ЗМинистерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого»
Институт непрерывного педагогического образования

Кафедра психологии

Практика учебная:
Научно-исследовательская работа (получение первичных навыков научно-исследовательской работы)

отчёт

по направлению подготовки
44.03.03 – Специальное (дефектологическое) образование
профиль - Логопедия

Руководитель
_____/ Клытпутенко В.В.
(подпись) (Ф.И.О.)
“___”_____2023 г.
студент гр. 9701 зо
_____/Тетюкова Д.С.
(подпись) (Ф.И.О.)
“___”_____2023 г.

Содержание

Анализ ключевых понятий по теме «Развитие мелкой моторики у дошкольников со стертой дизартрией».....3

Список литературы по проблеме научного исследования.....4

Конспект научного доклада.....8

Приложения (сертификат)……..42

Анализ ключевых понятий по теме курсовой работы «Развитие мелкой моторики у дошкольников со стертой дизартрией».

Речевые нарушения - это собирательный термин, который используется для обозначения отклонений от нормального речевого развития, от речевой нормы, принятой в данной языковой среде, которые обусловлены расстройством нормального функционирования психофизиологических механизмов речевой деятельности [1, с. 6];

Дизартрия – нарушение произношения и просодической основы речи, связанное с наличием неврологических признаков. В основе этого расстройства лежат остаточные нарушения иннервации артикуляционного, дыхательного и речевого аппарата [7, с. 6];

Стертая дизартрия- легкие 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 [8, с. 15];

Мелкая моторика- комплекс скоординированных действий, направленных на точное выполнение мелких движений пальцами и кистями рук и ног. В этом принимают участие нервная, мышечная, костная и даже зрительная системы. К ней относятся разнообразные движения: от всем привычных жестов до самых мелких манипуляций [20, с. 726];

Анартрия - абсолютная неисполнимость произносительной стороны речи [35, с.44];

Дислалия- Нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации артикуляционного аппарата. Практически может быть нарушено или затруднено произношение любого из звуков родного языка [33, с. 50];

Артикуляционная моторика – это скоординированные движения органов речевого аппарата, обеспечивающие правильное звукопроизношение [6, с. 342];

Общая моторика- Разнообразные движения рук, ног, тела, т.е. по сути, любая физическая активность человека, связанная с перемещением тела в пространстве, и осуществляемая за счет работы крупных мышц тела: прыжки, бег, наклоны, ходьба и так далее [4, с. 18];

Поражение ЦНС - Неврологическое заболевание, в основе которого лежат нарушения центральной нервной системы, приводящие к заболеваниям и других органов [17, с. 38];

Фонетическая сторона речи – это звуковое (звуки, слоги, звуковые цепочки) и мелодико-интонационное (темп, ритм, тон, ударение) оформление высказывания. Каждый звук обладает224 определенными артикуляционными и акустическими характеристиками, которые в языке приняты за норму [2, с. 224];

Список литературы по проблеме научного исследования

1. Акименко В.М. «Логопедическое обследование детей с речевыми нарушениями», Ростов н/Д: Феникс, 2011. — 77 с. — (Сердце отдаю детям).

2. Алпатова Т.В. Формирование произносительной стороны речи у детей со стертой формой дизартрии / Т.В. Алпатова //Здоровьесберегающие и коррекционные технологии в современном образовательном пространстве. – 2020. – С. 222-226.

3. Атаджанова Н.В. К вопросу о психолого-педагогической характеристике для детей дошкольного возраста с дизартрией / Н.В. Атаджанова //Теоретический и практический потенциал современной науки. – 2021. – С. 16-18.

4. Афанасьева А.Х. Развитие двигательных навыков у старших дошкольников со стертой дизартрией / А.Х. Афанасьева //ББК У 43 К 906. – С.

18.

5. Блудов, А. А. Дизартрия.NET. Лечение нарушений произношения у детей и взрослых (+ DVD-ROM) / А.А. Блудов, Н.В. Белова. - М.: Наука и техника, 2017. - 160 с.

6. Бурыкина М.Ю. Формирование моторных функций детей старшего дошкольного возраста с дизартрией / М.Ю. Бурыкина, С.А. Балыкина //Modern Science. – 2021. – №. 3-2. – С. 340-344.

7. Винарская Е.Н. «Дизартрия» — М.: АСТ: Астрель, Хранитель, 2006.

8. Гребнева Е.А. К проблеме изучения стертой формы дизартрии у дошкольников / Е.А. Гребнева //Гуманитарные научные исследования. – 2021. – №. 5.

9. Гусева П.В. Развитие мелкой и артикуляционной моторики у детей 5-6 лет со стертой дизартрией / П.В. Гусева //Colloquium-journal. – Голопристанский районный центр занятости, 2020. – №. 14 (66).

10. Гуткина, Н.И. Психологическая готовность к школе /Н.И. Гуткина – 4-е изд., перераб. и допол. – СПб.: Питер. – 2006 – С. 208

11. Запорожец А.В. Психологическое изучение развития моторики ребенка-дошкольника // Вопросы психологии ребенка дошкольного возраста / Под ред. А.Н.Леонтьева и А.В.Запорожца. М., 1995. – с.112-122.

12. Киселева В.А. Диагностика и коррекция стертой формы дизартрии. Пособие для логопедов./ В.А. Киселева – М.: Школьная пресса, 2007.

13. Кольцова М.М. Двигательная активность и развитие функций мозга ребенка. – М., 1973, – С. 193

14. Левина Р.Е. Основы теории и практики логопедии./ Р.Е. Левина - М.: Флинта, 2016 - 176 с.

15. Лепская Н.И. Язык ребенка: онтогенез речевой коммуникации / Н.И. Лепская. - Москва: Российский гос. гуманитарный университет, 2015 - 311 с.

16. Логопедия. Теория и практика / под ред. д.п.н. профессора Т.Б. Филичевой. — М.: Эксмо, 2017. – 608 с.

17. Лопатина Л. В. Характеристика и структура речевого дефекта у дошкольников со стертой дизартрией. Особенности механизмов, структуры нарушений речи и их коррекции у детей с интеллектуальной, сенсорной и двигательной недостаточностью. — СПб., 1996.

18. Мартынова Р. И. «Сравнительная характеристика детей, страдающих легкими формами дизартрий и функциональной дислалией»

19. Мертвищева К.З. Нарушение моторных функций у дошкольников со стертой формой дизартрии / К.З. Мертвищева //Современные тенденции развития системы образования. – 2018. – С. 237-240.

20. Мершина С. А. Особенности мелкой моторики рук у детей дошкольного возраста с дизартрией / С. А. Мершина //ББК 74.0+ 74.5 я431. – 2017. – С. 725.

21. Николаева Л. М. Современные аспекты логопедической работы по обследованию детей дошкольного возраста с дизартрией / Л.М. Николаева, Е.М. Бурдина //Динамика взаимоотношений различных областей науки в современных условиях. – 2017. – С. 186-189.

22. Озерецкий Н. И. Методы массовой оценки моторики у детей и подростков. - М., 1929.

23. Основы логопедии с практикумом по звукопроизношению [Текст]: /под ред. Т. В. Волосовец. – М.: Академия, 2000. – 200 с.

24. Основы дошкольной логопедии [Текст] : / Т. Б. Филичева, О. С.Орлова, Т. В. Туманова и др. – М: Эксмо, 2015. — 320 с.

25. Плутаева Е.В. «Развитие мелкой моторики у детей 5-7 лет», М., 2005

26. Понятийно-терминологический словарь логопеда / под ред. В.И. Селивёрстова. — М.: ВЛАДОС, 2015. — 287 с.

27. Прищепа С.Т. «Мелкая моторика в психофизическом развитии дошкольников», М., 2005.

28. Светлова И.Е. Развиваем мелкую моторику и координацию движений рук / И.Е. Светлова. - Москва: Детство-пресс, 2012.

29. Спирина А.В. Особенности крупной, мелкой и артикуляционной

моторики у детей дошкольного возраста с дизартрией / А.В. Спирина //Вестник Курганского государственного университета. – 2018. – №. 4 (51).

30. Сухотерина Е.А. Особенности развития моторных функций у старших дошкольников со стертой дизартрией на логопедических занятиях в ДОО / Е.А. Сухотерина //Дошкольное, начальное и специальное образование: современные технологии воспитания, обучения и развития. – 2020. – С. 195-199.

31. Трифонова М.С. К вопросу о детской дизартии / М.С. Трифонова, В.А. Дубовская //Обучение и воспитание детей с ограниченными возможностями здоровья в современных образовательных условиях. – 2020. – С. 233-237.

32. Тюнина И.А. Особенности моторного и речевого развития у детей дошкольного возраста с дизартрией / И.А. Тюнина, В.А. Дубовская //Гармонизация развития личности детей с особыми образовательными потребностями и возможностями. – 2021. – С. 143-146.

33. Филичева, Т.Б. Основы логопедии: Учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. «Педагогика и психология» / Т.Б. Филичева, Н.А. Чевелева, Г.В. Чиркина [Электронный ресурс] URL: http://pedlib.ru/Books/2/0032

34. Хватцев, М. Е. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста. [Текст] : / Е. М. Хватцев – М. : Просвещение, 1961. – 220 с.

35. Чиркина, Г. В. Нарушение речи у детей [Текст] : / Г. В. Чиркина, М. А. Чевелева, Т. Б. Филичева. – М. : Айрис-пресс, 1993. – 151 с.

36. Чиркина, Г. В. Методы обследования речи детей [Текст] : пособие по диагностике речевых нарушений / Г. В. Чиркина – М. :Владос, 2003. – 44 с.

37. Чистович, Л. А. Физиология речи. Восприятие речи человеком. Раздел: Лингвистика Психолингвистика. [Текст] : / Л. А. Чистович, А .В. Венцов, М. П. Гранстрем – М. : УРСС Эдиториал, 2003. — 240 с.

38. Шашкина, Г. Р. Логопедическая работа с дошкольниками [Текст] : учеб.пособие / Г. Р. Шашкина, Л. П. Зернова, И. А. Зимина – М. :Издат. центр «Академия», 2003. – 240 с.

39. Эльконин, Д. Б. К вопросу о формировании фонематического

восприятия у детей дошкольного возраста [Текст] : / Д. Б. Эльконин– М. : Просвещение, 1963. – 220 с

40. Ярош, Е. А. Психолого-педагогические условия формирования самокомпенсации при коррекции фонетико-фонематического недоразвития речи у дошкольников с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии [Текст] : автореферат дис. …канд. пед. наук. : / Е. А. Ярош. 13. 00. 03. Урал. гос. пед. ун-т. – Екатеринбург, 2002. –19 с

Конспект научного доклада.

В соответствии со статистикой, число детей с речевыми нарушениями в настоящее время возрастает. В то же время увеличивается доля детей со сложными нарушениями речи, такими как дизартрия. При дизартрии нарушаются не только лишь процессы двигательной реализации речевой деятельности, но и тесно связанные с ними процессы общей и мелкой моторики.

У детей со стертой формой дизартрии отмечаются нарушения мелкой моторики пальцев, которые проявляются нарушением точности движений, понижением скорости исполнения и перехода из одного положения в другое, замедленным усвоением движений и недостаточной координацией. По данным исследования детей со стертой формой дизартрии, общая двигательная сфера детей характеризуется неуклюжими, ограниченными, недифференцированными движениями.

Изучением вопроса необходимости развития моторной сферы занимались такие ученые, как Е.Ф. Архипова, Н.А. Бернштейн, В.М. Бехтерев, Л.С. Выготский, М.М. Кольцова, Л.В. Лопатина, Е.М. Мастюкова, О.В. Правдина, К.А. Семенова, Н.В. Серебрякова[30]. Система диагностической работы в этом направлении недостаточно изложена в литературе. Этот факт дает возможность назвать актуальным на сегодняшний день вопрос об особенностях общей, мелкой и артикуляционной моторики у детей со стертой формой дизартрии.

Объектом исследования является процесс развития моторных функций у детей дошкольного возраста со стертой дизартрией.

Предметом исследования являются особенности мелкой моторики у детей со стертой дизартрией.

Дизартрия – нарушение произношения и просодической основы речи, связанное с наличием неврологических признаков. В основе этого расстройства лежат остаточные нарушения иннервации артикуляционного, дыхательного и речевого аппарата[7].

Согласно теории М.С. Трифоновой и В.А. Дубовской, ключевым отличительным признаком дизартрии по сравнению с другими нарушениями произношения является то, что страдает не артикуляция отдельных звуков, а вся произносительная сторона речи [28]. У детей с дизартрией ограничена подвижность речи и мимических мышц. Для речи такого ребенка характерно нечеткое, смазанное произношение. Голос негромкий, слабый, а иногда, наоборот, резкий; нарушается ритм дыхания; речь теряет размеренность, темп речи может быть ускорен или замедлен.

Исследования И.А. Тюниной и В.А. Дубовской показали, что причинами дизартрии являются всевозможные вредные факторы, которые могут воздействовать внутриутробно во время беременности (вирусные инфекции, токсикозы, плацентарная патология), при рождении (длительные или стремительные роды, приводящие к кровоизлиянию в головной мозг ребенка) и в раннем возрасте (инфекционные заболевания головного мозга и мозговых оболочек: энингиты, менингоэнцефалиты и др.) [29]. При дизартрии в той или иной степени нарушается передача импульсов от коры головного мозга к ядрам черепно-мозговых нервов.

В связи с этим нервные импульсы не поступают в мышцы (дыхательную, голосовую, артикуляционную). Нарушается функция главных черепно-

мозговых нервов, непосредственно связанных с речью (тройничного, лицевого, подъязычного, языкоглоточного, блуждающего нервов).

Тройничный нерв иннервирует жевательные мышцы, нижнюю часть лица. При повреждении - затруднение при открывании и закрывании рта, жевании, глотании, движениях нижней челюсти. Лицевой нерв иннервирует мимические мышцы лица. При поражении лицо амимичное, в виде маски, трудно закрыть глаза, нахмуриться, надуть щеки. Подъязычный нерв иннервирует мышцы передних двух третей языка. При поражении ограничивается подвижность языка, возникают проблемы с удержанием языка в определенном положении. Языкоглоточный нерв иннервирует заднюю треть языка, мышцы глотки и мягкое небо. При поражении - гнусавый голос, ослабление глоточного рефлекса, отклонение маленького язычка в сторону. Блуждающий нерв иннервирует мышцы мягкого неба, глотки, гортани, голосовых связок и дыхательных мышц. Поражение приводит к нарушению работы мышц гортани и глотки, нарушению функции дыхания.

Н.И. Лепская отмечает, что на раннем этапе развития ребенка эти нарушения выражаются следующим образом: дети не лепечут, звуки образуются гнусаво, первые слова появляются поздно (к 2-2,5 годам). При последующем развитии речи страдает артикуляция почти всех звуков. [14]

Г.В. Чиркина систематизирует дизартрию:

По степени выраженности: анартрия - абсолютная неисполнимость произносительной стороны речи; дизартрия (выраженная) – ребенок использует устную речь, но она смазана, непонятна, резко нарушено произношение, а также дыхание, голос, выраженная интонация; стертая дизартрия – все признаки (неврологические, психические, языковые) проявляются в стертой форме. Стертую дизартрию можно спутать с дислалией. Отличие состоит в том, что у детей со стертой дизартрией отмечаются очаговые неврологические признаки.

По локализации поражения: при поражении периферического мотонейрона и его связей с мышцей возникает периферический паралич. При поражении центрального мотонейрона и его связи с периферическим нейроном развивается центральный паралич. Периферический паралич характеризуется отсутствием или снижением рефлексов, мышечного тонуса и мышечной атрофией. Все это происходит из-за обрыва дуги отражения. Центральный паралич возникает при поражении центрального мотонейрона в любой его части (двигательная зона коры головного мозга, ствол головного мозга, спинной мозг). Нарушение пирамидного пути устраняет влияние коры головного мозга, что приводит к повышенной возбудимости периферического сегментарного аппарата. Центральный паралич характеризуется мышечным гипертонусом, гиперрефлексией, патологическими рефлексами и патологическими синкинезиями.

При периферических параличах страдают произвольные и непроизвольные движения, при центральных — преимущественно произвольные. Периферический паралич характеризуется диффузным нарушением двигательной функции суставов, при центральном параличе нарушаются мелкодифференцированные движения. Различия наблюдаются и в тонусе мышц: скажем, при периферических параличах тонус отсутствует, при центральных параличах преобладают элементы спастичности. При периферических параличах (бульбарная дизартрия) артикуляция гласных снижена до нейтрального звука, гласные и звонкие согласные приглушены. При центральном параличе (псевдобульбарная дизартрия) артикуляция гласных отодвинута назад, а согласные могут, как звучать, так и оглушаться.

По проявлениям (на основе синдромологического подхода): спастически-паретическая дизартрия; ригидная спастическая дизартрия; спастически-гиперкинетическая дизартрия; спастически-атактическая дизартрия; атактико-гиперкинетическая дизартрия [30].

Эта систематизация выделяет и дифференцирует, прежде всего, неврологические признаки. Различить форму дизартрии по этой систематизации можно только при участии невропатолога.

Основное отличие дизартрии от других нарушений произношения заключается в том, что страдает не артикуляция отдельных звуков, а вся произносительная сторона языка. Кроме того, дизартрия может протекать как в тяжелой, так и в легкой формах.

Важнейшую роль в обеспечении познавательной и речевой деятельности ребенка выполняет моторика. Она представляет собой целостный механизм развития психики ребенка, объединяющий эмоции, мышление и движения в единое целое, которые имеют сознательный и целенаправленный характер. Высокая значимость моторики определяет необходимость специальной работы по её формированию у детей дошкольного возраста.

Развитие моторики ребенка представляет собой сложный диалектический процесс, при котором интенсивное созревание моторных зон коры определяет развитие психики ребенка в целом. Так, процесс формирования произвольных движений у ребенка происходит путем автоматизации моторных и ориентировочно-исследовательских действий на основе восприятия образов и слов (Н.А.Бернштейн, 1966), а тесная связь тонкой моторики и развития речи определяет речевую регуляцию движений в сложной развернутой произвольной деятельности (А.Р.Лурия, 1957). Психофизиологическая система, обеспечивающая развитие моторики, способствует адекватному реагированию ребенка на окружающую среду и формированию в соответствии с этим целенаправленной деятельности.

Дизартрия является следствием органического поражения ЦНС, симптомы которой проявляются в виде расстройства двигательной сферы и отражаются на состоянии общей, мелкой и артикуляционной моторики, а также мимической мускулатуры. Двигательная недостаточность выражается у дизартриков в виде плохой координации сложных движений, скорости и

ловкости их выполнения. Чем сложнее движение, тем заметнее моторная недостаточность.

В зависимости от того, какие отделы головного мозга поражены речевые и моторные нарушения могут проявляться как в слабо, так и в сильно выраженной форме. У детей с дизартрией отмечаются особенности моторных функций, выраженные в разной степени: от недостаточной координации и подвижности органов речевой артикуляции до нарушения статической и динамической координации рук и ног.

Характерны следующие патологические особенности двигательной сферы: синкинезии, гиперкинезы, дискоординация движений, тремор, наличие нередуцированных рефлексов.

Структура речевого нарушения при дизартрии требует комплексного подхода в диагностике и проведении коррекционных мероприятий. Пути компенсации зависят от природы дефекта и индивидуальных особенностей ребенка. Логопедическую работу необходимо проводить на фоне медикаментозного воздействия, физиолечения, лечебной физкультуры и массажа.

Важной задачей при организации коррекционной работы с детьми с дизартрией является развитие моторной сферы. Данное направление логопедической работы необходимо реализовывать систематически совместными усилиями всех участников образовательного процесса: логопеда, воспитателей, специалистов ДОУ, родителей ребёнка. Учитель-логопед выступает организатором данного процесса и рекомендует каждому педагогу наиболее оптимальные варианты использования коррекционных технологий, развивающих двигательную сферу ребёнка.

Осуществляя взаимосвязь со специалистами возможно формировать общие двигательные навыки, которые устраняют нарушения общей моторики, некоординированные, скованные движения, развивают быстроту и общую

выносливость, а также способствуют выработке плавности и регуляции дыхания.

Так, в ходе музыкальных занятий, необходимо включать разнообразные виды деятельности, способствующие развитию общей, мелкой и артикуляционной моторики, а также развитию у детей чувства ритма, темпа. Для развития динамической координации и общей моторики, главным средством является ходьба, естественный вид движения, но достаточно сложный по координации.

Одним из направлений развития общей моторики и двигательной координации можно рассматривать логоритмику. Работая с детьми с дизартрией, необходимо включать в музыкальные занятия элементы логоритмики, такие как речедвигательные упражнения, ходьба с заданием, отбивание ритма песен и стихов, пантомима, задания на драматизацию стихотворных и прозаических отрывков и др.

На занятиях по физической культуре также придаётся большое значение технике выполнения различных видов ходьбы, бега, прыжков. Также важное место отводится играм с мячом, развивающим ловкость, координацию, скорость и переключаемость движений.

Работа по развитию речевой моторики выполняется преимущественно на логопедических занятиях и включает в себя:

- проведение дифференцированного массажа лицевой и артикуляционной мускулатуры, в зависимости от состояния мышечного тонуса (основными приёмами массажа являются поглаживания, пощипывания, разминания, вибрация);

- работу по развитию мимических мышц лица (ребёнка учат открывать и закрывать глаза, хмурить брови, нос и т.д.);

- работу по развитию подвижности губ и языка, которая начинается с общих движений, с постепенным переходом к более тонким, дифференцированным движениям[5].

С этой целью целенаправленно подбираются движения, направленные на выработку нужного артикуляционного уклада, с учётом нормальной артикуляции звука и характера дефекта. Артикуляционную гимнастику лучше всего проводить в виде игр, которые подбираются с учётом возраста ребёнка и характера, степени органического поражения. Работа по формированию артикуляционной моторики будет эффективной, когда она будет сочетаться с развитием общей и ручной моторики.

Следующим не менее важным направлением работы является развитие мелкой моторики рук, включающее такие технологии, как:

- массаж и самомассаж пальцев и кистей рук;

- игры с мелкими предметами: нанизывание бус, мозаика, мелкий конструктор;

- комплексы пальчиковой гимнастики;

- формирование навыков самообслуживания: застегивать и расстегивать пуговицы, шнуровать ботинки, пользоваться вилкой и ножом;

- занятия с пластилином и ножницами;

- подготовка руки к письму: раскрашивать и штриховать картинки, обводить трафареты, графические диктанты, работа с прописями [5];

Вышеперечисленная работа проводится на всех видах логопедических занятий, музыкальных и физкультурных, включается в занятия воспитателей, прогулки. Также, по нашему мнению, необходимо включать игры и игровые упражнения в свободную деятельность детей, как во время пребывания в детском саду, так и дома.

Важно осуществлять работу в тесном и продуктивном контакте с родителями дошкольников: организовывать консультации, открытые занятия, проводить беседы, оформлять наглядную агитацию.

Все перечисленные виды работы по развитию моторной сферы могут быть использованы в своей деятельности логопедом, воспитателями, инструктором по физической культуре, музыкальным руководителем, а также

родителями для работы с детьми старшего дошкольного возраста с нарушенным звукопроизношением.

Особенности развития мелкой моторики у детей с дизартрией.

Понятие «мелкая моторика» означает движение рук в буквальном переводе. Необходимость развития моторики рук у детей с нарушениями речи, а особенно тех, чья речь нарушена системно, определена ролью мелкой моторики в становлении и работе многих психических процессов – восприятия, речи, внимания, ее значением в графической и трудовой деятельности.

В истории развития человечества часто роль рук подчеркивается особо. Именно руки дали возможность развить с помощью жестов язык общения первобытных людей. Исследования ученых показывают, что движения руки возникают только в результате воспитания и обучения.

Кроме того, совершенствование ручной моторики способствует активизации различных зон головного мозга. Вообще, уровень развития моторики – один из важных показателей готовности к школьному обучению. Развитие мелкой моторики руки у человека тесно связано с уровнем развития речевой деятельности, поэтому недостатки в развитии этого навыка влекут за собой недостатки речевой артикуляции, позднее отражаются на уровне овладения письменной речью. Как известно из исследований в области речевой деятельности при дизартрии, речевые недостатки – один из важных признаков данного психического нарушения[18]. Следовательно, нарушения моторики также являются основным видом отклонений у детей с дизартрией.

Развитие ребенка с дизартрией с первых дней жизни отличается от развития нормальных детей. У многих детей с дизартрией задерживается развитие прямостояния, т. е. они значительно позднее начинают держать голову, сидеть, стоять, ходить. Эта задержка у некоторых детей бывает весьма существенной, захватывающей не только весь первый, но и второй год жизни.

У всех детей с дизартрией наблюдается снижение интереса к окружающему, безразличие, общая патологическая инертность (что не исключает крикливости, беспокойства, раздражительности и т. д.). У них не возникает потребность в эмоциональном общении со взрослыми, отсутствует, как правило, «комплекс оживления». Нормально развивающийся ребенок в ответ на голос, улыбку взрослого вскидывает ручки, ножки, улыбается, тихо гулит, что говорит о появлении у ребенка потребности общения со взрослым.

В дальнейшем у детей с дизартрией не возникает интереса ни к игрушкам, подвешенным над кроваткой, ни к игрушкам, находящимся в руках у взрослого. Не происходит своевременного перехода к общению со взрослым на основе совместных действий с игрушками, не возникает новая форма общения—жестовая. Дети на первом году жизни не дифференцируют «своих» и «чужих» взрослых, хотя при нормальном развитии это происходит у них уже в первом полугодии жизни.

Это сказывается на развитии первых действий с предметами— хватании и на развитии восприятия, тесно связанного в этот период с хватанием. У детей с дизартрией нет активного хватания, не формируется зрительно-двигательная координация и восприятие свойств предметов (большие и маленькие предметы нормально развивающиеся дети хватают по-разному, как предметы разной формы, а также выделение самих предметов из ряда других[29].

У детей с дизартрией раннего возраста предметная деятельность не формируется. Некоторые из них не проявляют интереса к предметам, в том числе к игрушкам. Они вообще не берут игрушки в руки, не манипулируют с ними. У них нет не только ориентировки типа «Что с этим можно делать?», но и более простой ориентировки типа «Что это?». В других случаях у детей третьего года жизни появляются манипуляции с предметами, иногда напоминающие специфическое использование предмета, но в действительности ребенок, производя эти действия, совсем не учитывает

свойства и назначения предметов. Кроме того, эти манипуляции перемежаются неадекватными действиями[17].

Неадекватными действиями называются такие действия, которые противоречат логике употребления предмета, вступают в конфликт с ролью предмета в предметном мире. Например, когда ребенок надевает на стержень пирамидки вначале колпачок, а затем пытается нанизывать колечки; стучит куклой по столу; в маленький гараж пытается засунуть большую машинку и т. п. Такие действия ничего не прибавляют к познанию.

Наличие неадекватных действий—характерная черта ребенка с дизартрией.

Действия детей с дизартрией с предметами представляют собой манипуляции, которые сходны с манипуляциями более маленьких нормально развивающихся детей, но перемежаются неадекватными действиями, для нормальных детей не характерными.

В то же время тенденции развития ребенка с дизартрией те же, что и у нормально развивающегося. Многое в развитии ребенка—отставание в овладении предметными действиями, отставание и системные отклонения в развитии речи и познавательных процессов — в значительной мере носит вторичный характер. При правильной организации жизни ребенка с дизартрией, требующей возможно более раннего включения специального обучения, многие дефекты развития могут быть скорригированы и даже предупреждены.

Развитие в дошкольном возрасте является, как известно, продолжением развития, которое мы наблюдаем в раннем возрасте. Несмотря на то, что в 3 года происходит известный скачок, дальнейшее развитие базируется на том уровне, который был достигнут прежде. Вместе с тем, этот возраст имеет свои особенности, свои задачи, многие из которых возникают впервые.

В младшем дошкольном возрасте дети в основном овладевают специфическими манипуляциями, которые должны лечь в основу

формирования зрительно-двигательной координации и выделения свойств и отношений предметов. Однако процесс овладения специфическими манипуляциями без специального обучения идет медленно, так как у детей не возникает подлинного интереса к окружающему их предметному миру. Интерес детей к предметам, в частности к игрушкам, оказывается кратковременным, так как побуждается лишь их внешним видом. Наряду с неспецифическими манипуляциями у детей четвертого года жизни наблюдается большое количество неадекватных действий с предметами. Количество их резко убывает лишь на шестом году, уступая место специфическим манипуляциям, ведущим к ознакомлению со свойствами и отношениями объектов.

Следует отметить также наличие у младших дошкольников с нарушением речи недоразвития двигательной сферы и, прежде всего, мелкой моторики. Движения детей мало координированные, неточные, многие из них плохо удерживают предметы, часто действуют одной рукой. Некоторые дети не способны к быстрой смене моторных установок. У отдельных дошкольников с дизартрией отмечается недостаточность мышечной силы, ритма произвольных движений, темпа. Обнаруживается также нарушение словесной регуляции действий, что проявляется в затруднениях при выполнении задания по словесной инструкции [8].

Для детей с дизартрией дошкольный возраст оказывается началом развития перцептивного действия. На основе проснувшегося у ребенка интереса к предметам, к игрушкам возникает и ознакомление с их свойствами и отношениями. Пятый год жизни становится переломным в развитии восприятия ребенка с дизартрией.

Однако, те проблемы, которые наблюдались в развитии мелкой моторики как сенсорной основы перцептивного действия, продолжают иметь место у дошкольника с дизартрией, но в связи с усложнением деятельности они еще более углубляются. В этом возрасте нарушения ручной моторики

проявляются уже не на уровне отдельных действий, а на уровне сложных комплексов движений, а также на уровне зрительно-моторной координации движений, что обуславливает то, что у детей с дизартрией особенно затруднены тонкие дифференцированные движения рук и пальцев: дети с трудом научаются шнуровать ботинки и завязывать шнурки, застегивать пуговицы, они часто не соизмеряют усилий при действиях с предметами: либо роняют их, либо слишком сильно сжимают, дергают.

Нарушения мелкой моторики проявляют себя в продуктивных видах деятельности: ручном труде и изобразительной деятельности. Часто ребенок с дизартрией активно поворачивает лист при рисовании или закрашивании. Это означает, что ребенок заменяет умение менять направление линии при помощи тонких движений пальцев поворачиванием листа, лишая себя тренировки пальцев и руки. Также довольно часто в практике встречается такая особенность изобразительной и графической деятельности дошкольника с дизартрией, когда он рисует слишком маленькие предметы, что, как правило, свидетельствует о жесткой фиксации кисти при рисовании. В лепке ребенок часто не может контролировать силу нажатия, движения его хаотичны, неточны, отсутствует произвольный контроль движений. В процессе трудовой деятельности у ребенка затруднены выполнения тонких и точных действий, координация движений, сила кисти руки или недостаточна или малоконтролируема. Серьезным недостатком, обуславливающим многие проблемы в развитии мелкой моторики детей является отсутствие самоконтроля за действиями, нарушения темпа действий (торопливость или медлительность) и т. д.

Показателями патологических нарушений развития мелкой моторики при дизартрии может служить следующее.

Негибкие движения рук.

Если полугодовалый ребенок все еще держит одну или две руки сжатыми в кулачок, это – предупредительный сигнал для родителей и

педагогов. Иногда ручки настолько сильно сжаты, что взрослому с трудом удается вставить в ладошку ребенка погремушку.

Между 6-м и 12-м месяцем малыш должен начать играть пальцами таким образом, что каждый палец активно двигается. Детям с нарушениями развития движение отдельных пальцев удается с трудом.

Малыш тянется за предметом, но ему с трудом удается схватить и удержать его. Ребенку более старшего возраста зачастую сложно сжать что-то в руках, например, говорящую куклу, пищащую резиновую игрушку и т. п.[19]

Одностороннее нарушение мелкой моторики.

Для распознания нарушений на ранней стадии большое внимание необходимо уделять односторонней слабости или неподвижности рук и пальцев. Если ребенок старшего возраста в процессе проявления тенденций к право– или леворукости предпочитает одну руку, в этом никакой патологии нет. Но если ребенок, работая с предметами, никогда не прибегает к помощи второй руки, это серьезное подозрение на одностороннее функциональное нарушение.

Судороги и дрожь.

Будут заметны резкие и повторяющиеся мышечные сокращения в кисти ребенка. Подобные судорожные движения могут возникнуть также в области предплечий, плеч, затылка (конвульсивное подергивание головой) или лица (мимические конвульсии).

Конвульсивные подергивания всем телом иногда принимают за вздрагивание от испуга, но их причины могут быть в нарушении центральной нервной системы[8].

Иногда можно наблюдать не порывистые, а медленные и тянущие движения пальцев и рук. Они также как судороги не подчиняются воле. Пальцы при этом иногда выполняют извилистые червеобразные движения. Подобные медленные и напряженные движения могут наблюдаться и в мимической мускулатуре лица[22].

Описанные выше особенности проявляются чаще у детей старшего возраста. К ним относится также дрожь в руках и пальцах при пассивных и активных движениях. Как следствие этого наблюдается неуверенность при хватании предметов. У маленького ребенка, начинающего рисовать, не получается ровных штрихов.

Более мелкая или более крупная дрожь может также появиться в мышцах головы и тела.

При движении языка у детей с дизартрией нередко возникают сопутствующие движения пальцев правой руки (особенно часто большого пальца) (синкинезии).

Развитие мелкой моторики имеет огромное значение для развития речи, поэтому нормальные движения пальцев и рук чрезвычайно важны для детей с нарушениями речи.

Исправление недостатков мелкой моторики у детей происходит через выполнение детьми большого количества упражнений, направленных на развитие ловкости, точности, одновременности (синхронности) движений пальцев.

Итак, в общих чертах закономерности психического развития совпадают для детей нормы и детей с отклонениями. Однако в развитии детей с нарушением речи есть и специфическое. Развитие ребенка с дизартрией с первых дней жизни отличается от развития нормальных детей. Действия детей с дизартрией с предметами представляют собой манипуляции, которые сходны с манипуляциями более маленьких нормально развивающихся детей, но перемежаются неадекватными действиями, для нормальных детей не характерными.

Движения детей мало координированные, неточные, многие из них плохо удерживают предметы, часто действуют одной рукой. Некоторые дети не способны к быстрой смене моторных установок. У отдельных дошкольников с дизартрией отмечается недостаточность мышечной силы,

ритма произвольных движений, темпа. Обнаруживается также нарушение словесной регуляции действий, что проявляется в затруднениях при выполнении задания по словесной инструкции. Позднее нарушения ручной моторики проявляются уже не на уровне отдельных действий, а на уровне сложных комплексов движений, а также на уровне зрительно-моторной координации движений[10].

Рассмотрим особенности мелкой моторики при наиболее распространенной её форм6н – стертой дизартрии.

По исследованиям Л. В. Лопатиной у дошкольников со стертой формой дизартрии имеются нарушения ручной моторики, проявляющиеся в основном в нарушении точности, быстроты и координированности движений[16]. Значительные трудности вызывает у детей динамическая организация двигательного акта. В большинстве случаев оказывается затрудненным или невозможным быстрое и плавное воспроизведение предложенных движений. При этом отмечаются добавочные движения, персеверации, перестановки, нарушение оптико-пространственной координации. Переключение движений часто осуществляется сопряженно, по речевой инструкции и с проговариванием их последовательности. Наиболее нарушенной является возможность одновременного выполнения движений, что свидетельствует об определенной дисфункции премоторных систем, обеспечивающих прежде всего кинетическую организацию движений.

Таким образом, было установлено, что у большинства детей со стертой формой дизартрии имелась легкая (стертая) неврологическая симптоматика, которая выявлялась при тщательном исследовании и указывала на органическое поражение центральной нервной системы.

Дети со стертой дизартрией моторно неловки, ограничен объем активных движений, мышцы быстро утомляются при функциональных нагрузках. Неустойчиво стоят на одной какой-либо ноге, не могут попрыгать на одной ноге, пройти по «мостику» и т. п. Плохо подражают при имитации

движений: как идет солдат, как летит птица, как режут хлеб и т. д. Особенно заметна моторная несостоятельность на физкультурных и музыкальных занятиях, где дети отстают в темпе, ритме движений, а также при переключаемости движений[29].

Дети со стертой дизартрией поздно и с трудом овладевают навыками самообслуживания: не могут застегнуть пуговицу, развязать шарф и т. д. На занятиях по рисованию плохо держат карандаш, руки бывают напряжены. Многие не любят рисовать. Особенно заметна моторная неловкость рук на занятиях по аппликации и с пластилином. В работах по аппликации прослеживаются еще и трудности пространственного расположения элементов. Нарушение тонких дифференцированных движений руками проявляется при выполнении проб-тестов пальцевой гимнастики. Дети затрудняются или просто не могут без посторонней помощи выполнять движение по подражанию, например, «замок» - сложить кисти вместе, переплетая пальцы; «колечки» - поочередно соединить с большим пальцем указательный, средний, безымянный и мизинец и другие упражнения пальцевой гимнастики.

На занятиях по оригами испытывают огромные затруднения и не могут выполнять самые простые движения, т. к. требуются и пространственная ориентировка, и тонкие дифференцированные движения рук. Со слов мам, многие дети до 5-6 лет не интересуются играми с конструктором, не умеют играть с мелкими игрушками, не собирают пазлы.

Общая моторная сфера детей со стертой формой дизартрии характеризуется неловкими, скованными, недифференцированными движениями. Может встречаться небольшое ограничение объема движений верхних и нижних конечностей, при функциональной нагрузке возможны содружественные движения (синкенезии, нарушения мышечного тонуса. Часто при выраженной общей подвижности движения ребенка со стертой формой дизартрии остаются неловкими и непродуктивными[26].

Наиболее ярко недостаточность общей моторики проявляется у дошкольников с данным нарушением при выполнении сложных движений, требующих четкого управления движениями, точной работы различных мышечных групп, правильной пространственной организации движений. К примеру, ребенок со стертой формой дизартрии несколько позднее своих сверстников начинает захватывать и удерживать предметы, сидеть, ходить, прыгать на одной и двух ногах, неуклюже бегает, лазает на шведской стенке. В среднем и старшем дошкольном возрасте ребенок долго не может научиться ездить на велосипеде, кататься на лыжах и коньках.

У детей со стертой формой дизартрии наблюдаются нарушения мелкой моторики пальцев рук, которые проявляются в нарушении точности движений, снижении скорости выполнения и переключения с одной позы на другую, замедленном включении в движение, недостаточной координации. Пальцевые пробы выполняются неполноценно, наблюдаются значительные затруднения. Данные особенности проявляются в игровой и учебной деятельности ребенка. Дошкольник с легкими проявлениями дизартрии неохотно рисует, лепит, неумело играет с мозаикой[24].

Особенности состояния общей и мелкой моторики проявляются и в артикуляции, так как существует прямая зависимость между уровнем сформированности мелкой и артикуляционной моторики.

У детей школьного возраста в первом классе отмечаются трудности при овладении графическими навыками (у некоторых наблюдается «зеркальное письмо»; замена букв «д»-«б»; гласных, окончаний слов; плохой почерк; медленный темп письма и др.).

При псевдобульбарном параличе различные мышцы поражаются не в одинаковой степени: одни больше, другие меньше.

Клинически различают паралитическую, спастическую, гиперкинетическую, смешанную и стертую формы заболевания. Чаще всего

встречаются смешанные формы, когда у ребенка имеются налицо все явления нарушения моторики – парез, спастичность и гиперкинез.

Парезы проявляются в виде вялости, уменьшения силы движения, его замедленности и истощаемости, любое движение производится медленно, часто не доводится до конца, повторное движение производится с еще большим затруднением, а иногда и совсем не может быть повторено.

Специфика развития мелкой моторики наблюдается и при мозжечковой дизартрии. Рассматривая мозжечковую дизартрию, можно отметить, что о функции мозжечка известно, что он:

1) оказывает значительное влияние на деятельность мускулатуры, регулируя правильность и координацию движений;

2) влияет на координацию движений мускулатуры голосового аппарата.

Мозжечок управляет, регулирует тонус мышц, и при его поражении наступает диссеметрия, выражающаяся в неправильном сокращении мускулатуры. В целом отмечается нарушение координации движений. Походка становится шаткой, пациент с трудом сохраняет равновесие. Для выявления нарушений функций мозжечка существует целый ряд неврологических проб[19].

Следующая форма дизартрии, при которой наблюдаются специфические нарушения мелкой моторики – бульбарная дизартрия. Бульбарная дизартрия – симптомокомплекс нарушений речедвигательной функции, возникающий при различных заболеваниях продолговатого мозга, при которых происходит поражение (как одностороннее, так и двустороннее) расположенных в нем двигательных ядер черепно-мозговых нервов (VII, IX, X, XII пары) или их корешков и периферических отделов. При бульбарной дизартрии наблюдается периферический парез, иногда до степени паралича.

Развитие псевдобульбарной дизартрии происходит при двустороннем поражении двигательных корково-ядерных путей, идущих от коры головного мозга к ядрам черепных нервов ствола головного мозга. При

псевдобульбарной дизартрии в наибольшей степени страдают произвольные движения.

Для псевдобульбарной дизартрии характерно развитие повышенного мышечного тонуса в мышцах, по типу спастичности. В этом случае имеет место спастическая форма псевдобульбарной дизартрии. Значительно реже при существовании ограничения объема возможных произвольных движений наблюдается невыраженное повышение мышечного тонуса в отдельных группах мышц или же, напротив, понижение мышечного тонуса – в этом случае говорят о паретической форме псевдобульбарной дизартрии. Следует отметить, что при обеих формах отмечается значительное ограничение произвольных, активных движений артикуляционных мышц, а в тяжелых случаях – практически полное отсутствие таких движений. У детей-дизартриков отмечается невозможность себя обслужить. Такой ребенок не может самостоятельно надеть одежду, обувь. Он плохо бегает, прыгает. Здесь страдают в первую очередь сложные моторные навыки, тонкая координация движений

Признаки псевдобульбарного синдрома возможно выявить уже у новорожденного. Такими первыми проявлениями псевдобульбарного синдрома являются слабость или же отсутствие крика (афония, нарушения актов сосания, глотания, отсутствие или же выраженная слабость целого ряда врожденных безусловных рефлексов, к которым относятся сосательный, поисковый, хоботковый и ладонно-ротоголовной рефлексы.

Рассмотрим специфику развития мелкой моторики при экстрапирамидной форме дизартрии. Подкорковая, или экстрапирамидная, дизартрия развивается в результате различных поражений подкорковых ядер головного мозга, а также нервных волокон, осуществляющих связь подкорковых ядер с другими структурами головного мозга, в число которых входит и кора головного мозга. Экстрапирамидная система обеспечивает существование фона для осуществления точных, быстрых

дифференцированных и координированных движений. Экстрапирамидная система посредством связи с другими отделами нервной системы играет значительную роль в поддержании и регуляции тонуса мышц, силы мышечных сокращений, поддержании последовательности мышечных сокращений и движений, обеспечивает автоматизированное выполнение сложных движений[19].

Основными проявлениями являются экстрапирамидные нарушения мышечного тонуса по типу гипертонии, гипотонии или дистонии.

При экстрапирамидной, или подкорковой, дизартрии наблюдаются насильственные движения (гиперкинезы, различные нарушения образования и проведения проприоцептивных нервных импульсов от мышц речевого аппарата к структурам центральной нервной системы, страдает также и эмоционально-двигательная иннервация. Экстрапирамидные нарушения проявляются, главным образом, патогенетически взаимосвязанными нарушениями мышечного тонуса (ригидность или гипотония) и двигательными расстройствами (гиперкинезы или гипокинезы). В стриарной системе имеется соматотопическое распределение: в оральных отделах представлена голова, средних— рука, каудальных — туловище и нога. Поэтому при поражении той или иной части полосатого тела возникают насильственные движения в соответствующих группах мышц.

В клинике различают заболевания, обусловленные поражением преимущественно филогенетически старой или новой части экстрапирамидной системы. Новая часть экстрапирамидной системы (неостриатум) оказывает в основном тормозящее влияние на старую (паллидонигральную, поэтому при выпадении или снижении функции неостриатума старая часть экстрапирамидной системы как бы растормаживается и у больного появляются насильственные движения; при одновременном снижении тонуса мускулатуры развивается гиперкинетически-гипотонический синдром (при хореических гиперкинезах).

При поражении старого отдела экстрапирамидной системы возникает противоположная картина. У больных появляется замедленность и бедность движений при одновременном повышении тонуса мускулатуры — развивается гипокинетическо-гипертонический (акинетико-ригидный) синдром или синдром паркинсонизма, важным звеном патогенеза которого считают недостаточность допаминергических систем мозга, в первую очередь допамина и повышена активности его биохимического антагониста — ацетилхолина, способствующего высвобождению гистамина и угнетению холинэстеразы. Отмечается скованность, повышение тонуса всей мускулатуры, брадикинезия, брадилалия, мимическая и жестикуляторная бедность, отсутствие сопутствующих движений. На фоне общей скованности и ригидности мускулатуры наблюдается тремор пальцев рук, нередко захватывающий нижнюю челюсть и язык.

Различают следующие виды гиперкинезов.

Хорея характеризуется полиморфными быстрыми насильственными движениями, охватывающими мышцы конечностей, туловища, шеи и лица. Гиперкинезы при этом неритмичны и непоследовательны, с быстрой сменой локализации судорожных подергиваний, усиливаются при волнении и исчезают во сне. Рефлексы не изменены.

Характерным для хореических гиперкинезов является возникновение быстрых непроизвольных движений на фоне мышечной гипотонии (гиперкинетически-гипотонический синдром).

Хореические гиперкинезы наблюдаются при малой (ночной) хорее, болезни Гентингтона.

Атетоз, или подвижный спазм,— гиперкинез, который проявляется насильственными медленными червеобразными движениями со сменой гиперэкстензионных и флексорных движений преимущественно в дистальных отделах конечностей. При этом гиперкинезе фаза гипотонии мышц сменяется

фазой резкого повышения тонуса. Время от времени может наступать общий тонический спазм всех мышц конечностей.

Тик — стереотипно повторяющиеся клонические судороги одной мышцы или группы мышц, обычно мышц шеи и лица. В отличие от невротических обратимых тиков экстрапирамидные тики отличаются постоянством и стереотипностью.

Миоклонии — короткие молниеносные клонические подергивания отдельных мышц или мышечных групп настолько быстрые, что при этом не происходит перемещения конечностей в пространстве. Миоклонии чаще всего наблюдаются в мышцах туловища и реже конечностей, усиливаются при волнении и физическом напряжении.

Гемибаллизм — наблюдаются, как правило, односторонние грубые, подбрасывающие, размашистые движения конечностей, чаще рук, обычно осуществляемые проксимальными мышечными группами. Гемибаллизм возникает при поражении субталамического ядра (луисова тела) в результате туберкуломы, сифилитической гуммы, метастатического абсцесса, энцефалита, чаще всего в результате сосудистых расстройств (тромбоз, геморрагии, эмболия).

Перечисленные виды гиперкинезов нередко сочетаются, например хореические движения и торзионный спазм или атетоз (хорео-атетоз).

Дрожание (тремор) — очень быстрые ритмичные (4—6 колебаний в 1 с) малоамплитудные насильственные движения, характеризующиеся чередованием сгибания и разгибания в различных суставах. В отличие от интенционного тремора при поражении мозжечка экстрапирамидный тремор резче выражен в покое и уменьшается или даже исчезает при активных движениях (статический тремор).

Характерным для гиперкинезов, обусловленных поражением эстрапирамидной системы, является то, что они во время сна исчезают, а при волнении и произвольных движениях усиливаются.

Рассмотрим нарушения мелкой моторики при корковой форме дизартрии. В зависимости от локализации поражения в коре головного мозга различают два вида корковой дизартрии. Первый вид – корковая кинестическая постцентральная дизартрия (некоторые авторы называют этот вид афферентной корковой дизартрией). Возникает вследствие поражения постцентральной извилины коры головного мозга. Как правило, поражение головного мозга носит односторонний характер, при этом поражается доминантное, чаще всего это левое, полушарие головного мозга.

В основе корковой кинестической дизартрии лежит апраксия кинестического типа. Помимо кинестической диспраксии артикуляционного аппарата, диспраксия кинестического типа отмечаетсяв и речевой мускулатуре, и в мускулатуре пальцев рук.

Нарушения мелкой моторики особенно ярко проявляют себя в продуктивных видах деятельности: ручном труде и изобразительной деятельности.

Итак, интенсивное физиологическое развитие руки как органа происходит в течение первых трех лет жизни ребенка и это развитие обязательно должно сопровождаться особой педагогической организацией; установлено, что от уровня развития двигательных качеств руки ребенка во многом зависит эффективность его дальнейшего обучения.

Дизартрия — латинский термин, который в переводе означает расстройство членораздельной речи—произношения. В практике сложилось несколько иное понимание этого термина — как расстройство двигательной моторной стороны устной речи.

При дизартрии на разных уровнях нарушена передача импульсов из коры головного мозга к ядрам черепно-мозговых нервов. В связи с этим, к мышцам (дыхательным, голосовым, артикуляторным, а также мышцам конечностей) не поступают нервные импульсы, нарушается функция основных черепно-мозговых нервов, имеющих непосредственное отношение к речи.

Как известно из исследований в области речевой деятельности при дизартрии, речевые недостатки – один из важных признаков данного психического нарушения. Следовательно, нарушения моторики также являются основным видом отклонений у детей с дизартрией[7].

При этом поражения разных участков и зон головного мозга приводят к значительному своеобразию нарушений мелкой моторики у детей с дизартриями различных форм – от нарушений координации до параличей и парезов конечностей.

Процедура исследования

Мы провели обширное логопедическое исследование, которое началось со сбора и изучения анамнестических данных. Детские речевые карточки были изучены для сбора необходимых данных. Одновременно с анализом документации мы провели беседы с педагогами и логопедом, чтобы детализировать некоторые данные, например информацию о личных характеристиках детей, их эмоциональном и физиологическом развитии и т.д.

Выписки ПМПК:

1. Иван К.

Возраст: 6 лет

Устная речь: дикция смазанная, голос имеет назальный оттенок, нарушено произношение звука Л. Наблюдаются особенности фонематического восприятия, что возможно, является одной из причин трудностей в овладении специальной учебной лексикой. Почерк малоразборчивый, письменные работы оформлены небрежно. Чтение имеет угадывающий характер, что приводит к возникновению ошибок. Смысл прочитанного понимает.

Логопедическое заключение: дизартрия стертая

2. Елизаветта П.

Возраст: 6 лет

Речевой анамнез: лепет – 3-4 года, первые слова – 4-5 лет, фразовая речь – отсутствует, сенсомоторная тугоухость до 2015 г., логопедическую помощь

получала с осени 2015 года, данные о речевых нарушениях у родителей и ближайших родственников отсутствуют.

Состояние моторики: ведущая рука не определена; резкое отставание в моторном развитии, движение рук неточное; затруднен темп, ритм, переключаемость движений.

Артикуляционный аппарат: губы нормальные; зубы кривые; твердое небо – готическое, скрытая расщелина твердого неба; солевация - норма, отмечается спастичность артикуляторных мышц; язык напряжен, оттянут назад, спинка его изогнута, приподнята вверх, кончик не выражен; переключаемость движений нарушена.

Общее звучание речи: голос тихий; речь невнятная, произносит малопонятные слова; дыхание поверхностное.

Связная речь: связная речь не сформирована, при попытке произнести слова со сложной слоговой структурой сокращает слова до 1-2-х слов, в речи отсутствуют предлоги и союзы, отмечается низкая речевая активность. Понимание речи затруднено, инструкции требуют повторного объяснения.

Грамматический строй: не сформирован, формы числа, рода и падежа не несут смыслоразличительной функции.

Словарный запас: словарь резко ограничен.

Звукопроизношение: произносит смягченно согласные [С], [З], [Г], [К], [П], [Б], [Д], [Т], [М], [Н]; нарушенное произношение звуков [Ч], [Ш], [Щ]. [Ж], [Ы]; отсутствие звуков [Л], [Л`], [Р], [Р`]; искажение слоговой структуры слова.

Фонематические процессы: низкий уровень развития фонематического слуха, звуковым анализом слов не владеет.

Заключение: общее недоразвитие речи, 1 уровень; дизартрия.

3. Степан Р.

Возраст: 5 лет

Краткий анамнез: роды - срочные, ПЭП (перинатальная энцефалопатия, ОРВИ.

Раннее речевое развитие: гуление- 3 мес; лепет - 5 мес; слово- 1г. 5 м; фраза к 2 годам

Когда заметили нарушения речи – с 3 лет

Занятия с логопедом в дошкольном возрасте: с 5 лет 10 мес. (в течение 11 мес.) обучается по АООП ДО детей с ТНР в группе компенсирующей направленности

Слух: норма

Зрение: норма

Особенности поведения ребенка: легко идет на контакт, заинтересован в заданиях, внимание устойчивое, сердится, если что-то не получается.

Связная речь: развернутая фразовая речь. Стадия развития речи - усвоение морфологической системы. Использует и понимает глаголы всех времен и форм, владеет основными падежными формами. Использует в речи сложные предложения с союзами.

Общее звучание речи:

Дыхание: диафрагмальное с переходом на верхнеключичное в потоке речи в быстром темпе; дифференциация дыхания через нос/рот не нарушена; умение осуществлять форсированный и фиксированный выдох в спокойном речевом потоке сформировано; умение распределять речь на выдохе и распределять выдох в процессе речи сформировано;

Темп: слегка ускорен;

Голос: модулированный, высота и тембр в норме;

Разборчивость: нарушения звукопроизношения заметны, «смазанность» речи.

Звуковая сторона речи:

Артикуляционный аппарат:

Строение: губы правильной формы, зубы мелкие, расположены по челюстной дуге; прикус правильный; язык нормального размера, скомкан, напряжен, оттянут кзади; уздечка без особенностей, твердое и мягкое небо без патологии;

Двигательная функция: недостаточная подвижность органов артикуляционного аппарата, трудности удержания статических поз «Лопаточка» (тремор языка, «Чашечка» (слабость поднятия боковых краев языка, при выполнении динамических упражнений - синкинезии, при увеличении речевой нагрузки заметна саливация.

Звукопроизношение:

[С], [З] - шипящий парасигматизм, нестабильное употребление (в отдельных пробах произносит чисто) / автоматизация, дифференциация.

[Ш], [Ж] - свистящий парасигматизм, нестабильное употребление (в отдельных пробах произносит чисто) / автоматизация, дифференциация.

Слоговая структура слова : не нарушена.

Дифференциация фонем: ошибки в дифференциации близких по звучанию слов, при повторении цепочек слов с оппозиционными звуками допускает ошибки на дифференциацию по звонкости-глухости, смешение звуков [с-ш], [з-ж], в пробах «Хлопни на звук» и «Выбери картинку» смешение [с-ш].

Звуковой анализ и синтез: низкий уровень сформированности, не умеет определять количество звуков в слове, первый звук выделяет как слог, в конце слова выделяет вместо звука открытый слог, место звука правильно определяет только в начале слова. На уровне слога делает анализ открытого слога после показа логопеда, с опорой на раскрытие кулачка при произнесении слога

Словарный запас: объем словарного запаса соответствует возрасту.

Грамматический строй речи: стадия усвоения морфологической системы. Словоизменение и словообразование не нарушены. Использует и

понимает глаголы всех времен и форм, владеет основными падежными формами. Использует в речи сложные предложения с союзами.

Импрессивная речь: формирование расчлененного уровня развития речи. Понимает значение категории числа существительных, значение уменьшительно-ласкательных суффиксов, предлогов.

Особенности речи, связанные с заиканием: отсутствуют

Заключение: Фонетико-фонематическое недоразвитие речи, стертая дизартрия

4. Петр С.

Возраст: 5 лет

Отсутствует потребность общения. Взамен отсутствующей речи использует жест, мимику, интонацию. Отсутствие стремления к общению связано с трудностями общения. Словарный запас ограничен рамками обиходно-бытовой тематики, качественно неполноценен. Выявляется неправомерное расширение и сужение значений слов, отмечаются многочисленные ошибки в их употреблении, ребенок не может объяснить значение слов, не умеет пользоваться средствами словообразования. Речь развита слабо, словарный запас низкий. Активный словарь состоит из существительных, реже встречаются глаголы и прилагательные. Предлоги употребляются редко. Слоговая структура слов нарушена. В самостоятельной фразе все виды аграмматизма. Пользуется простыми (неразвернутыми) фразами. Не сформированы все виды связной речи. Неустойчивое произношение всех групп звуков.

Речевое заключение: ОНР I уровня у ребенка с моторной алалией. Дизартрия.

После окончания предварительных работ было проведено собственно логопедическое обследование, которое разрешило получить информацию об особенностях развития мелкой моторики и произносительной стороны речи у старших дошкольников.

Оценка собранных данных показала, что у всех ребят (Иван К., Елизаветта П., Степан Р., Петр С.) анамнез, ранние психомоторные навыки и языковое развитие были отягощены. Большая часть испытуемых имели патологию в пренатальном и / или родовом этапах развития (Степан Р., Елизаветта П.) которая на ранних стадиях выражалась в токсикозе, стимуляции родовой деятельности, гипоксии, использовании мануальных акушерских методик.

Анализ состояния моторики показал, что у испытуемых наблюдались нарушения мелкой моторики (Иван К., Елизаветта П., Петр С., Степан Р.). Дети затрудняются соединять, загибать и разгибать пальцы (Петр С., Иван К.). Затрудняются в ориентировке на листе бумаги (правый, правый верхний, нижний и т.д. углы), точности движений, ритмичности, силой нажима, движения разорваны, изолированы. (Елизаветта П., Петр С.). Дети (Иван К., Петр С., Степан Р.) имели трудности в воспроизведении рисунка, скоординированной работой обеих рук, требовалась повторная проба с показом взрослым движения.

Результаты исследования

В результате обследования мелкой моторики у дошкольников со стертой дизартрией, нами были получены следующие:

По итогам диагностики :

Иван К.

Выявлен гипотонус мышц кисти. При выполнении задания 1, у ребенка был медлительный темп и проблемы с одновременным движением нескольких пальцев. При выполнении задания «Домик», ребенок имел трудности в воспроизведении рисунка. В опыте «кулак, ребро, ладонь» было зафиксировано, что ребенок сравнительно неплохо справился с тестом, но сам процесс был для него интересным. Перемена движения была очень медлительной, неуверенной. При выполнении задания «Сгибание листа бумаги пополам», был выявлен низкий уровень развития сформированности

«содружества» обеих рук в работе. Ребенок затруднялся в соединении углов. Все двигательные патологические признаки проявляются в нечеткой форме.

Елизаветта П.

При исполнении задания «Манометрический тест», движения были очень плавными, были недоступны слабые нажимы на ножницы, угловые движения. В опыте «кулак, ребро, ладонь» было зафиксировано, что ребенок не был уверен в своих действиях, мог безошибочно сделать только с четвертого раза. Моторная сфера характеризуется неспешными, неловкими, скованными, недифференцированными движениями.

Степан Р.

При исполнении пробы «Домик», характеризуется сильный нажим и рваные резкие движения, а так же ребенок имел трудности в воспроизведении рисунка. В опыте «кулак, ребро, ладонь» было зафиксировано, что ребенок путал позы и их порядок, появлялось напряжение в пальцах рук, он сжимал зубы, происходило непроизвольное открывание рта. При выполнении задания «Сгибание листа бумаги пополам», был выявлен низкий уровень развития сформированности «содружества» обеих рук в работе. Ребенок затруднялся в соединении углов и сложении листа. Снижено развитие кинестетической основы кисти и обнаружены односторонние синкинезии.

Петр С.

Выявлен гипертонус мышц кисти. При выполнении задания 1, у ребенка отмечается напряженность в пальцах и невозможность держать их согнутыми. В опыте «кулак, ребро, ладонь» было зафиксировано, что ребенок неплохо справился с тестом, но сам процесс был для него интересным. Он держал ладонь в напряжении, и перемена движения была очень медлительной, неуверенной. При выполнении задания «Домик», ребенок имел трудности в воспроизведении рисунка. При выполнении задания «Сгибание листа бумаги пополам», был выявлен низкий уровень развития сформированности «содружества» обеих рук в работе. Ребенок затруднялся в сложении листа.

Моторная недостаточность в наибольшей степени сильно проявляется при исполнении сложных двигательных действий, требующих точного контроля движений.

Таким образом, в ходе диагностики развития моторики рук у детей экспериментальной группы нами были описаны следующие особенности: у детей наблюдается нечеткость, смазанность речи, многие затруднялись выполнить задание на удержание пальцевой позы, плохо ориентировались на листе при рисовании, явно видно недоразвитие мелкой моторики в целом.

На основании результатов можно сделать предположение об эффективности коррекционных мер, необходимых для повышения уровня развития мелкой моторики у детей с дизартрией в дошкольном возрасте.

Упражнения по развитию пальцев рук должны включаться в коррекционно-педагогический процесс параллельно с развитием артикуляционной моторики, постановки и автоматизации звуков, поскольку выяснилось, что мелкая моторика и речь тесно взаимосвязаны.

Распространенным нарушением речи у детей дошкольного возраста является дизартрия различных форм, имеющая тенденцию к значительному нарастанию. Это речевая патология, которая проявляется нарушениями фонетического и просодического компонентов речевой функциональной системы, а в последующем возникает в результате невыраженного микроорганического поражения головного мозга.

Серьезные двигательные нарушения плохо поддаются коррекции и отрицательно сказываются на формировании фонематических и лексикограмматических аспектов речи, затрудняют процесс обучения детей в школе. Своевременная коррекция нарушений речевого развития считается важной предпосылкой психической готовности детей к обучению. Это чрезвычайно важно, так как правильный диагноз зависит от выбора

соответствующих направлений коррекционной и речевой терапии ребенка с дизартрией.

Анализ теоретических источников показывает, что дизартрия – это речевое расстройство, характеризующееся сочетанием нескольких нарушений в процессе двигательной реализации речевой деятельности.

Основным признаком речевого дефекта при дизартрии является фонетическое расстройство, которое нередко сопровождается недоразвитием лексико-грамматического строя речи. Нарушение фонетической стороны речи трудно поддается коррекции, отрицательно сказывается на формировании фонетического, лексического и грамматического компонентов речи и вызывает вторичные отклонения в их развитии. У этих детей отсутствуют навыки словообразования, что затрудняет процесс обучения. Своевременная коррекция нарушений и последующее формирование навыков словообразования считается важным условием готовности детей к освоению школьной программы. Кроме того, нарушено развитие пространственного и речевого праксиса, мелкой моторики рук (а точнее, ее показатели: сила нажима, координация, точность движений, быстрота переключаемости и пр.). Нарушение мелкой моторики препятствует овладению письмом, развитию навыков самообслуживания и т.д.

В логопедии развитию мелкой моторики посредством ручного труда уделено достаточно внимания. Проанализировав литературу по этой теме, мы выявили особенности мелкой моторики у дошкольников со стертой формой дизартрии, выявили уровни сформированности ручной моторики.

В процессе проведения экспериментальной работы было проведено три эксперимента- констатирующий, формирующий и контрольный.

Целью констатирующего эксперимента являлось выявление уровней развития мелкой моторики. Для проведения диагностики нами были использованы авторские методики обследования: методика Н.И. Гуткиной, Н.И. Озерецкого, М.М. Кольцовой. При проведении диагностики нами

использовались следующие виды помощи: показ, объяснение, совместные действия. После выполнения диагностики мы выявили уровни развития мелкой моторики у детей с дизартрией.

Нами проведено экспериментальное исследование состояния моторных функций у детей дошкольного возраста со стертой дизартрией.

В исследование были включены 4 ребенка дошкольного возраста (5-6 лет) со стертой дизартрией. По результатам исследования мы пришли к выводу, что задачи в основном решались на низком и ниже среднего уровне, т.е. моторика недостаточно развита у детей с дизартрией, что требует специального логотерапевтического сопровождения.

Для устранения стертой дизартрии требуется комплексное воздействие, включающее лечебное, психолого-педагогическое и логопедическое направления.

Приложение

Свидетельство о публикации научной статьи