



МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ГУМАНИТАРНО-
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(ФГБОУ ВО «ЮУрГГПУ»)

ФАКУЛЬТЕТ ИНКЛЮЗИВНОГО И КОРРЕКЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КАФЕДРА СПЕЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКИ, ПСИХОЛОГИИ И
ПРЕДМЕТНЫХ МЕТОДИК

Коррекционная работа по преодолению голосовых расстройств у детей
дошкольного возраста

Выпускная квалификационная работа
по направлению 44.03.03

Специальное (дефектологическое) образование
Направленность (профиль) «Логопедия»

Выполнила:
Студент(ка) группы ОФ – 406 /101 – 4 – 2
Трушина Юлия Алексеевна

Научный руководитель:
к.п.н., доцент кафедры СПП и ПМ
Бородина Вера Анатольевна

Проверка на объем заимствований:

53,54 % авторского текста

Работа реценз к защите

рекомендована/не рекомендована

«В» 02 2019 г.

зав. кафедрой специальной педагогики,

психологии и предметных методик

Дружинина

к.п.н., доцент Л.А. Дружинина

Челябинск
2019

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	2– 3
Глава 1. Теоретические основы изучения голосовых расстройств у детей дошкольного возраста.....	
1.1 Закономерности развития голосообразования у детей.....	4–7
1.2 Причины и проявление голосовых расстройств у детей дошкольного возраста	8 –15
Выводы по 1 главе.....	16 –17
Глава 2. Экспериментальная работа по преодолению голосовых расстройств у детей дошкольного возраста.....	
2.1 Методики изучения голосовых расстройств у детей.....	18 – 21
2.2 Проявление голосовых расстройств у детей дошкольного возраста.....	22– 24
2.3 Коррекционная работа по преодолению голосовых расстройств у детей дошкольного возраста.....	25 – 28
Выводы по 2 главе.....	29
Заключение.....	30 –31
Список литературы.....	32 –34
Приложение.....	35 – 44

ВВЕДЕНИЕ

Качество голоса, способности владения голосом оказывают большое влияние на такие характеристики устной речи, как темп, слитность, мелодика, словесное и логическое ударение. Голос определяет выразительность, интонационную оформленность, внятность устной речи.

Работа над голосом является необходимым разделом работы над устной речью с детьми дошкольного возраста. Проблему формирования и становления голоса рассматривали различные ученые Алмазова Е.С., Вильсон Д., Дмитриева Л.Б., Ермакова И.И., Жинкин Н.И., Лаврова Е.В., Хватцев М.Е.

В логопедии выделяют четыре типа нарушений голоса: нарушения тембра голоса, нарушения резонанса, изменения громкости, изменение высоты тона. Отклонения от нормы темпа речи иногда считают пятой категорией нарушения голоса, но чаще их относят к нарушениям артикуляции и ритма.

Нарушение голоса может выступать, как самостоятельное нарушение, так и входить в структуру других сложных речевых дефектов, в том числе и дизартрии. В работах фонатора И.С. Максимова, отмечается, что нарушения голоса имеются у 30 – 41% учащихся начальных классов.

Д.К. Вильсон отмечает результаты обследования состояния голоса у детей в разных странах, указывает частоту патологии 21%.

В отечественной литературе сведения о количестве детей с патологией голоса отмечаются в работах Ю.С. Василенко и С.Е. Уланова.

Изучение В.И. Филимоновой акустических характеристик голоса дошкольников с разными речевыми нарушениями, посещающих специальный детский сад, показывает, что у 32% стойкие патологические изменения.

К сожалению, проблема выявления и устранения нарушения голоса недостаточно отражено в специальной литературе, этим и объясняется актуальность выбранной темы.

Цель исследования: теоретически изучить, обосновать и определить содержание коррекционной работы по преодолению голосовых расстройств у детей дошкольного возраста.

Объект исследования: процесс проявления голосовых расстройств у детей дошкольного возраста.

Предмет исследования: особенности преодоления голосовых расстройств у детей дошкольного возраста.

В соответствии с целью были поставлены следующие задачи:

1. Проанализировать психолого – педагогическую литературу по проблеме исследования.
2. Выявить особенности голосовых расстройств у детей дошкольного возраста.
3. Определить содержание коррекционной работы с дошкольниками по развитию и восстановлению у них основных качеств голоса.

Для проведения обследования нами были подобраны следующие диагностические методики, описанные в работах Алмазовой Е.С., Вильсона Д.К., И.И. Ермаковой И.И., Селиверстова В.И.

База исследования:

«Муниципальное казенное дошкольное образовательное учреждение, детский сад № 1», г.Карталы.

Нами были обследованы 3 детей с различными речевыми расстройствами.

Глава 1. Теоретические основы понятия голосовых расстройств у детей дошкольного возраста

1.1 Закономерности развития голосообразования у детей

Вопрос о механизме голосообразования до настоящего времени нельзя считать разрешенным. С момента изобретения метода ларингоскопии начала развиваться мио эластическая теория, согласно которой голосовые складки колеблются в результате прохождения между их сомкнутыми краями тока воздуха, создаваемого дыхательным аппаратом. [2]

Орлова О.С. считает, что голос – это совокупность разнообразных по своим характеристикам звуков, возникающих в результате колебания эластических голосовых складок. [6]

Нормальный голос должен быть: приятным на слух, владеть соответствующим балансом ротового и носового резонатора, довольно громким, соответствовать возрасту, объемам тела и полу, голос должен владеть соответствующими модуляциями. [3]

Голосообразование – это компонент фонации, в результате которого достигается основная цель – производится гортанный звук. [5]

Голосообразование совершается именно в гортани, как уже говорилось, путем сложного взаимодействия энергии выдоха и сокращения тканей голосовых складок. [1]

Е.В.Лаврова выделяет следующие возрастные особенности механизма голосообразования: [4,5]

1. С 10 лет начинается формирование «переходного» механизма голосообразования;
2. Грудной механизм фонации становится возможным примерно с 12 лет;
3. Хрящи гортани и трахеи пока еще мягкие;
4. Основные рецепторные зоны гортани формируются только к 10 – 12 годам.

Голос как интегральный биосоциальный продукт жизнедеятельности организма в собственных характеристиках тесным образом связан с этапами биологического развития человека. [4]

Лаврова Е.В. выделяет 6 периодов становления и функционирования голосового аппарата. Приведем их характеристику: [5]

1. Дошкольный этап (от рождения до 7 лет). Внутри которого выделяют подэтапы новорожденности (до 1 года), раннего возраста (до 3 лет), старшего дошкольного. Фонация осуществляется за счет краевого натяжения коротких голосовых складок, состоящих из соединительной ткани и желез. С 5 лет начинают формироваться отдельные пучки вокальных мышц. Голос имеет высокое звучание, его диапазон составляет 5 – 6 нот.

2. Домутационный этап (от 7 до 13 лет). Голосовой аппарат динамически развивается. Происходит увеличение размера органов голосообразования и голосооформления.

3. Мутационный этап (от 13 до 15 лет). Нарастает гиперемия голосовых складок, они утолщаются, увеличивается количество выделяемой слизи. Масса голосовых складок увеличивается приблизительно на 1/3.

4. Постмутационный этап (от 15 до 17 лет) – закрепляется более низкий тембр звучания.

5. Период становления и уверенного функционирования (от 18 до 35 лет) – характеризуются устойчивостью механизмов голосообразования, наиболее широким диапазоном голоса, максимальными силовыми и интонационными возможностями.

6. Период угасания (60 лет и старше) – характеризуется снижением всех функциональных возможностей голосового аппарата вследствие возрастных изменений в прохождении нервных импульсов, атрофических процессов в голосовых мышцах. [4]

В соответствии с выделяемыми возрастными периодами изменяются

анатомические структуры голосового аппарата и голос ребенка, что обуславливает изменения акустических характеристик: частоты основного тона, интенсивности голоса, диапазона и тембра. [4]

Подробно рассмотрим закономерности голосообразования в дошкольном возрасте.

В дошкольном периоде критичным для голосового аппарата является период новорожденности. Крик ребенка – одно из важнейших свидетельств начала самостоятельного дыхания. Вопреки укоренившимся представлениям рефлекторное смыкание голосовых складок происходит не при первом вдохе, а при первом выдохе. [6]

Д.В. Уклонская акцентирует внимание что крик это изначальный безусловный рефлекторный акт, в реализации которого задействованы нервная, дыхательная и эндокринная системы. Под воздействием болевых, температурных, тактильных раздражителей и избытка углекислого газа в крови возбуждается дыхательный центр, расправляются легкие и впервые активно смыкаются голосовые складки. [9]

Ряд исследователей Журба Л.Т, Кононова И.М., Мастюкова Е.М, считают, что характеристика крика и развитие голосовых реакций детей на первом году жизни имеет важное прогностическое значение. [10]

Частота звука, издаваемого новорожденным, составляет в среднем 425Гц. Голос лишен тембра, что не позволяет на слух определить пол младенца. Впрочем при некоторых отклонениях в состоянии малыша тональность голоса может заметно отличаться от нормальной. Так значительное превышение высоты звука имеет возможность указывать о нарушениях в функционировании нервной системы или же об аномалии в строении гортани. [12]

В период новорожденности возможности изменения интонации крика значительно ограничены вследствие незрелости нервно – мышечного аппарата гортани и нестабильности дыхания. Устойчивые

возможности к изменению интонации формируются у детей, начиная с 2-3 месячного возраста. [13]

Таким образом, голос имеет свои биологические основы становления и функционирования. Так же голос тесным образом связан с этапами биологического становления человека.

В соответствии выше сказанного, целесообразно будет рассмотреть причины и проявления голосовых расстройств у детей дошкольного возраста.

1.2 Причины и проявления голосовых расстройств у детей дошкольного возраста

В логопедии под нарушением голоса понимается отсутствие или расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата. Наиболее заметным их симптомом считается изменение акустических свойств голоса. [11]

Большинство нарушений голоса считаются следствием заболеваний и различных изменений собственного голосового аппарата. Кроме основных признаков нарушения (утраты силы, звучности голоса, изменения его высоты, искажений тембра в виде осиплости и охриплости, нарушений резонаторного баланса носовой и ротовой полостей) может отмечаться голосовая усталость и ряд субъективных ощущений, связанных с сенсорными расстройствами, к примеру постоянное першение с необходимостью откашляться, ощущение помехи, комка в горле. [13]

Орлова О.С. подразделяет нарушения голоса на центральные и периферические, каждое из них может быть органическим и функциональным. [6]

Нарушения голоса могут проявляться как признак самостоятельного заболевания или как составляющая речевых расстройств других видов – дизартрии, ринолалии, заикания. [16]

Лаврова Е.В. относит к центральным нарушениям голоса вследствие поражения головного мозга (коры, моста, проводящих путей), которые встречаются с большей частью при детском церебральном параличе, при острых нарушениях мозгового кровообращения. При данном типе патологии нарушается проведение или же генерация нервного импульса, обеспечивающегося сокращение мышц голосового аппарата. [4]

Причинами органических центральных нарушений голосовой функции становятся травматические, сосудистые, опухолевые поврежде -

ния отдельных зон головного мозга, входящих в состав фонаторной рефлекторной дуги. Алмазова Е.С. относит к центральным нарушениям афонию и дисфонию при различных формах анартрии и дизартрии. [1]

При дизартрии нарушения голоса зависит от парезов мышц языка, губ, мягкого нёба, голосовых складок, мышц гортани, изменениями их мышечного тонуса и ограничением подвижности. Наибольший смысл имеет паретичность мышц гортани. В особенности это относится к перстнещитовидным мышцам, натягивающим истинные голосовые связки. При поражении мышц гортани голос становится слабым, немелодичным.

Причина нарушения голоса при дизартрии является патология эфферентного и афферентного звеньев управления интонацией. Причиной эфферентного нарушения считается ограниченность произвольных движений языка, губ, мягкого неба, голосовых складок, мышц гортани, атаксия, нарушения тонуса. [19,20]

Афферентная патология проявляется в нарушении проприоцептивной импульсации от органов артикуляции, дыхания и голосообразования.

К периферическим относятся дисфонии и афонии при хронических ларингитах, парезах и параличах. Причинами считаются механическое повреждение гортани, резонаторных органов в результате несчастных случаев или же хирургического вмешательства, механическое или химическое повреждение слизистой оболочки и мышечной системы гортани, новообразование гортани, воспалительные процессы в гортани, нарушение кровоснабжения гортани. [16]

Алмазова Е.С. к периферическим органическим расстройствам голоса, нарушения голоса, связанные с патологоанатомическими изменениями в гортани, надставной трубе и снижением слуха. Характер голоса при нарушении слуха зависит от состояния слуха и времени его потери. [1]

При патологоанатомических изменениях в надставной трубе наблюдаются ринолалия и ринофония. Ринолалия – это патологическая перемена

оттенка, тембра голоса и искаженное произношение звуков речи. [15]

Ринофония – это изменение оттенка, тембра голоса, обусловленное нарушением связи носовой полости с ротоглоточным резонатором в процессе фонации без нарушений артикуляции и произношения. [15]

Орлова О.С. понимает под функциональными расстройствами, носящие временный преходящий характер. Главным симптомом при заболеваниях является функциональное нарушение голоса афония или дисфония различной степени выраженности. [6]

Причиной психогенной афонии считается стрессовое состояние, испуг, конфликт, которое выступает как пусковое устройство, приводящий к абсолютной потере голоса. [15]

Для гипо- и гиперкинетической афонии свойственна нестойкость патологических перемен в гортани и появление при попытках фонации звучного голоса на кашле. [15]

Спастическая дисфония – расстройство голоса, возникающее вследствие его перенапряжения, неверной техники голосоподачи. М.Зееман отмечает, что спастическая дисфония развивается как правило только в том случае, когда перенапряжению голоса сопутствуют другие внутренние или внешние причины. К первым относится плохо поставленный голос, не музыкальность, асимметрия гортани. Весьма неблагоприятное влияние на голос оказывает хронический тонзиллит, острое воспаление гортани и острое воспаление трахеи. Внешние причины являются негигиенические условия фонации, излишне громкая речь, воспаление дыхательных путей, небных миндалин, общие заболевания организма. [6,15]

Мутация – это физиологическая переменна голоса во время перехода к зрелому возрасту, сопровождающееся рядом патологических явлений в голосе и в голосовом аппарате. [2]

Явление это физиологическое и наблюдается в возрасте 13 – 15 лет. Выраженные проявления мутационных перемен чаще характерны для

мальчиков, что связано с морфологическими переменами скелета, мускулатуры, слизистой оболочки, кровоснабжения и иннервации голосового аппарата под воздействием мужских половых гормонов. [13]

Лаврова Е.В., считает, что для мальчиков подросткового возраста свойственно ускорение роста гортани во всех направлениях, особенно в горизонтальном. Становится особенно заметным выступающий верхний край щитовидного хряща, именуемый Адамовым яблоком. [5]

У девочек также могут наблюдаться определенные признаки, присущие периоду мутации, в прочем по большей частью он проходит без выраженных нарушений. У девочек, как правило, изменяется голос, постепенно теряя детские свойства. Как считает, Волкова Л.С., что это собственно эволюция, а не мутации. [4]

Орлова О.С. разделяет причины мутационных нарушений голоса на местные, нервно – психические, сенсорные и гормональные. [6]

Временами встречается ранняя мутация, когда голос раньше времени становится невысоким, грубым. Причина этого явления – раннее наступление половой зрелости и длительная, излишне интенсивная работа голосового аппарата. [9]

В иных случаях нарушение голоса проявляется в затянувшейся мутации. При этом голос на протяжении нескольких лет не переходит в нормальный голос, он продолжает оставаться детским или же фальцетные звуки прорываются на фоне доминирующего звучания. [10]

Орлова О.С. считает, что в настоящее время нет единой классификации расстройств голоса, но наиболее часто фонаторы и логопеды группируют нарушения в зависимости от степени выраженности: афония, дисфония, фонастения. [6]

По характеру нарушения голосовые расстройства делятся на функциональные и органические. [12]

Данная дифференциация расстройств голоса на органические и функциональные нарушения имеет значение для выбора способов

фониатрического лечения и прогноза логопедических занятий. Так называемые функциональные расстройства связаны с временными, преходящими переменам в функции гортани, голосовых складок, поэтому в результате логопедических занятий может быть восстановлен нормально звучащий голос. При органических нарушениях имеются стойкие патологоанатомические изменения в строении гортани, голосовых складок, надставной трубы, в следствии этого вполне вероятно восстановление коммуникативной функции голоса, но его качество по силе, высоте и тембру в большей или же меньшей степени отличается от обычного звучания голоса.[13,18]

Основным симптомом при заболевании гортани у детей считается функциональное нарушение – афония и дисфония различной степени выраженности (от легкой охриплости до резкого изменения тембра голоса) [15]

Под афонией понимается абсолютное отсутствие голоса, дисфония расстройство голоса, связанное с наличием всевозможных добавочных призвуков. [15]

Дисфония может характеризоваться наличием одного или нескольких симптомов: различная степень охриплости, обусловленная нарушением дыхания, гипер – или же гипоназальность, изменение интенсивности звучания (слишком тихий или громкий голос), расстройство высоты звучания, изменение просодики, связанное с нарушениями ударения, темпа, мелодики.) [1]

Психогенная афония.

Ребенок может общаться только шепотной речью, при этом сохранными остаются безусловные рефлексy: смех, плач, кашель. Голос у таких детей может, как внезапно исчезать, так и спонтанно появляться. [16]

Гипотонусная дисфония.

Обусловлена понижением мышечного тонуса голосовых складок. При ларингоскопии голосовые складки чаще имеют обычную окраску, но

временами лишены блеска, тонус их снижен, во время фонации отмечается неполное смыкание. Смещение слизистой оболочки по свободному краю определяется довольно четко, временами даже усиленно. Голосовая щель в ременами имеет вид вытянутого овала. [15,16]

Гипертонусная дисфония.

Нарушение голоса, вызванное увеличением мышечного тонуса голосовых складок. Причина нарушения фонации чаще всего связана с использованием твердой атаки голосообразования и чрезвычайно громким голосом. Во время фонации голосовые складки резко соприкасаются друг с другом, в итоге появляется гиперемия и небольшая отечность их свободного края. [2]

Гипо – гипертонусная дисфония (смешенная).

Характеризуется пониженным тонусом голосовых и увеличенной энергичностью вестибулярных складок. Чаще всего данная форма наблюдается после острого ларингита, трахеита, папилломатоза гортани. [15]

При осмотре гортани вестибулярные складки как правило увеличены в размерах, иногда гиперемированы и во время фонации соприкасаются друг с другом, прикрывая голосовые. [10]

При ларингоскопии колебания голосовых складок ослабленные, равномерные с неполным закрытием голосовой щели и смещение слизистой оболочки по свободному краю. Амплитуду колебаний бывает трудно определить из за гипертрофированных вестибулярных складок, за что астую возможно следить уменьшение их слизистой. [6]

Мутация.

Особый интерес представляют нарушения голоса в период мутации. Причины мутационных нарушений голоса можно подразделить на местные, нервно психические, сенсорные и гормональные. К числу местных факторов возможно отнести ускоренный рост гортани с увеличением длины, ширины голосовых складок, с увеличением хрящей гортани и обра

зованием «адамова яблока» в этап полового созревания мальчиков. Длина голосовых складок возрастает до 1 см, у девочек на 3 мм. Во время фонации отмечается резкое напряжение с преобладанием перстнещитовидных мышц, в итоге чего гортань смещается кверху и несколько кпереди. Голосовые складки вибрируют не всей своей массой, как у взрослых, а лишь в области их свободного края. [15,20]

Определенное внимание во время мутации имеют психоэмоциональные факторы для выработки новых голосоречевых кинестезий. Ребенок нередко стесняется своего нового низкого голоса, стремится сохранить прежний высокий, что не приводит к закреплению нового условного рефлекса, голос остается дисфоничным. [13]

Перенапряжение голоса в этап мутации также негативно влияет на формирование нового механизма голосообразования. [13]

Преждевременная мутация.

Проявляется из-за патологически раннего созревания мальчиков в возрасте 8 – 10 лет, сопровождается ускоренным ростом гортани и значительным снижением тональности голоса: обусловлена повышенной продукцией половых гормонов в организме такого ребенка. [15]

Неполная (незавершенная) мутация.

Наблюдается при замедленном, позднем мутационном процессе. Больные жалуются на охриплость, пониженную функциональность голосового аппарата. В голосе отмечается придыхание. [15]

Извращенная мутация.

Является редким нарушением, которое наблюдается у девочек во время пубертата и характеризуется значительным понижением тональности голоса, которое принимает теноровое и базовое звучание.

Гортань у таких девочек соответствует мужской. [6]

Папилломатоз гортани.

Доброкачественная опухоль гортани у детей, вызывает нарушение

голоса в виде дисфонии, патологического крика, афонии. Папилломы чаще всего появляются в возрасте от двух до четырех лет.

Как правило, папилломы в детском возрасте имеют обширное распространение, что резко ограничивает подвижность голосовых складок, затрудняет дыхание [18]

Парезы и параличи гортани.

При парезах гортани на стороне поражения во время ларингостробоскопии отмечается ослабленные, вялые колебания голосовых складок с маленькой амплитудой и смещение слизистой оболочки в области свободного края. При параличах гортани фонаторные колебания отсутствуют. [18]

В большинстве случаев голосовая складка, как при парезе, так и при параличе бывает напряженной за счет напряжения щитоперстневидной мышцы, иннервируемой верхнегортанным нервом. В тех случаях, когда нерв поврежден, голосовая складка расслаблена. [12]

Таким образом, изучив специальную литературу, выделяют множество причин, голосовых расстройств, которые подразделяются на биологические, приобретенные и социальные. Так же голосовые расстройства подразделяются по характеру нарушения на функциональные и органические. По степени выраженности: афония, дисфония, фонастения.

Выводы по 1 главе

Проведя анализ психолого – педагогической и специальной литературы по теоретическим вопросам изучения голосовых расстройств у детей дошкольного возраста, мы рассмотрели закономерности развития голосообразования у детей, и выделили возрастные особенности механизма голосообразования:

1. С 10 лет начинается формирование «переходного» механизма голосообразования.
2. Грудной механизм фонации становится возможным примерно с 12 лет.
3. Хрящи гортани и трахеи пока еще мягкие.
4. Основные рецепторные зоны гортани формируются только к 10 – 12 годам.

Голос имеет свои биологические основы становления и функционирования. Так же голос тесным образом связан с этапами биологического развития человека. Соотнося эти категории, выделяются шесть периодов становления и функционирования голосового аппарата.

1. Дошкольный этап (от рождения до 7 лет)
2. Домутационный этап (от 7 лет до 13 лет)
3. Мутационный этап (от 13 лет до 15 лет)
4. Постмутационный этап (от 15 до 17 лет)
5. Период становления и уверенного функционирования (от 18 лет до 35 лет)
6. Период угасания (от 60 лет и старше)

Существует множество причин и разнообразия проявления голосовых расстройств. Причины подразделяют на биологические, приобретенные и социальные. Так же голосовые расстройства подразделяются по характеру нарушения на функциональные и органические. По степени выраженности на афонию и дисфонию.

Из вышесказанного можно сделать вывод: развитие голосового аппарата влияет на социализацию ребенка в обществе и на развитие личности в целом.

Глава 2. Экспериментальная работа по преодолению голосовых расстройств у детей дошкольного возраста

2.1 Методики изучения голосовых расстройств у детей дошкольного возраста

Преодоление голосовых расстройств у детей дошкольного возраста необходимо начинать как можно раньше. Это предупреждает фиксацию навыка патологического голосообразования и появление невротических реакций, что значительно улучшает прогноз. [17]

Коррекционная работа строится с учета новых данных, полученных в результате клинико-педагогического обследования, базируется на знании голосового дефекта разных нозологических форм и учете личностных психологических особенностей детей, таких как фиксированность на дефекте и определение ведущего канала сенсорной модальности. [17]

Логопедическая работа подчинена общедидактическим принципам: последовательность, систематичность, активность и сознательность обучения, мотивированность, необходимость учитывать индивидуальные и возрастные особенности ребенка. [7]

Имеется определенная последовательность изучения голосообразования:

1. Обследование модуляции голоса;
2. Выявление назального (носового) тембра голоса;
3. Обследование восприятия тембра;
4. Определение возможности изменения тембра;
5. Состояние речевого дыхания.

Архипова Е.Ф. рекомендует начинать проводить изучение голоса с обследования модуляции голоса по высоте. [1]

Целью обследования является выявление умения ребенка определять и интонировать постепенное движение мелодии снизу вверх, сверху вниз. [15]

Обследование модуляций голоса по силе необходимо, чтобы определить, как ребенок может менять голос по силе (громкости).

Далее выявление назального (носового) тембра голоса. Субъективная оценка тембра голоса первоначально проводится при проведении первичного общения с ребенком, во время установления контакта. Для исследования и оценки тембра голоса используется шкала оценки тембра, разработанная Алмазовой Е.С. [1]

4 балла - нормальный голос, отклонений от нормального тембра не отмечается.

3 балла - легкая степень нарушения тембра, тембр ребенка может быть крикливым или «писклявым», назализованным.

2 балла - умеренные нарушения тембра, тембр ребенка может быть грубым или «квакающим».

1 балл - выраженные нарушения тембра голоса, тембр ребенка может быть гортанным, резким, глухим, «металлическим».

0 баллов - афония, отсутствие звучного голоса при наличии шепотной речи.

Так же Архипова Е.Ф. предлагает обследовать восприятие тембра. При исследовании восприятия тембра голоса оценивается умение определять характер звучания тона голоса на слух.

Обследование воспроизведения тембра голоса. Оцениваются эмоциональные характеристики голоса. Так как изменение окраски голоса характерны для определенных разновидностей эмоциональной речи, изучение ее особенностей у детей проводится на материале междометий и сказки «Теремок».

Выясняется, достаточно ли ребенок владеет своими голосовыми возможностями, может ли изменять окраску голоса в соответствии с предъявленными требованиями и ситуацией, способен ли передать голосом эмоциональные переживания и чувства персонажей сказки, может ли подражать голосам сразу нескольких животных.

Перед выполнением задания с детьми проводится беседа о возможных изменениях голоса. Детям говорится о том, что голос может меняться в зависимости от ситуации: голос может быть ласковым или писклявым, грубым или хриплым, веселым или печальным, жалобным или испуганным и т.д.

Детям предлагаются следующие задания.

«Беседа».

Первоначально тембры голоса определяются в процессе беседы. Ответы детей анализируются с учетом наличия ими отсутствия осиплости, истощаемости голоса, полетности, звонкости, плавности, в соответствии со следующими критериями:

- 2 уровень (0 баллов) – ярко выраженная охриплость голоса.
- 3 уровень (1 балл) – присутствие выраженных признаков огрубления, сиплости, хрипоты голоса.

«Теремок».

Определить возможности изменения тембра голоса и его высоты. Детям предлагается прослушать сказку и рассказать ее, пересказывая в голосе животных.

Критерии оценки:

- 1 балл (1 уровень) – неспособность изменять голос.
- 2 балл (2 уровень) – способность говорить только низким или только высоким голосом.
- 3 балла (3 уровень) – способность изменить голос от самого низкого до самого высокого.

Так детям картинки предлагается пересказать сказку по ролям, постепенно меняясь ролями, для этого детям выдаются картинки с теми животным, голос которого он должен был имитировать.

Обследование темпа – ритмической организации речи.

Определение темпа речи ребенка. Измерение осуществляется у дошкольников при использовании следующих параметров: единица

измерения – слог. Характеристика темпа – количество слогов в определенный промежуток времени (секунду).

Ипполитова Е.Ф. в своей методике предлагает проверить состояние речевого дыхания. Работа по этому разделу осуществляется через систему упражнений. При выполнении упражнений обращаем внимание на тип дыхания (ключичное, диафрагмально-рёберное), на длительность и плавность речевого выдоха. Задание предлагается в игровой форме. Их выполнение происходит по подражанию или по словесной инструкции.

Так же обследуется сила голоса. При исследовании голоса необходимо определить умение изменять силу голоса, умение говорить громко, но не крикливо, ясно, чётко, постепенно изменяя силу голоса от громкого произнесения к среднему и тихому, и наоборот. Для этого используют ряд упражнений.

Сложность механизма голосообразования обуславливает то многообразие факторов, которые обеспечивают полноценное развитие голоса детей.

2.2 Проявление голосовых расстройств у детей дошкольного возраста

Изучение человеческого голоса современной наукой многопланово. С акустической точки зрения, голос анализируется как сочетание разнообразных по частоте, амплитуде, спектру звуков, и т.д.

А. Н. Гвоздев, Е. Н. Винарская считают, что голосовые реакции уже в первые месяцы жизни становятся средством эмоционального общения ребенка с матерью.

Нами были проведено обследование 3 детей. Исследование проводилось на базе МКДОУ ДС № 1 «Звездочка» г. Карталы.

«Исследования тембра голоса и умения изменять его по высоте»
«Теремок».

Так детям было предложено пересказать сказку по ролям, постепенно меняясь ролями, для этого детям и выдавались картинки с тем животным, голос которого он должен был имитировать.

После этого обследования можно сделать вывод, что нарушение тембра голоса, которое характеризуется огрубелостью, охриплостью и придыханием у одного ребенка действительно существует, оно обусловлено дисфункцией гортани и дисгармоничностью артикуляционного аппарата. Двое детей не смогли дифференцировать голоса мышки зайца и лисы, как высокие и наоборот волка и медведя, как более низкие.

Дети справились с целью этого задания неплохо, но все дети забывали слова т. к диалог им мало знаком. У всех детей наблюдалось полиморфное нарушение звукопроизношения и нарушение формирования интонационной структуры предложения. У одного ребёнка постоянно менялся тембр от низкого к высокому, быстро истощалась голосовая функция. Голос слабый, назализованный, иногда хриплый, немодулированный. Во время работы с этим ребёнком, наблюдалась повышенная саливация. Дыхание поверхностное, учащенное, быстро истощаемое в процессе речи.

Далее мы обследовали речевое дыхание. Мы предлагали детям поиграть в игру, которая называется «Вьюга». Дети изображают вьюгу, воющую в ненастный вечер. По сигналу логопеда «Вьюга начинается» тихо говорят: **у-у-у...**; по сигналу «Сильная вьюга» громко говорят: **у**; по сигналу «Вьюга кончается» говорят тише; по сигналу «Вьюга кончилась» замолкают.

Все дети справились с заданием без осложнений. Что касается речевого дыхания, у детей с нормальной голосовой функцией дыхание ровное, выдох длительный, сильный. У детей отмечается дыхание поверхностное, учащенное у двоих детей нет дифференциации ротового и носового дыхания. У одного из троих детей наблюдалось, что выдох короткий, слабый, быстрое истощение выдоха в процессе речи.

При исследовании силы голоса предлагалось рассказать стихотворение «Идет бычок качается». Исследование проводилось в игровой форме.

Для этого им давалась следующая инструкция: расскажи стихотворения слоненку, а теперь расскажи это же стихотворения, но представь, что ты находишься в комнате, где спит мама, чтоб ее не разбудить расскажи его тихо. Теперь расскажи громко, как будто ты выступаешь на сцене и тебе нужно говорить громко. Мы оценивали способность ребенка изменять ему голоса в соответствии с ситуацией.

Данное задание дети выполнили, опираясь на словесную инструкцию, но если ребенок затруднился, то добавлялся образец.

В результате нами было определено, что двое детей находятся на среднем уровне, а один ребенок на низком уровне, он не смог изменить голос от тихого к громкому, и от громкого к тихому.

Обследования подвижности мягкого неба и наличия назального оттенка проводилось со следующими заданиями, детям предлагалось пропеть гласный звук «Ааа» при широко открытом рте.

Все дети с заданием справились хорошо, у двоих детей голос чистый, звонкий, у одного ребенка наблюдалась легкая гиперназальность, скорее всего это зависит от аденоидных разрастаний, которые были выявлены при изучении медицинской карты.

По результатам исследования все дети с заданием справились хорошо. Трудностей никаких не испытывали.

Работа над голосом с дошкольниками – один из важных разделов работы над устной речью. Формирование у детей внятной устной речи неразрывно связано с формированием навыков пользования голосом нормальной силы, высоты, без грубых нарушений тембра.

Мы выяснили, что для организации целенаправленной работы по формированию голоса, приближенного к норме, необходимо учитывать знания: общих сведений о голосе и его акустических характеристиках, о физиологии голосообразования, о развитии голоса в норме и у детей с нарушениями речи.

Целесообразно далее рассмотреть коррекционную работу по преодолению голосовых расстройств у детей дошкольного возраста.

2.3 Коррекционная работа по преодолению голосовых расстройств у детей дошкольного возраста

Приступая к работе над коррекцией голоса, особое внимание следует обращать на начало звукообразования или атаку. Не менее важно выбрать правильную тональность и интенсивность звучания для начала занятий. Продолжительность голосовых тренировок строго дозируется и обусловлена психопатическим состоянием тренирующихся. Начиная с первых занятий, следует избегать переутомления.

Развитие физиологического дыхания.

Основными ошибками фонационного дыхания является неэкономное использование воздуха в процессе голосообразования, укороченный спорадический выдох, инспирированная речь, частые доборы воздуха ртом, неоправданные синтагматическим и логическим членением речевого потока.

Орлова О.С. считает, что первостепенное значение в работе над воспитанием правильной техники голосообразования придается обучению правильному фонационному дыханию.

Комплекс дыхательных упражнений составляется индивидуально с учетом выявленных ошибок фонационного дыхания. Для этих целей рекомендуются:

1. Статические дыхательные упражнения, основная задача которых воспитать смешанно-диафрагмальный тип дыхательных скоординировать правильное соотношение носового вдоха и ротового выдоха, добиться сознательного произвольного управления дыханием.
2. Динамические дыхательные упражнения, облегчающие процесс овладения навыком координированного дыхания, косвенно влияющие на процесс фонации.
3. Фонационные дыхательные упражнения.

На подготовительном этапе занятия начинают со статических дыхательных упражнений, используя глухие щелевые согласные звуки гласные.

На этапе формирования голосового навыка речевой материал подбирается с учетом индивидуальных возможностей и клинического диагноза.

На этапе автоматизации и закрепления голосовых навыков используют различной степени сложности стихи, пословицы, поговорки, скороговорки.

Статические дыхательные упражнения.

Предлагаемый комплекс используется как подготовительный в работе с детьми, как средство предупреждения дисфонии, при нарушениях голоса независимо от характера заболевания. На первом этапе основное внимание следует уделять нижнереберного типа дыхания с активным участием диафрагмы, координации ритмичного вдоха и выдоха, особое внимание- организации правильного вдоха. Для этого используют прибор « TRIFLO-11».

Динамические дыхательные упражнения

Динамическая дыхательная гимнастика физически укрепляет организм, развивает фонационное дыхание.

Орлова О.С. рекомендует проводить динамические упражнения в сочетании с движением туловища, рук и шеи. Основная цель тренировки достигается за счет изменения темпа, частоты, характера выполнения упражнений. Для снятия напряжения следует выполнять медленные и плавные движения.

В комплекс тренировочных упражнений для воспитания правильного дыхания включают активизирующие и релаксирующие упражнения, что позволяет достичь эластичности, упругости мышц, предупреждает их утомление и излишнюю напряженность.

Для автоматизации и закрепления правильных механизмов дыхания подбираются упражнения, приближенные к естественным условиям жизни. (ходьба, подъем по лестнице, выполнение физических нагрузок).

Значение режима молчания.

В отношении режима молчания, его целесообразности и предположительности сложилось две точки зрения. Одна группа авторов Гутцман, Кимл, Арндт, А.Т. Рябченко широко пропагандируют режим молчания как первоначальный этап. Эту же точку зрения разделяют Холингер, которые рекомендуют после удаления узелков голосовых складок соблюдать режим молчания, а затем переходить к голосовой тренировке.

Д. К. Вильсон указывает, что голосовой режим молчания целесообразно назначать при выраженных изменениях ларингеального тона, перенапряжении голоса.

Формирование навыка правильного голосообразования.

Постановка голоса - строго индивидуальный процесс. Начинать голосовые тренировки можно только после согласования с врачом-фониатором.

Гигиена голоса.

Одним из самых важных факторов предупреждения нарушений голоса у дошкольников является обучение технике голосообразования и речи, знание правил гигиены голоса и их соблюдение.

Особое внимание должно уделяться гигиене голоса в период мутации. Необходимо постоянно заботиться о физическом закаливании организма, повышающем иммунитет к различным заболеваниям. Отрицательно влияют на голос вредные привычки, особенно курение, злоупотребление спиртными напитками. Все эти факторы вызывают и поддерживают катаральное состояние слизистой оболочки глотки и гортани.

Таким образом, знание по гигиене голоса, бережное отношение к своему голосовому аппарату, систематические занятия по воспитанию правильной техники и голосообразования и повышению выносливости голоса позволяют не только исправить нарушения голоса при функциональных и органических заболеваниях голосового аппарата, но и развить природные качества.

Выводы по 2 главе

Анализ изученной литературы и данные проведенного исследования позволяют нам сделать вывод о том, что для достижения основной цели работы над голосом в детском саду, необходима работа в двух направлениях: развитие голоса и коррекция выявленных нарушений голоса. Мы отметили, что то и другое направление предполагает работу над основными характеристиками голоса: тембром, высотой и силой.

Мы видим, что нарушения голоса различного генеза не очень распространенный вид патологии и требует тщательную работу по выявлению и коррекции данного нарушения.

Следовательно, вся система логопедических занятий по закреплению голоса построена на дидактическом принципе постепенного перехода от простого к сложному в зависимости от возраста ребёнка, индивидуальных особенностей его личности, состояния и развития речевой и голосовой функции.

Таким образом, опыт показал, что в условиях длительного пребывания ребенка в логопедической группе детского сада продуманная система работы и тщательный подбор приемов позволяют значительно улучшить или полностью исправить данное нарушение.

Заключение

Таким образом, в нашей дипломной работе, проводя теоретический анализ научно-педагогической литературы, мы подробно изучили коррекционную работу голосовых расстройств у детей дошкольного возраста.

Голос - это совокупность разнообразных по своим характеристикам звуков, возникающих в результате колебания эластических голосовых складок.

Нарушение голоса – это различные расстройства голосовой функции, обусловленные патологическим состоянием органов голосообразования.

Тембр, или окраска, звука является характеристикой качества голоса. Он отражает акустический состав сложных звуков и зависит от частоты и силы колебания.

Голос имеет свои биологические основы становления и функционирования. Так же голос тесным образом связан с этапами биологического развития человека. Соотнося эти категории, выделяются семь периодов.

Так же, формирование голоса зависит от многих факторов: конституции человека, строения голосового аппарата, состояния желез внутренней секреции, психического развития индивида.

Выше перечисленные факторы приводят к органическим и функциональным нарушениям голоса, между ними бывает трудно провести четкую границу, поэтому такое деление в некоторой степени условно.

В настоящее время наиболее целесообразным является клинико-педагогический подход к нарушениям голоса, который заключается в медицинском, логопедическом и психологическом анализе расстройств голоса. Подробное изучение дефектов голоса дает возможность глубоко вскрыть природу и сущность нарушения и наметить пути коррекционной работы. Деление расстройств голоса на органические и функциональные,

хотя и является условным, имеет значение для выбора методов фониатрического лечения и дальнейших логопедических занятий. Наиболее сложную группу при восстановлении голоса составляют органические нарушения голоса, связанные с органическими заболеваниями гортани.

Дети с голосовыми расстройствами нуждается в комплексном воздействии логопеда, фониатара и психологов.

В заключение хочется подчеркнуть, что именно логопеды дошкольных учреждений должны сыграть свою исключительно важную и совершенно незаменимую роль. Нужно до конца понять, что помочь имеющемуся на сегодняшний день увеличивающемуся числу детей с голосовыми расстройствами можно только путем усовершенствования логопедической работы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Алмазова, Е. С. Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей. [Текст] / Е. С. Алмазова. – СПб., Союз, 2005. – 174 с.
2. Архипова Е. Ф. Стертая дизартрия. [Текст]: М.: АСТ: Астрель, 2007.
3. Вильсон Д. К. Нарушения голоса у детей. [Текст]: Пер. с англ. – М.: Медицина, 1990. – 448 с.
4. Волкова Л. С. Логопедия. [Текст]: учебник для студ. дефектол. фак. пед. высш. учеб. Л69 заведений / под ред. Л. С. Волковой. — 5-е изд., перераб. и доп. — М.: Гуманитар, изд. центр ВЛАДОС, 2006.
5. Выготский Л.С. Педагогическая психология. [Текст]: учеб.пособие / Под ред. Давыдова В. В., – М.: 1991. – 45–55 с.
6. Волкова Л. С. Логопедия. [Текст]: учебник для студ. дефектол. фак. пед. высш. учеб. Л69 заведений / под ред. Л. С. Волковой. — 5-е изд., перераб. и доп. — М.: Гуманитар, изд. центр ВЛАДОС, 2006.
7. Гвоздев А. Н. Вопросы изучения детской речи. [Текст]: учеб.пособие / – М.; 1961. – 64 с.
8. Дмитриев Л. Б., Телелева Л. М., Таптапова С. Л., Ермакова И. И. Фониатрия и фонопедия. [Текст]: учеб.пособие / – М: «Медицина», 1990. – 50 с.
9. Ермакова, И. И. Коррекция речи и голоса у детей и подростков. [Текст] / И. И. Ермакова, / Кн. для логопеда. — 2-е изд., перераб.— М.: Просвещение: АО «Учеб. лит.», 1996.—143 с.
10. Ермакова И.И. Коррекция речи и голоса у детей подростков. [Текст]: для логопеда / – М.: Просвещение: АО Учеб. лит., 1996. – 143 с

11. Ефименкова Л. Н. Формирование речи у дошкольников. [Текст]: учеб.пособие / – М: 1985. –15 с.
12. Жинкин Н. И. О теориях голосообразования. [Текст]: статья / Мышление и речь. – М.: 1963.
- 13.Ивановская Ф. А. Сборник логопедических упражнений при расстройствах голоса. [Текст]: учеб.пособие / – М: 1961. – 200 с.
14. Колпак Т. В. Нарушения голоса в структуре речевого дефекта. [Текст]: автореферат. – М.: 1999г. С –16 с.
15. Лаврова Е. В. Нарушение голоса. [Текст]: учеб. пособие для студентов / Е. В. Орлова. – М.: АСТ: Астрель, 2005. – 207 с.
- 16.Лаврова Е. В. Логопедия. Основы фонопедии. [Текст]: учеб. пособие для студентов / Е. В. Лаврова. – М.: 2007. – С. – 100.
17. Лаврова Е. В. Характеристика и классификация нарушений голоса. [Текст]: учеб.пособие / Дефектология – М.: № 1, 1987. – 40 с.
18. Максаков А. И. Развитие речевого голоса у дошкольников. [Текст]: учеб.пособие / Дошкольное воспитание – М.: № 1, 1988. – 15 с
19. Орлова О. С. Нарушение голоса. [Текст]: учеб.пособие для студентов / О. С. Орлова. – М.: АСТ: Астрель, 2008. – 220 с.
20. Полушкина Н.Н. Диагностический справочник логопеда. [Текст]: пособие для логопедов / Н.Н. Полушкина. – М.: АСТ: Полиграфиздат, 2010. – 52 с.
21. Пятница Т.В. Логопедия в таблицах, схемах, цифрах. [Текст]: учебное издание / Т. В. Пятница. – 6 – е изд., – М.: Ростов н/Д: Феникс, 2015. – 173с.
22. Гаптапова С. Л. Коррекционно-педагогическая работа при нарушениях голоса. [Текст]: учеб.пособие / – М., «Просвещение», 1984. – 5 – 20 с.

23. Хватцев М. Е. Логопедия. [Текст]: уч. для пед. институтов / М.Е. Хватцев. – М.: Изд-во АСТ: 2002. – 200 с.
24. Филичева Т. Б. Основы логопедии. [Текст]: Учеб.пособие для студентов пед. ин. по спец. «Педагогика и психология (дошк.)» / Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина — М.: Просвещение, 1989.—223 с.
25. Шаховская Т. В. Нарушение голоса и звуко - произносительной стороны речи. [Текст]: учеб. пособие / Т. В. Шаховская. – 2 – е изд., перераб. и доп. – М.: Высш. школа, 2003. – 220 с.

Приложение

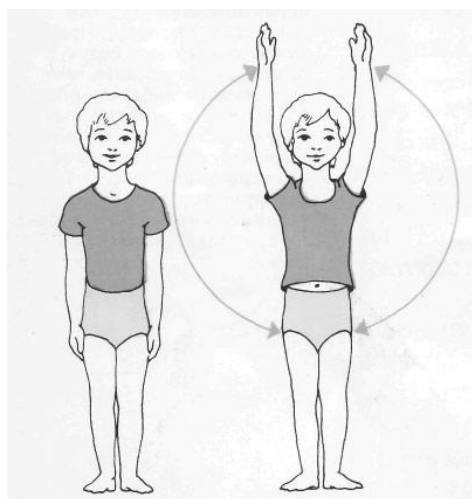
Упражнения лечебной физкультуры.

Цель: развитие речевого дыхания.

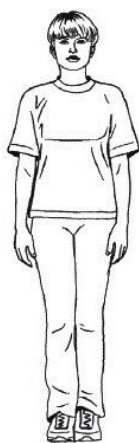
1. Исходное положение – лежа (при этом расслабляются мышцы всего тела, в том числе и гортани). Вдох и выдох через рот и нос. При вдохе передняя стенка живота и подложечная область поднимаются и выпячиваются, при выдохе – опускаются.



2. Исходное положение – стоя, ноги вместе. Поднять руки через стороны вверх – вдох, опустить руки – выдох.



3. Исходное положение – стоя, ноги вместе. Поворот туловища и головы вправо с отведением руки в сторону – вдох, исходное положение выдох.



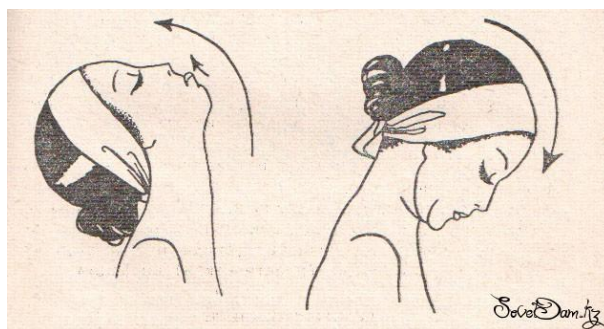
4. Исходное положение – стоя, ноги вместе. Наклоны туловища в стороны: руки попеременно скользят вдоль туловища до подмышечной впадины. При выдохе произносятся звуки «с, ф, ш», сочетания звуков «пф, пш».



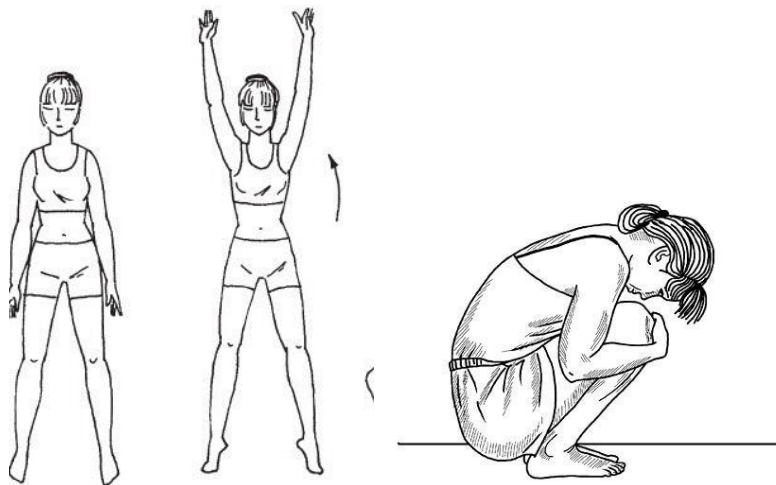
Вдох

Выдох

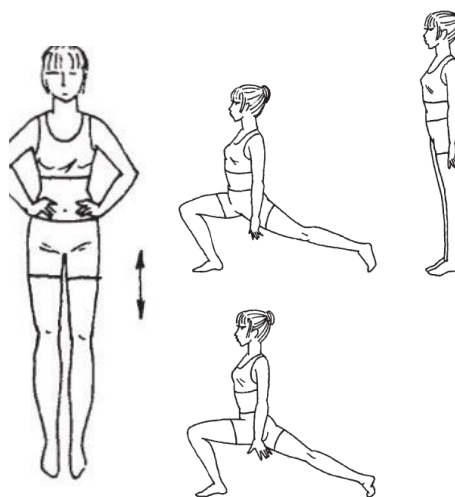
5. Исходное положение – стоя, ноги вместе. Наклоны головы назад и вперед вместе с шеей.



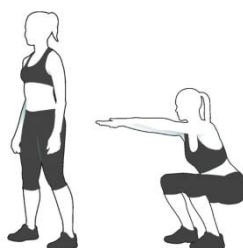
6. Исходное положение – стоя, ноги на ширине плеч. Поднять руки через стороны вверх, присесть, обхватить руками колени и произнести « уф, ух».



7. Исходное положение – стоя, ноги вместе, руки на бедрах. Выпады попеременно правой и левой ногой с разведением рук в сторону.

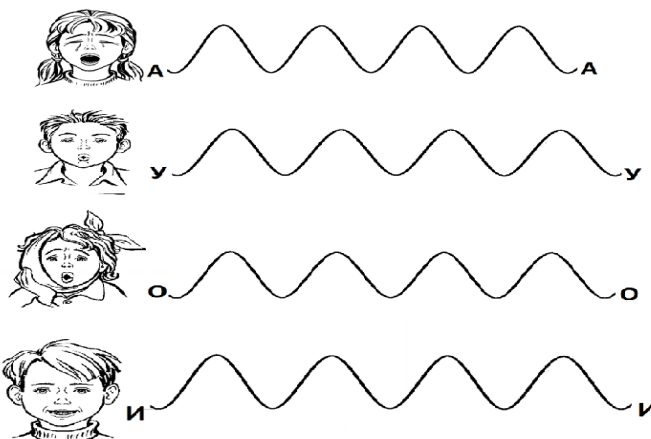


8. Исходное положение – стоя, ноги вместе. Приседания с вытягиванием рук вперед.

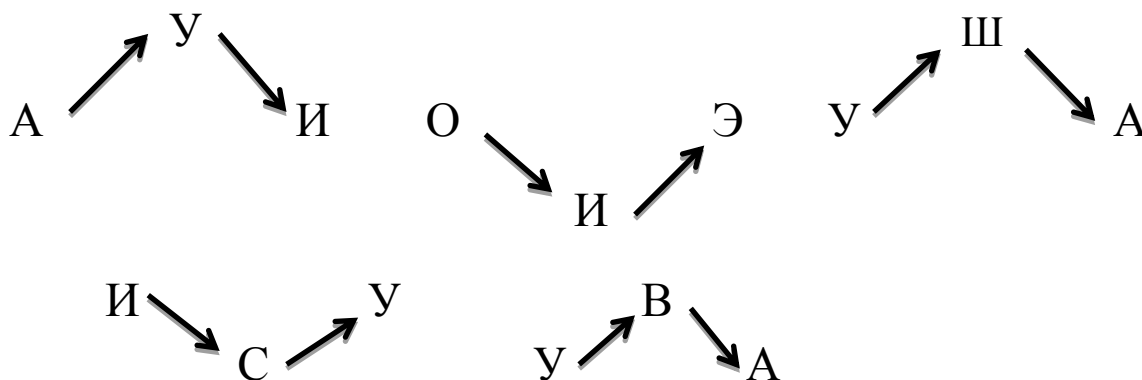


Упражнения на развития силы голоса.

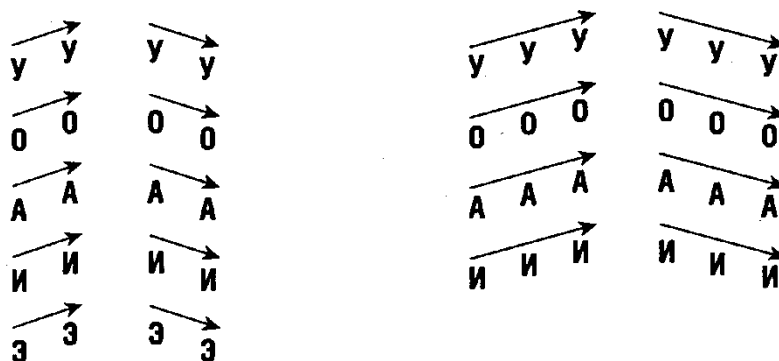
1. Удлинение произнесения звуков (при средней громкости голоса)



Постепенно произнесение звуков на одном выдохе все более удлиняется, но сила голоса остается неизменной.



Постепенное произнесение звуков на одном выдохе все более удлиняется, сила голоса остается неизменной.



Счет с постепенным усилением и последующим ослаблением голоса.

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

Чтение стихотворений с постепенной сменой силы голоса.

1. Унылая пора! Очей очарованье! (Артикуляция)
Приятна мне твоя прощальная краса. (Шепот)
Люблю я пышное природы увяданье,(Тихо)
В багрец и в золото одетые леса,(Громче)
В их сеньях ветра шум и свежее дыханье,(Громко)
И мглой волнистою покрыты небеса,(Тихо)
И редкий солнца луч, и первые морозы,(Шепот)
И отделенные седой зимы угрозы.(Артикуляция)

2. Сто ребят
И сто девчат
Все лежат
И все молчат.

} Очень тихо

Ты лежишь,
И я лежу...

} Тихо

..Муха села
Мне на палец
И спросила:
«Вы проспали?»

} Громко

Пальцем муху
Я ловлю...

} Громко


Засыпаю...
Сплю....

} Тихо

Вдруг все громче голоса:
Ой, оса! Летит оса!
Вон у Витьки на носу!
Ну, ловите же осу!


} Громко

Все несутся за осой,
Витя прыгает босой,
Сто ребят
И сто девчат
Все хохочут
И кричат.
Настоящий тихий час!




Громко

Улетела прочь оса,
И замолкли голоса.
Сто ребят
И сто девчат
Все лежат
И все молчат.



Тихо

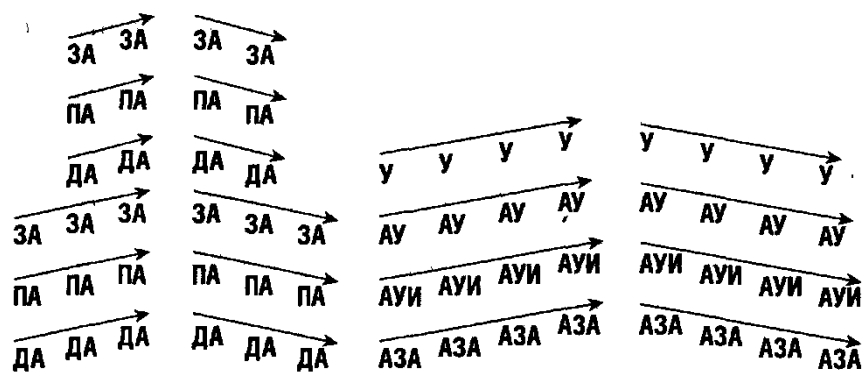
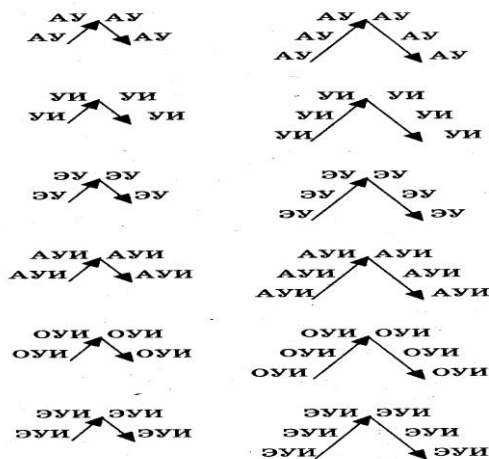
Тихо тикают часы.
Это сон насчет осы?
Я осу во сне ловлю..
Сплю..



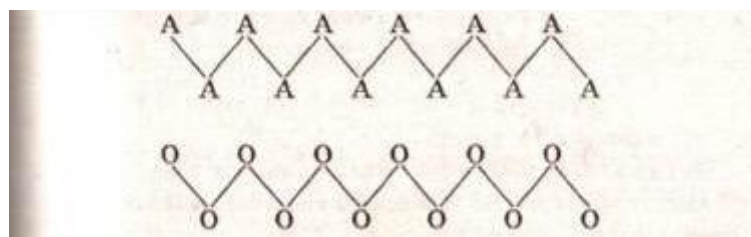
Очень тихо

Развитие высоты голоса.

1. Речевое произнесение: повышение и понижение голоса при произнесении гласных, их сочетание из двух и трех звуков, слогов.



«Укачивание» (имитация укачивания ребенка, куклы)



Развитие тембра голоса.

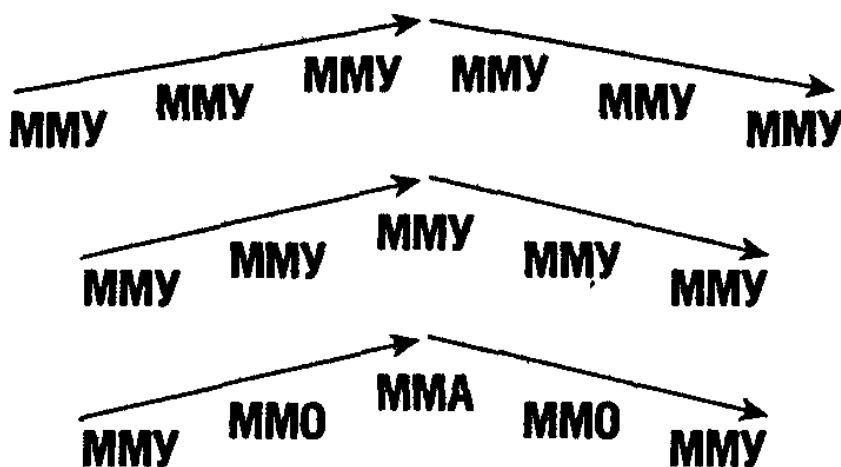
1. Произнесение сонорных согласных (М Н) с гласными.

Ммуммоммэмммиммамм

Нннаанноонннииннаанн

Мммнууммнооммээнннаааммм

2. Повышение и понижение голоса на сонорных согласных М, Н с паузами и без пауз. Голос повышается и понижается на 2-3 тона.



3. Произнесение фраз слитно, на стоне, сначала монотонно, негромко, затем с изменением высоты голоса. Сонорные согласные при этом удваиваются.

