**Выступление  Астайкиной Л.В.** - логопеда МБДОУ "ЦРР - д/с "Сказка" на межрегиональном научно - практическом семинаре "Актуальные проблемы педагогики и методики дошкольного и начального образования"

**по теме «Особенности детей, имеющих дизартрию»**

Одним из видов речевых нарушений является дизартрия. Это нарушение возникает вследствие органического поражения центральной или периферической нервной системы. Основным отличительным признаком дизартрии от других нарушений произношения является то, что в этом случае страдает не произношение отдельных звуков, а вся произносительная сторона речи.

У детей-дизартриков отмечается ограниченная подвижность речевой и мимической мускулатуры. Речь таких детей характеризуется нечетким, смазанным звукопроизношением; голос может быть тихим, слабым, а иногда, наоборот, резким; ритм дыхания нарушен; речь теряет свою плавность; темп речи может быть ускоренным или замедленным.

Причинами возникновения дизартрии являются различные вредоносные факторы, которые могут воздействовать внутриутробно во время беременности (вирусные инфекции, токсикозы, патология плаценты), в момент рождения (затяжные или стремительные роды, вызывающие кровоизлияние в мозг младенца) и в раннем возрасте (инфекционные заболевания мозга и мозговых оболочек: менингит, менингоэнцефалит и др.).

Данное речевое нарушение может наблюдаться как в легкой, так и в тяжелой форме. Тяжелая форма чаще всего рассматривается в рамках детского церебрального паралича и является его компонентом.

В нашем учреждении в настоящее время обучаются дети, в основном, с легкими степенями дизартрии (другие названия: стертая дизартрия, дизартрический компонент). Эти формы проявляются в более легкой степени нарушения движений органов артикуляционного аппарата, общей и мелкой моторики, а также – в нарушениях произносительной стороны речи (она понятна для окружающих, но нечеткая)

Дети со стертыми формами дизартрии почти не выделяются среди своих сверстников, не всегда обращают на себя внимание. Однако у них имеются некоторые особенности. Эти дети нечетко говорят и плохо едят. Обычно они отказываются от мяса, не любят хлебные корочки, морковь, твердое яблоко,

так как им трудно жевать. Немного пожевав, ребенок-дизартрик может держать пищу за щекой, пока взрослые не сделают ему замечание. Родители часто идут ему на уступки – дают мягкую пищу, лишь бы поел. Тем самым они, не желая того, способствуют задержке развития движений органов артикуляции у ребенка. Необходимо постепенно приучать ребенка хорошо пережевывать и твердую пищу.

У детей с дизартрией труднее воспитываются культурно-гигиенические навыки, требующие точных движений различных групп мышц. Им нелегко полоскать рот, так как у них слабо развиты мышцы щек, языка. Такие дети или сразу проглатывают воду, или сразу выливают ее обратно. Их необходимо учить надувать щеки и удерживать воздух, а потом перекачивать его из одной щеки в другую, втягивать щеки при открытом рте и сомкнутых губах. Только после этих упражнений можно приучать детей полоскать рот водой.

Дети с дизартрией не любят и не хотят шнуровать сами ботинки, застегивать пуговицы, засучивать рукава. Одними приказаниями здесь ничего не добьешься. Учителя и воспитатели постепенно развивают мелкую моторику рук, используя специальные упражнения, учат детей застегивать пуговицы (сначала – крупные, затем – мелкие) на одежде куклы, на снятом пальто или кофточке. При этом взрослые не только показывают движения, но и помогают их производить руками самих детей. После подобной тренировки дети сами уже застегивают пуговицы на одежде, надетой на себя,

Для тренировки умения шнуровать обувь используются фигурки различной формы, вырезанные из картона. По краям фигурки на расстоянии одного сантиметра друг от друга делают дырочки. Дети-дизартрики последовательно продевают во все дырочки через край длинный шнурок с металлическим концом, как бы обметывая края. Чтобы у детей не ослабевал интерес к упражнениям, в середине фигуры (например, квадрата или круга) наклеивается какая-нибудь картинка. Педагог при этом говорит, что, правильно продев цветной шнурок, каждый ребенок сделает, таким образом, игрушку, которую сможет подарить, кому захочет. Затем детей приучают шнуровать ботинки, сначала снятые с ног, затем непосредственно у себя на ногах.

Многие дети - дизартрики испытывают трудности и в изобразительной деятельности. Они неправильно держат карандаш, не могут пользоваться ножницами, регулировать силу нажима на карандаш и кисточку. Особенно заметна моторная неловкость рук при работе с аппликацией и пластилином. В работах по аппликации прослеживаются еще и трудности пространственного расположения элементов. Для того, чтобы быстрее и лучше научить ребенка пользоваться ножницами, учителя или воспитатели вкладывают его пальцы со своими в кольца ножниц и производят совместные действия, последовательно отрабатывая все необходимые движения. Таким образом, постепенно, развивая мелкую моторику рук, учителя и воспитатели формируют у детей умение регулировать силу нажима и точность своих движений.

Для таких детей характерны также затруднения при выполнении физических упражнений и танцев. Им нелегко научиться соотносить свои движения с началом и концом музыкальной фразы, менять характер движений по ударному такту. Про таких детей говорят, что они неуклюжие, потому что не могут четко, точно выполнять различные двигательные упражнения. Им трудно удерживать равновесие, стоя на одной ноге. Многие из них не умеют прыгать на левой или правой ноге. Обычно взрослый помогает таким детям прыгать на одной ноге, сначала поддерживать за талию, а потом - спереди за обе руки, пока они не научатся это делать самостоятельно.

Нарушения моторики у детей требует дополнительных индивидуальных занятий. Чтобы у детей выработались прочные навыки во всей двигательной сфере, требуются длительное время и использование разнообразных форм и приемов обучения. Для быстрейшего достижения результатов должна быть организована комплексная работа с детьми, включающая медицинское, логопедическое, а также – психолого-педагогическое воздействия.

Учителя и воспитатели, работая с детьми, имеющими дизартрию, учитывают и такие их психологические особенности:

- снижение познавательной деятельности и входящих в ее структуру процессов (меньший объем запоминания и воспроизведения материала, забывание сложных инструкций, изменение предложенной последовательности заданий, неустойчивость внимания, быстрая отвлекаемость, истощаемость психических процессов); у них затруднена развернутая связная речь;

- со стороны эмоционально-волевой сферы наблюдаются: повышенная возбудимость, раздражительность или общая заторможенность, замкнутость, обидчивость, плаксивость, многократная смена настроений; самооценка у некоторых детей завышена; они некритичны, часто переоценивают свои возможности; у многих детей низкая работоспособность из-за преобладания отрицательных эмоций (при специальной коррекционной работе повышается);

- словарный запас у дизартриков беден, своеобразие связного высказывания затрудняет полноценное общение, отсюда – несформированность форм коммуникации; особенности поведения часто характеризуются незаинтересованностью в контакте, неумением ориентироваться в ситуации общения, негативизмом.

Речевое нарушение, как дизартрия, даже при наличии положительных качеств у детей, в отдельных случаях является определяющим фактором в иерархии межличностных отношений.

Первичный дефект, недоразвитие или повреждение каких-либо звеньев речевой системы при отсутствии специальных коррекционных мероприятий может вызвать ряд вторичных отклонений – недоразвитие различных сторон речи, недостатки памяти, недостаточную целенаправленность и концентрацию внимания, недостаточное умение строить умозаключения, устанавливать причинно-следственные связи. Это подтверждается высказыванием Л.В.Выготского о том, что «дефект какого-либо анализатора или интеллектуальный дефект не вызывает изолированного выпадения одной функции, а приводит к целому ряду отклонений».

В связи с этим только после тщательного обследования личности каждого ребенка, имеющего дизартрию, мною было составлено планирование коррекционно- развивающего обучения. Работа с такими детьми проводится с учетом личностно - ориентированного и системно - деятельностного

подходов.