным речевым развитием.

В исследовании принимало участие 7 детей 5-6 лет с логопедическим заключением «ФФН, минимальные дизартрические расстройства».

При диагностике детей за основу были взяты методики Е.Ф. Архиповой, Л.В. Лопатиной, Н.В. Серебряковой.

В анамнезе детей экспериментальной группы выявилось, что в пренатальном, натальном и постнатальном периодах все дети были подвержены воздействию различных вредных факторов. У матерей имелись хронические заболевания, у некоторых из них отмечался токсикоз первой или второй половины беременности. Кроме того, отмечены патологии в пренатальном периоде: преждевременные, затяжные или стремительные роды, стимуляция родовой деятельности, кесарево сечение.

В раннем периоде речевого развития у детей экспериментальной группы наблюдалось позднее появление лепета (в 9-10 мес.) и первых слов. У детей в раннем постнатальном развитии отмечались и такие особенности, как двигательное беспокойство, нарушения сна, вялость акта сосания, имели место частые поперхивания, обильные срыгивания. У 2 детей поставлены неврологические диагнозы ММД, у 4 детей стоят диагнозы ПЭП.

Моторное развитие детей характеризуется неловкостью, трудностями переключения с одного движения на другое. Дети медленно одеваются и раздеваются, с трудом застегивают и расстегивают пуговицы, завязывают и развязывают шнурки, ленты, что говорит о несовершенстве тонкой моторики. Кроме того двигательное развитие характеризуется двигательной расторможенностью, суетливостью, повышенной утомляемостью.

По итогам обследования выявлено, что одним из главных дифференциальных критериев диагностики дизартрического синдрома является неточность в произношении гласных звуков: смешение звуков [и] и [ы], а также проблемы с дифференциацией на слух звуков [о] и [у].

Еще одним общим признаком для исследуемых детей, указывающим на дизартрический синдром, является призубное, а иногда межзубное произнесение твердых переднеязычных звуков [т] [д] [н] и их мягких пар, что составляет «дизартрическую триаду».

Больше всего дети затруднялись при произношении шипящих звуков: [ш] и [ж]. Часто шипящие звуки дети заменяли на искаженные свистящие. Кроме того, неверно произносились свистящие звуки [с] и [з]. Самыми сложными для произнесения оказались сонорные звуки. Звук [л] часто искажался либо вообще отсутствовал. Звук [р] искажается велярным произношением или заменяется звуком [j].

Были также выявлены нарушения фонематических процессов и просодики.

Во втором параграфе подробно описывается поэтапное проведение коррекционной работы с примерами заданий и упражнений.

Наша работа проходила поэтапно в нескольких направлениях:

1 этап (подготовительный):

- развитие общей и мелкой моторики;
- стимуляция работы артикуляционного аппарата;
- нормализация работы мимических мышц;
- формирование просодических компонентов речи;
- нормализация основных психических процессов.

2 этап – выработка произносительных умений и навыков:

- выработка основных артикуляционных укладов;
- коррекция звукопроизношения;
- развитие основных фонематических процессов;
- формирование лексико-грамматических категорий и связной

речи;

3 этап – выработка коммуникативных умений и навыков.

4 этап – предупреждение или преодоление вторичных нарушений.

5 этап – подготовка к обучению к школе.

Занятия с детьми проводились в течение одного года, 3 раза в неделю.

В третьем параграфе предлагаются выводы, полученные в ходе проведенного исследования. Предоставляются фактические данные о качественных изменениях, произошедших в результате проделанной коррекционной работы.

По итогам формирующего эксперимента нами было проведено повторное обследование детей. В процессе исследования состояния восприятия речи мы выявили, что двое детей, для которых требовалось повторить задание, выполняют данную инструкцию верно с первого раза.

Исследование состояния артикуляционной моторики показало, что все дети правильно, в полном объеме, в достаточно хорошем темпе выполняют все элементы артикуляционной гимнастики.

У всех детей были поставлены нарушенные ранее звуки, но не у всех достигнуто правильное произношение поставленных звуков в словах и предложениях.

Кроме того, в процессе работы нами было отмечено, что очень важную роль играет заинтересованность детей и их родителей в успешном и скорейшем завершении коррекции имеющихся нарушений речи. Отсутствие мотивации в преодолении дефекта ведет к снижению результативности коррекционной работы. Чтобы повысить интерес детей к логопедическим занятиям, мы применяли разнообразные творческие задания, достаточное количество дидактического материала. Также необходимо постоянно работать с родителями, объясняя им сложность дефекта и необходимость и необходимость их активного участия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Минимальные дизартрические расстройства – это расстройства фонетического и просодического компонентов речи, обусловленные негрубым нарушением иннервации артикуляторных органов.

Для речевого дефекта характерна нечеткая артикуляция, искажение звуков нескольких фонетических групп, сложности автоматизации, маловыразительная речь.

Минимальные дизартрические нарушения диагностируются в процессе уточнения логопедического и неврологического статуса. Коррекция осуществляется с использованием артикуляционной, дыхательной и пальчиковой гимнастики, логопедического массажа. Особых усилий требует автоматизация вызванных звуков и нормализация просодики. Параллельно проводится лечение у невролога.

Минимальные дизартрические проявления – распространенная речевая патология среди дошкольников. При обследовании детей, посещающих логопедические группы ДООУ, дизартрический компонент выявляется у 50% лиц с ОНР и 35% с ФФН. Около 10% случаев сложной дислалии при более детальном изучении переключаются в легкую степень дизартрии.

Термин «стертая дизартрия» предложен в 1969 г. О.А Токаревой – этим понятием она обозначила неярко выраженные признаки псевдобульбарной дизартрии, отличающиеся особыми сложностями преодоления. В последующие годы вопросы терминологии неоднократно дискутировались и уточнялись специалистами-дефектологами. На сегодняшний день в отечественной логопедии принято название речевой патологии «минимальные дизартрические расстройства» (МДР), в зарубежной практике используется термин «артикуляционная диспраксия развития».

Тактика коррекционной работы при минимальных дизартрических нарушениях включает медицинское и логопедическое воздействие. Только комплексный подход позволяет достичь стойкого положительного эффекта и компенсации речевого дефекта. Общемедицинские и логопедические мероприятия проводятся параллельно и включают в себя следующие компоненты:

Неврологическое лечение и реабилитацию. В рамках медицинского

подхода показан прием ноотропных препаратов, витаминов группы В, призванных активизировать работу нервной системы. Медикаментозную терапию целесообразно дополнять общим массажем, ЛФК, рефлексотерапией, физиотерапией, плаванием. Это позволит нормализовать мышечный тонус, улучшить моторные навыки.

Развитие координированных движений руки находится в тесной связи с развитием артикуляционного праксиса, поэтому в процессе логопедических занятий большое внимание уделяется пальчиковой гимнастике. Артикуляционные упражнения способствуют укреплению оральной мускулатуры, овладению правильными артикуляционными укладами и переключениями. Специальные дыхательные приемы помогают выработать сильную и плавную воздушную струю, необходимую для нормативной фонации.

Логопедический массаж является неотъемлемым компонентом коррекции стертой дизартрии. Он может быть включен в структуру логопедического занятия или проводиться отдельным курсом. Позволяет подготовить органы артикуляции к звукопостановке. Включает массаж мышц лица и полости рта. Наиболее эффективен при дизартрии зондовый массаж.

Коррекция речевых расстройств предполагает постановку дефектных звуков, их закрепление (автоматизацию) в слогах, словах и фразовой речи, дифференциацию смешиваемых фонем. Особенностью коррекции минимальных дизартр является сложность и длительность автоматизации звуков. Параллельно ведется работа над преодолением фонематических нарушений, развитием интонационно-мелодической стороны речи, усвоением лексико-грамматических категорий. Общая продолжительность курса логопедических занятий может составлять до 1 года и более.

Вопросы диагностики и преодоления минимальных дизартрических расстройств являются актуальной проблемой современной логопедической науки.

