



МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

**«ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ГУМАНИТАРНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»**

(ФГБОУ ВО «ЮУрГГПУ»)

**ФАКУЛЬТЕТ ЗАОЧНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ
ТЕХНОЛОГИЙ**

КАФЕДРА ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ

ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИОННО-ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПРИ ДЦП

**Выпускная квалификационная работа
по направлению 44.04.03. Специальное (дефектологическое) образование**

код, направление

Направленность программы бакалавриата/магистратуры

«Психолого-педагогическая реабилитация лиц с ограниченными возможностями здоровья»

Выполнил (а):

Студент (ка) группы _____

Фамилия Имя Отчество

Каскарбаева Дина Кадырхановна

Научный руководитель:

уч. степень, должность

д.м.н., проф, Антипанова Н. А.

Кандидат медицинских наук, доцент

Работа допущена к защите

« ___ » _____ 20__ г.

зав. кафедрой ОТиДО

(название кафедры)

_____ Беликов В.А.

Челябинск 2016

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
Глава 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ИЗУЧЕНИЯ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ ДЕТЕЙ С ДЦП	6
1.1. Патогенетические основы речевых нарушений при ДЦП	6
1.2. Особенности развития речи и его нарушения	8
1.2.1 Доречевое развитие детей с ДЦП	8
1.2.2. Речевое развитие детей с ДЦП	10
1.3. Дизартрия. Этиология, клиника и патогенез	21
1.4. Сравнительный анализ методик коррекционно-логопедической работы при ДЦП	29
Выводы по Главе 1	29
Глава 2. СОДЕРЖАНИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ПРЕОДОЛЕНИЮ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ	39
2.1. Сравнительный анализ методик обследования нарушений речи детей с ДЦП	39
2.2. Данные первоначального логопедического обследования детей с ДЦП	54
2.3. Содержание и структура обследования	59
Глава 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ ПРИ ДЦП	63
3.1. Особенности речевых нарушений у детей с ДЦП на констатирующем этапе эксперимента	63
3.2. Программа коррекции установленных нарушений речи у детей с ДЦП (формирующий этап эксперимента)	68
3.3. Эффективность коррекционной программы при установленных нарушениях речи у детей с ДЦП (контрольный этап эксперимента)	77
3.4. Выводы по Главе 2	77
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	93
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	96
ПРИЛОЖЕНИЯ	101

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы. В последние годы в отечественной и зарубежной логопедии возрос интерес к проблеме ранней диагностики и коррекционно-логопедической работе нарушений развития познавательной и речевой деятельности детей с детским церебральным параличом. Изучению речевых нарушений у детей с церебральными параличами посвящено много специальных исследований, в которых рассматриваются вопросы их патофизиологии, клиники и коррекции: Л. А. Данилова, Е. М. Мастюкова, М. В. Ипполитова, Р. D. *Neilson*, N. J. O'Dwyer, Л.О. Бадалян, Л.Т. Журба, О.В. Тимонина, М.Б. Эйдинова, А.Р. Лурия, И.Ю.Левченко, О.Г.Приходько, Т.А. Фотекова, Т.В. Ахутина, И.А. Смирнова и др.

Раннее начало коррекционно-педагогической работы (в первые 3 года жизни) способствует максимальному использованию компенсаторных возможностей детского организма: пластичности мозга, чувствительности к стимуляции психического и речевого развития, способности к компенсации нарушенных функций.

В настоящее время наблюдается увеличение числа детей, рождающихся с церебральной патологией, при этом детский церебральный паралич занимает первое место в структуре детской инвалидности по неврологическому профилю.

Детский церебральный паралич (ДЦП) за последние годы стал одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы у детей.

Знание особенностей речевых нарушений у детей с церебральным параличом позволяет сформулировать основные положения, определяющие последовательность и систему коррекционно-логопедической работы при ДЦП. Важно постоянно учитывать взаимовлияние речевых, двигательных и психических нарушений в динамике развития ребенка. Вследствие этого логопедическая работа направлена на коррекцию нарушений речи в сочетании со стимуляцией развития всех ее сторон (лексики, грамматики, фонетики),

сенсорных и психических функций. Таким образом осуществляется формирование речи как целостной психической деятельности. [37]

Речевая терапия основана на тесном единстве с лечебными мероприятиями, направленными на развитие двигательных функций. Сочетание логопедической работы с медицинскими мероприятиями (медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, ЛФК и др.) является важным условием комплексного воздействия специалистов медико-педагогического блока. Необходима согласованность действий логопеда-дефектолога, невропатолога, врача ЛФК и их общая позиция при обследовании, постановке диагноза и медико-педагогической коррекции. С целью подбора наиболее эффективных и адекватных приемов коррекции важно учитывать взаимосвязь речевых и двигательных расстройств при ДЦП, общность поражения артикуляционной и общей моторики. Например, необходимо подавлять патологическую рефлекторную активность как речевой, так и скелетной мускулатуре. Онтогенетически последовательное поэтапное логопедическое воздействие опирается на сохранные функции. Ориентиром в логопедической коррекции служит не календарный возраст ребенка, а уровень актуального речевого развития. [53, с.5]

Необходимо одновременное развитие и коррекция нарушений артикуляционной моторики и функциональных возможностей кистей и пальцев рук. Это связано с положением об анатомической близости корковых зон иннервации речевого аппарата с зонами иннервации мышц рук, особенно кисти и большого пальца. При ДЦП тяжесть нарушений артикуляционной моторики обычно коррелирует с тяжестью нарушений функции рук. [23, с.144]

Очень важна стимуляция двигательного-кинестетического анализатора, что позволит сформировать управление артикуляционным праксисом (умение выполнять целенаправленные артикуляционные действия), развить навыки самоконтроля и адекватной самооценки действий, которые совершает ребенок (кинестетическое ощущение артикуляционной позы). При этом необходима

опора на другие анализаторы (на зрительный – при выполнении артикуляционных упражнений перед зеркалом; на слуховой – когда движения сопровождаются четкой речевой инструкцией).

Необходимо гибкое сочетание различных видов и форм коррекционно-логопедической работы (индивидуальных, подгрупповых, фронтальных).

Эксперимент проводился в ГСК ОУ ШИ № 1 г. Ейска, Краснодарского края, для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата.

Объектом нашего исследования является речевая деятельность детей с церебральным параличом в возрасте 7-8 лет.

Предмет нашей дипломной работы – процесс формирования речевой деятельности у детей с ДЦП под влиянием коррекционно-логопедической работы.

Субъект – 10 школьников (6 – с дизартрией, 4 – с алалией).

Практическая значимость нашей работы заключается в результатах констатирующего эксперимента, которые могут быть полезны учителям – логопедам, дефектологу, воспитателям, родителям.

Структура работы состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы и приложения.

Дипломная работа представлена на 118 страницах.

В работе имеется 9 таблиц и 1 диаграмма. Приложение на 18 страницах, список литературы 55 источников.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ИЗУЧЕНИЯ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ ДЕТЕЙ С ДЦП

1.1. Патогенетические основы речевых нарушений при ДЦП

Речевые расстройства наблюдаются у 70-80 % детей с церебральными параличами. Самые тяжелые нарушения речи отмечаются при распространенных поражениях головного мозга с вовлечением в патологический процесс коры и подкорково-стволовых отделов. В генезе речевых расстройств при церебральных параличах наряду с повреждением определенных структур мозга большое значение имеет вторичное недоразвитие или более позднее формирование тех отделов центральной нервной системы, которые наиболее интенсивно развиваются после рождения, премоторно-лобной и теменно-височной коры большого мозга. Известно, что в функциональной организации этих отделов определяющую роль играют афферентная импульсация от речевых и скелетных мышц, зрительно-слуховые и слухо-зрительно-двигательно-кинестетические связи. Интегрированное восприятие сенсорных сигналов и их обработка, обобщение и формирование понятий возможны только при совместной деятельности правого и левого полушарий. Поэтому при очаговом поражении головного мозга, замедлении темпа его созревания, рассогласовании деятельности полушарий отмечаются разнообразные расстройства формирования речи. [2]

В большой степени речевые расстройства обусловлены малой занятостью больных детей предметно-практической деятельностью, сравнительно небольшим жизненным опытом и общением с весьма ограниченным кругом лиц. В наиболее важные для развития речи периоды жизни ребенок с церебральным параличом находится в различных лечебных учреждениях. Если в них не уделяют достаточного внимания педагогической работе, речевое

развитие ребенка отстает от нормального. Отрицательно сказываются на развитии речи и реактивные состояния, иногда возникающие у больных детей в связи с изменением привычного образа жизни.

Неблагоприятное влияние на развитие речи оказывают допускаемые иногда родителями существенные ошибки в процессе воспитания. Если родители чрезмерно опекают ребенка, стремятся многое делать за него, предупреждают все его желания или выполняют их в ответ на жест и взгляд, потребность в деятельности, в частности в речевой, угасает. В таких случаях ребенок лишен важного для него речевого общения, которое является предпосылкой развития речи. Все перечисленные факторы в комплексе с двигательной патологией, ограничивающей возможности передвижения, определяют специфику нарушений доречевого и речевого развития детей с церебральными параличами. Жизненный опыт ребенка с церебральным параличом крайне беден, а окружающие его предметы и явления действительности настолько разнообразны, что без помощи взрослого и специального обучения он не может осмыслить то, что воспринимают его органы чувств. Словесное обозначение окружающих предметов закрепляется с трудом из-за слабости ощущения «двигательного образа слова» органами артикуляции. [47, с.22] Вследствие глазодвигательных расстройств, слабости ощупывающих движений рук, а также АШТ-рефлекса одновременное функционирование зрения и осязания затруднено, ассоциативные связи между зрительным и двигательно-кинестетическим анализаторами не образуются. В связи с этим, а также с нарушением манипулятивной деятельности и слабостью кинестетических ощущений уже с первых лет жизни отмечается аномальное развитие процесса чувственного познания окружающей действительности. Фонетико-фонематические нарушения, замедляющие общий темп речевого развития ребенка, усиливают специфические трудности развития у него целостного представления о предмете, что способствует недоразвитию лексико-семантической системы языка. [11, с.32]

Таким образом, речевое развитие ребенка с ДЦП связано с различными факторами, как внутренней так и внешней среды. Необходим комплексный подход к этой проблеме и привлечение таких специалистов как воспитатель, педагог, психолог, невролог и логопед. Немаловажную роль также, играют родители и климат в семье.

1.2. Особенности развития речи и его нарушения

1.2.1. Доречевое развитие детей с ДЦП

На I этапе (от рождения до 1,5 мес.) у больных угнетены рефлекс орального автоматизма: сосательный, глотательный, губной, хоботковый, поисковый и другие, что затрудняет как процесс кормления, так и развитие первых голосовых реакций. У некоторых детей крик в первые недели жизни отсутствует или тихий, в виде отдельных всхлипываний на вдохе, с носовым оттенком, иногда пронзительный, болезненный. Самые отчетливые нарушения крика наблюдаются у детей с тяжелой двигательной патологией, у которых в дальнейшем выявляется дизартрия или анартрия. В таких случаях на протяжении многих месяцев крик остается однообразным, без интонационной выразительности. Его электроакустический анализ свидетельствует о полном отсутствии дифференцировки между частотой основного тона и интенсивностью звука, т. е. об отсутствии коркового управления органами артикуляции. Крик преобладает над другими рефлексорными звуками, такими как кряхтение, ворчание, гуканье, которые у здорового ребенка появляются в конце первого - начале второго месяца жизни и выражают положительные эмоции. Расстройства крика при детских церебральных параличах часто сочетаются с псевдобульбарными или бульбарными нарушениями.

На II этапе доречевого развития (1,5-3 мес) у здорового ребенка некоторые рефлекс орального автоматизма (поисковый, хоботковый, ладонно-ротовой

рефлекс (Бабкина) постепенно ослабляются, начальные безусловнорефлекторные голосовые реакции (крик, кряхтение) приобретают коммуникативное значение, формируется слуховое внимание, появляются первые более дифференцированные звуки: вначале отдельные гортанные согласные, произносимые спонтанно или с целью подражания, тихо и чаще с закрытым ртом, затем (3 мес.) напевное произнесение гласных и согласных звуков (гуление).

В период, соответствующий второму этапу доречевого развития, у детей с церебральными параличами рефлексы орального автоматизма чрезмерно усилены, безусловно-рефлекторные голосовые реакции (крик, кряхтение) не приобретают коммуникативного значения. [9] Появлению гуления препятствует неполноценность функции мимических и речевых мышц, гипомимия, асимметрия лица, паретичность губных мышц, спастичность, гиперкинезы и тремор языка, неправильное положение языка в полости рта (напряжен, особенно в области корня, оттянут назад, кончик не выражен).

На III этапе доречевого развития (3-4,5 мес) у здорового ребенка появляется истинное гуление, которое отличается от начального разнообразием звуков с преобладанием сочетаний гортанных и гласных, продолжительностью, певучестью, интонационной вариабельностью и появлением в конце этапа сочетаний губных звуков с гласными («па», «ба»), что свидетельствует о переходе к следующему этапу - лепету.

У детей с церебральными параличами III этап доречевого развития крайне рудиментарен и наступает чаще всего к концу первого года жизни. Звуки гуления и лепета однообразные, тихие, редкие, кратковременные, без интонационной выразительности.

На IV этапе доречевого развития (5-12 мес) у здорового ребенка появляется лепет - соединение отдельных артикуляционных движений в линейную последовательность, имеющее важное значение для развития речи. На этом

этапе совершенствуется функция дыхания, удлиняется произвольный выдох, появляется контроль за высотой и громкостью голоса.

У детей с церебральными параличами в тяжелых случаях к концу первого года жизни более отчетливо проявляются нарушения тонуса в артикуляционных мышцах, ограничение произвольных движений языка, губ, насильственные движения, оральные синкинезии. Такие дети обычно не жуют, затрудняются пить из чашки, поперхиваются при еде. Для них характерны нарушения голоса и дыхания, отсутствие редукции рефлексов орального автоматизма, лепета. В более легких случаях, при наличии рудиментарного лепета, голосовые реакции однообразны, монотонны, ребенок не может произвольно контролировать высоту и громкость голоса.

Нарушение формирования голосовых реакций сочетается со слабостью слуховых дифференцировок на голос, тон, с недостаточностью слухового внимания и трудностями определения звука в пространстве, что задерживает развитие начального понимания обращенной речи. [54, с.73]

Таким образом, уже в доречевом периоде у детей страдающих ДЦП можно выявить патологию артикуляционно-моторных рефлексов, которые в дальнейшем будут влиять на развитие речевых нарушений.

1.2.2. Речевое развитие детей с ДЦП

При нормальном развитии все ее стороны - фонетическая, лексическая и грамматическая - внутренне взаимозависимы. У детей с церебральными параличами в результате нарушений функции артикуляционного аппарата недоразвита прежде всего фонетическая сторона речи, стойко нарушено произношение звуков. На начальном этапе речевого развития многие звуки отсутствуют, в дальнейшем часть из них произносится искаженно либо заменяется близкими по артикуляции, что приводит к невнятности речи и ограничению общения со сверстниками и взрослыми.

Речедвигательные затруднения вторично приводят к нарушению анализа звукового состава слов. Дети не различают звуки на слух, не могут повторять слоговые ряды, выделять звуки в словах, т.е. недостаточность произношения тормозит нормальное развитие фонематического восприятия.

При церебральных параличах возможно не только медленное, но и атипичное развитие речи. Это прежде всего проявляется в патологическом усвоении фонем, не совпадающем с его последовательностью их усвоения в нормальном онтогенезе. Уже на ранних этапах овладения фонетикой могут появляться дефектные артикуляционные уклады, которые закрепляются по мере формирования патологического речевого стереотипа. Это, в свою очередь, задерживает развитие лексико-грамматической стороны речи. [39]

Активный словарь (лексика) у детей с церебральными параличами в первые годы жизни увеличивается крайне медленно и даже в школьном возрасте обычно не достигает возрастной нормы пятилетнего ребенка.

С большим трудом больные усваивают слова, обозначающие действия, пространственно-временные отношения, абстрактные понятия; у них возникают затруднения при построении предложений, согласовании сказуемого с подлежащим, употреблении правильных падежных окончаний. В дошкольном возрасте дети обычно общаются с окружающими с помощью простых коротких предложений, а иногда и однословных стереотипных ответов.

Для нарушений речевого развития в дошкольном возрасте характерно отставание в усвоении отдельных языковых категорий, особенно предлогов. Двигательный дефект ограничивает практическую и игровую деятельность, в связи с чем с трудом усваиваются отношения и связи между предметами и явлениями окружающей действительности, что затрудняет их выражение в речи. Кроме того, нарушение пространственных и временных представлений у детей с церебральными параличами определяет трудности формирования слов, обозначающих эти понятия. [41, с.32]

Специфические затруднения связаны с анализом морфемной структуры слов. Даже к началу школьного обучения дети не могут выполнить задания на выделение корня слова, определение его звукобуквенного состава и значения. В дошкольном и в школьном возрасте характерно также отставание в усвоении лексических значений слов. В ряде случаев дети заменяют одно слово другим, совпадающим с правильным по звучанию, легко смешивают значение исходного слова с лексическими значениями других, находящихся с ним в отношениях синонимической зависимости, иногда вычленивают в слове лишь конкретное значение, не понимая его истинного смысла. Особые трудности возникают при анализе многозначных слов, установлении функциональной общности между значениями многозначного слова. Ограничены семантические представления, языковые абстракции и обобщения.

Характерные нарушения лексики у детей с церебральными параличами обусловлены спецификой заболевания. Количественное уменьшение словаря и медленное его формирование при спонтанном развитии в значительной степени связаны с ограниченностью, неполнотой, несистематизированностью, а порой и ошибочностью знаний и представлений о предметах и явлениях окружающей действительности. Это связано с общим нарушением развития анализаторной деятельности, трудностями формирования комплексных ассоциаций из-за дефектности двигательного-кинестетического анализатора. Так, у детей с церебральными параличами часто возникают специфические трудности в формировании целостного представления о предмете и его основных качествах, например нарушение восприятия формы и объемности тела. Ребенок не может самостоятельно найти сходное в разном и отличить похожие предметы друг от друга по существенным признакам. Это обусловлено не только моторными нарушениями, но и недостаточностью языковых операций на уровне процессов, связанных с выбором слова. [43]

Системный принцип речевого развития позволяет понять особенности нарушения грамматического строя речи у детей с церебральными параличами.

Недостаточная сформированность грамматической стороны речи может быть обусловлена описанными выше нарушениями лексики. Известно, что каждое слово в речи функционирует как словоформа, т.е. в нем одновременно воспринимаются лексическое и грамматическое значения. Грамматическое значение слова обусловлено его лексическим значением. При этом лексическое значение становится предельно обобщенным, абстрактным понятием. Например: дети узнают, что имя существительное обозначает предмет, «Предмет» как лексическая категория приобретает предельно обобщенный смысл и новое качество, которое и обозначается термином «имя существительное». Недостаточная сформированность абстрактного значения слов у детей с церебральными параличами задерживает усвоение ими грамматического строя речи.

Дефекты фонетико-фонематической стороны речи также неблагоприятно влияют на развитие грамматических навыков. Системный подход раскрывает взаимосвязь звуковой стороны слова с его лексическим и грамматическим значением. Замена звуков в слове часто придает ему новое грамматическое значение. Нарушение фонетико-фонематического, этического развития ограничивает не только накопление запаса слов, но и грамматических средств. В норме развитие грамматического строя языка начинается рано и наиболее интенсивно в первые 3 года жизни. К этому времени ребенок оперирует уже всеми частями речи и основными грамматическими категориями. [45, с.46]

Дети с церебральными параличами из-за ограниченности речевого общения, недостаточности слухового восприятия, внимания к звуковой стороне и низкой речевой активности грамматические формы и категории усваивают крайне слабо. Кроме того, затруднения в овладении грамматическим строем языка у детей с церебральными параличами в значительной степени обусловлены нарушением их познавательной деятельности. Недостаточность грамматического строя речи особенно выражена при сочетании двигательных нарушений со снижением интеллекта.

В норме темп развития речи в первые 5 лет очень высок. В возрасте 1 года ребенок способен произносить всего несколько слов, в 5 лет - более 2000 слов. При церебральных параличах темп развития речи в первые годы жизни крайне замедлен: первые слова обычно появляются к 2 - 3 годам, фразовая речь формируется к 4 - 5 годам. Индивидуальные сроки речевого развития значительно колеблются в зависимости от локализации и тяжести поражения мозга, состояния интеллекта, времени начала логопедической работы и других факторов.

Таким образом, у детей с церебральными параличами при отсутствии коррекционных мероприятий к началу школьного обучения не формируется лингвистическая готовность к усвоению программного материала по русскому языку. Кроме того, в школьном возрасте часто более отчетливо выявляется недостаточная сформированность связной речи и понимания речевого сообщения.

Для формирования связной речи необходимо тесное взаимодействие фонологических, грамматических и лексических умений и навыков. Связная речь и в норме развивается медленнее, чем фразовая. Так, если здоровый ребенок обычно к трем годам владеет фразовой речью, то связная речь у него и к пяти годам еще развита недостаточно. М. М. Кольцова видит механизм этого явления в том, что отдельные фразы усваиваются как стереотипы, которые ребенок воспроизводит в значительной степени на основе подражания, тогда как целое сообщение требует выделения смысловой связи, образования более сложных систем нового уровня интеграции. [4, с.89]

Нарушения формирования связной речи у детей с церебральными параличами достаточно полиморфны. В одних случаях недостаточен смысловой уровень организации связной речи, дети с трудом называют предметы, подбирают нужные слова, развернутая связная речь у них упрощена, в высказываниях отсутствуют формулировки, выражающие логико-грамматические отношения, и вместо них преобладают заученные

фразеологические обороты. Обычно это сочетается с недостаточным пониманием логико-грамматических отношений, особенно таких обратимых структур, как «отец брата» или «брат отца». Возможны слабость мотивации речевого высказывания, недостаточная направленность речевой деятельности. Во всех случаях вследствие общих двигательного-тонических нарушений связная речь затрудняется (отсутствует плавность, наблюдаются замедленность, остановки, трудности в переходе от фразы к фразе).

Процесс понимания речевого сообщения имеет сложную мозговую организацию и осуществляется на двух уровнях - расшифровка воспринимаемых языковых кодов и понимание глубинного смысла высказывания. Первый уровень включает понимание фонематических и лексических языковых кодов, логико-грамматических отношений и синтагматического строя связной речи. Его нарушение описано у больных с афазией при поражении отдельных гностических зон коры левого полушария, а также у больных с моторной афазией. Второй уровень декодирования речевого сообщения требует активной мозговой деятельности, произвольной высокоразвитой регуляции психических процессов и нарушается главным образом у больных с поражением лобных отделов коры большого мозга. [30] Процесс понимания речи, особенно глубинного смысла высказывания, также непосредственно связан с обобщенным отражением окружающей действительности и развитием абстрактного мышления. Поэтому специфика патогенеза детских церебральных параличей - нарушение постнатального созревания мозга, в частности корковых гностических и премоторно-лобных зон коры большого мозга, а также особенности самого заболевания, ограничивающие и порой делающие невозможной предметно-практическую деятельность ребенка и накопление им практического опыта, не могут не сказаться на понимании обращенной к нему речи.

Качественные особенности нарушений понимания обращенной речи при церебральных параличах также достаточно полиморфны. В одних случаях

затруднено различение фраз с правильным и неправильным синтаксическим согласованием слов, а также понимание сложных грамматических конструкций, содержащих последовательные подчинения, таких, например, как «ручка, которой ученик писал в тетради сочинения, была шариковой»; в других - больные недостаточно понимают обратные конструкции типа «брат отца - отец брата», что отражается на осмыслении рассказов, условий задач, особенно косвенных, и другого программного материала.

Иногда недостаточность понимания обращений речи менее специфична и обусловлена в основном ограниченным словарным запасом, недостаточностью знаний и представлений об окружающем, малым практическим опытом. Дети плохо понимают значение глаголов, обозначающих передвижение, особенно тех, которые при помощи приставок показывают изменение действий, например: «шел - перешел; вошел - подошел; ушел - прошел» и т. п.

В ряде случаев недостаточность понимания обращенной речи обусловлена неточным восприятием некоторых фонем, тогда вторично нарушено понимание атрибутивных конструкций, окончаний единственного и множественного числа, затруднено выполнение заданий типа «покажи, где нарисована собака и где нарисованы собаки». Подобные нарушения особенно часты у детей с гиперкинетической формой церебрального паралича, со специфической недостаточностью слухового восприятия, а также трудно дифференцирующих близкие по звучанию фонемы. В школьном возрасте нередко нарушается также и формирование письменной речи.

Таким образом, для детей с церебральными параличами характерны различные формы речевого дизонтогенеза, проявляющиеся как в виде обратимых нарушений - задержек речевого развития, так и более стойких системных расстройств - общего недоразвития речи.

Клинические формы речевых нарушений при детских церебральных параличах крайне разнообразны, что связано с вовлечением в патологический процесс разных мозговых структур. Речевые расстройства целесообразно

подразделять на следующие формы: дизартрию – нарушение произносительной стороны речи из-за патологической иннервации речевых мышц; алалию – системное недоразвитие речи в результате поражения или дисфункции корковых речевых зон; нарушения письменной речи – дислексию, дисграфию. Кроме того, под влиянием неблагоприятных внешних факторов могут возникать невротические и неврозоподобные нарушения речи по типу мутизма и заикания.

Нарушения голоса проявляются в мелодико-интонационных расстройствах, в наибольшей степени влияющих на разборчивость, эмоциональную выразительность речи. Нарушения голоса связаны с парезами и параличами мышц языка, губ, мягкого неба, голосовых складок гортани. Особенно большое влияние на голос оказывают мышцы гортани, натягивающие истинные голосовые связки. Так, при спастическом сокращении мышц голосового аппарата в некоторых случаях полностью исключается возможность их вибрации, в результате чего затрудняется процесс образования звонких согласных и они заменяются глухими. Вибрация голосовых связок нарушается также при гипотонии и паретичности мышц, но в этом случае сила голоса становится минимальной. Степень нарушения голосообразования и его особенности связаны также с дискоординацией работы мышц гортани, недостаточностью проприоцептивной им пульсации от органов артикуляции, дыхания и голосообразования. [8, с.231]

Аномалии голоса у детей с церебральными параличами разнообразны и зависят от формы дизартрии. Чаще всего они характеризуются недостаточной силой голоса (слабый, тихий, иссякающий в процессе речи), нарушениями его тембра (глухой, назализированный, хриплый, монотонный, сдавленный, гортанный, напряженный, прерывистый и т. д.), слабой выраженностью или отсутствием голосовых модуляций (ребенок не может произвольно менять высоту тона). Полное или почти полное отсутствие возможности звукопроизношения вследствие нарушения иннервации мышц речевого

аппарата называется *анартрией*. Она бывает при всех формах церебральных параличей, но чаще - при двусторонней гемиплегии.

Среди различных нарушений речи наибольшую сложность для диагностики и коррекции представляет особая форма речевой патологии, которая в отечественной литературе обозначается термином «*алалия*». Зарубежные авторы называют ее «афазией развития», «врожденной афазией», «конституциональной задержкой речи». Различают моторную и сенсорную алалию. При моторной алалии нарушено развитие экспрессивной речи, поэтому некоторые авторы пользуются термином «экспрессивная алалия». [29, с.133]

В одних случаях нарушается формирование слоговой структуры слова, дети затрудняются в переключении с одного слова на другое, в других - преобладает недоразвитие навыков правильной артикуляции. В отличие от дизартрии, при алалии артикуляционная моторика не нарушена и артикуляционные возможности для правильного произношения большинства звуков речи сохранены. Иными словами, на неречевом уровне ребенок может выполнить все артикуляционные движения, но затрудняется реализовать эти возможности на «речевом знаковом уровне».

При сенсорной алалии преимущественно нарушено понимание обращенной речи вопреки сохранности слуха и познавательной деятельности. В случае первичного недоразвития импрессивной речи ребенок не только не понимает обращенную к нему речь, но и не говорит сам. Интонационно-ритмическая сторона речи может быть относительно сохранной. Для детей с сенсорной алалией характерны повышенная эмоциональная возбудимость, двигательное беспокойство, неустойчивость слухового внимания, снижение интеллекта. Сенсорная алалия наблюдается преимущественно при гиперкинетической форме церебрального паралича.

Заикание и мутизм у детей с церебральными параличами обычно имеют сложный невротически-неврозоподобный генез, т. е. в возникновении этих речевых расстройств играют роль как психические травмы (испуг, изменение

привычного жизненного стереотипа, разлука с близкими, различной рода волнения и переживания, страх ответа в новой обстановке в связи с выраженными нарушениями звукопроизношения, ошибки воспитания и др.), так и органические нарушения речедвигательной функции. Особенностью заикания при церебральном параличе является преобладание клонико-тонических судорог в дыхательно-вокальных и артикуляционных мышцах. Заикание обычно стойкое, сопровождается выраженными сомато-вегетативными расстройствами, усиливается в пубертатном возрасте. У детей с церебральными параличами возможно также органическое заикание, чаще возникающее на фоне мозжечковой или экстрапирамидной дизартрии, для которой характерны особая выраженность насильственных движений в речевых и скелетных мышцах, стойкость проявлений и резистентность к терапии. [12]

Дети с церебральными параличами с трудом овладевают навыками чтения и письма. Нарушения письменной речи - дислексия и дисграфия - обычно сочетаются с недоразвитием устной речи и бывают при различных формах дизартрии. При дислексии наблюдаются своеобразные затруднения в усвоении навыка чтения: перестановки букв, смешение сходных по начертанию букв, пропуски строчек. Длительное время дети читают медленно, по слогам, часто пытаются угадать слово.

Одновременно с нарушениями чтения у таких детей отмечают трудности в овладении письмом. Они с трудом соединяют буквы в слова, а слова во фразы, искажают графический образ букв, заменяют, пропускают и переставляют буквы и слоги.

Нарушение чтения и письма у детей с церебральными параличами может быть связано с недостаточностью движений глаз, отсутствием синхронности их движения вдоль строки, сужением полей зрения, специфическими оптико-гностическими расстройствами. Для овладения навыком письма необходимы полноценный фонематический слух и звуковой анализ, постоянная связь и взаимодействие речеслуховой, речедвигательной и зрительно-моторной систем.

Ребенок должен не только выделять звуковые элементы, но и перешифровывать их в графемы, а графемы - в кинемы (изображение оптико-пространственного знака на плоскости). Кроме того, необходимы операции замысла и отбора слов, а также высокий уровень аналитико-синтетической и произвольной деятельности. При детских церебральных параличах каждая из этих необходимых для письма операций может быть недостаточной, что определяет специфические трудности в овладении письменной речью. [11] Нередко это может быть связано с несформированностью умственных действий в области звукового анализа, и тогда даже при развитой устной речи дети не готовы к обучению грамоте, либо с недостаточностью зрительных впечатлений и представлений, недоразвитием оптико-пространственного гнозиса. В этих случаях дети не узнают буквы, долго не запоминают их и не осознают как графемы, в письме буквы, особенно сходные по начертанию, смешивают. Если нарушение обусловлено недостаточностью зрительных представлений, способность к списыванию сохраняется; если в его основе лежит несформированность оптико-пространственных представлений, то и списывание вызывает у ребенка определенные, иногда значительные, трудности.

Характерной особенностью нарушения письма у детей с церебральными параличами является его зеркальность, особенно на начальных этапах обучения. Зеркальность письма наиболее часто отмечается у детей с правосторонним гемипарезом при письме левой рукой. Дети рисуют и пишут справа налево и асимметричные буквы изображают зеркально. Они путают сходные по написанию графемы, искажая смысл слов, пропускают слоги и буквы, смешивают и заменяют согласные, близкие по месту и способу артикуляции, например, «п» на «л», «л» на «д». Проговаривание вызывает еще более выраженные смешения.

Специфические затруднения при письме чаще всего обусловлены недостаточностью взаимосвязи зрительных образов слов с их звуковыми и

артикуляционными выражениями, в связи с чем дети легко забывают изображения букв. Трудности при письме также могут быть связаны с несформированностью зрительно-моторной координации; в таких случаях ребенок не может проследить за движением пишущей руки. Это нарушает слитное написание слов или отдельных слогов, приводит к пропускам, перестановкам слогов и слов, повторению одних и тех же букв, слогов, слов. Определенные трудности у многих детей с параличами возникают при написании изложения и сочинения, что можно объяснить также недостаточностью операций замысла и отбора слов. [40, с.82]

Таким образом, речевые нарушения у детей с церебральными параличами редко бывают изолированными, чаще они сочетаются и зависят от формы и тяжести параличей.

1.3. Дизартрия. Этиология, клиника и патогенез

При дизартрии нарушение звукопроизношения и голоса обусловлено поражением речедвигательных механизмов центральной нервной системы.

К особенностям нарушения моторики артикуляционного аппарата при дизартрии относятся: недостаточность произвольных артикуляционных движений, нарушение мышечного тонуса в речевом аппарате и проприоцептивной афферентной им пульсации от него, наличие гиперкинезов и других непроизвольных движений, влияние патологических тонических рефлексов на мышцы артикуляторного аппарата. [24, с.136]

Недостаточность произвольных артикуляционных движений обусловлена поражением корковоядерных путей и черепных нервов, иннервирующих мышцы речевого аппарата, и проявляется псевдобульбарным или бульбарным синдромами в виде нарушения дыхания, глотания, голосообразования, ограниченной подвижности языка, затрудненного жевания, поперхивания во время еды и др. Произвольные движения губ ограничены, а в ряде случаев

невозможны (дети не могут вытянуть губы вперед, сделать «хоботок» и т. п.). При поражении мышц губ затрудняется произношение как гласных, так и согласных звуков, из гласных - особенно лабиализированных звуков (о, у), из согласных - губно-губных смычных звуков (п, п', б, б' м, м') Из-за малой подвижности губ нередко нарушается артикуляция в целом, так как движения губ меняют размер и форму преддверия рта, оказывая тем самым влияние на резонирование полости рта. Стойкость звукопроизносительных дефектов зависит от тяжести артикуляционных расстройств.

Особенно часто нарушается звукопроизношение при недостаточной подвижности мышц языка, в частности его кончика. В этих случаях затрудняется произношение большинства звуков, требующих подъема кончика языка вверх или сочетанной работы нескольких мышц языка. При ограничении движения языка вниз ребенку тяжело произносить шипящие и свистящие звуки, гласные переднего ряда (и, э), при ограничении движения назад - расстраивается артикуляция заднеязычных звуков (г, к, х), а также гласных среднего и нижнего подъема (э, о, а). Звукопроизношение еще более нарушено при ограничении подвижности мышц мягкого неба; голос в этих случаях приобретает носовой оттенок. [27]

Характер нарушений мышечного тонуса в артикуляционных мышцах зависит от локализации поражения и влияния патологических тонических рефлексов. Лабиринтный тонический рефлекс повышает тонус мышц корня языка, затрудняя формирование произвольных голосовых реакций, мешает произношению большинства звуков, требующих движений языка. При выраженном асимметричном шейном тоническом рефлексе мышечный тонус в артикуляционном аппарате повышается асимметрично, больше на стороне, куда повернут затылок; язык в полости рта также асимметричен. За счет симметричного шейного тонического рефлекса создаются неблагоприятные условия для дыхания, произвольного открывания рта, движения языка вперед.

Этот рефлекс вызывает повышение мышечного тонуса в спинке языка; кончик языка фиксирован, плохо выражен и часто имеет форму лодочки.

При спастичности артикуляционных мышц тонус в мышцах языка и губ постоянно повышен, язык напряжен, оттянут кзади, спинка его спастически изогнута, приподнята вверх, кончик языка не выражен. Такое положение языка способствует смягчению согласных звуков, т.е. палатализации. Поскольку в русском языке палатализация имеет самостоятельное фонематическое значение, подобное нарушение способствует фонематическому недоразвитию. Так, произносятся одинаково такие слова, как «пыль - пыл», «моль - мол», ребенок не всегда дифференцирует их по значению. Повышение мышечного тонуса в круговой мышце рта приводит к специфическому напряжению губ, плотному смыканию рта, резкому ограничению активных движений органов артикуляции. Спастичность артикуляционных мышц часто сочетается с повышением тонуса в мышцах лица, туловища, шеи, что еще более ограничивает произвольные движения в артикуляционном аппарате.

Грудино-ключично-сосцевидные мышцы у детей с церебральными параличами могут быть спастически напряжены с одной или с обеих сторон, что усиливает неправильное положение головы ребенка, препятствует ее активным движениям, достаточному развитию ключичного дыхания. Напряжение мышц шеи еще более ограничивает подвижность мышц дна полости рта и корня языка, а также движения нижней челюсти. [29, с.15]

Спастичность мышц артикуляционного аппарата наряду с синкинезиями в артикуляционных и скелетных мышцах наиболее характерна для *псевдобульбарной* формы дизартрии, наблюдаемой при двусторонней гемиплегии, гемипарезах и спастической диплегии.

В случае гипотонии артикуляционных мышц губы вялые, плотно не смыкаются, рот обычно полуоткрыт, выражена саливация, язык тонкий, распластаный в полости рта; движения его неточные, с гиперметрией, иногда при целенаправленных движениях отмечается тремор. Гипотония мышц

мягкого нёба препятствует достаточному движению небной занавески вверх, прижатию ее к задней стенке зева, и струя воздуха главным образом выходит через нос, что приводит к назализации звуков. Нарушается произношение губно-губных смычных шумных согласных (п, п', б, б'), затруднена также палатализация, в связи с чем произношение глухих смычных согласных особенно изменено. Кроме того, для образования глухого смычка необходима более энергичная работа обеих губ, отсутствующая при гипотонии. Легче произносятся губно-губные смычные носовые сонанты (м, м'), а также губно-зубные щелевые шумные согласные, артикуляция которых требует неплотного смыкания нижней губы с верхними зубами и образования плоской щели (ф, ф', в, в'). Однако звуки «в», «ф» произносятся обычно без собственной им веляризации, так как при гипотонии задняя часть спинки языка часто поднимается к мягкому небу. Кроме того, эти звуки могут иметь носовой оттенок.

При гипотонии нарушается произношение и переднеязычных смычных шумных согласных (т, т', д, д'), искажается артикуляция переднеязычных щелевых согласных (ш, ж,); возможны различные виды сигматизма (чаще межзубного и бокового) и другие нарушения артикуляции.

Гипотония артикуляционных мышц характерна для *мозжечковой* формы дизартрии, при которой резко десинхронизированы дыхание, фонация и артикуляция. Речь замедленная, толчкообразная, с нарушенной модуляцией, затуханием голоса к концу фразы (скандированная речь). Мозжечковая форма дизартрии бывает при атактической форме церебрального паралича.

При мышечной дистонии в покое тонус в артикуляционном аппарате низкий, а при попытках что-то сказать резко возрастает. Дистония значительно искажает артикуляцию. [39] Характерная особенность - непостоянство, замена и пропуск звуков. Дистония артикуляционных мышц обычно сочетается с гиперкинезами мышц лица, языка, губ; возможны также гиперкинезы в мышцах диафрагмы, межреберных мышцах, в связи с чем нарушаются дыхание,

плавность речи. Дистония и гиперкинезы артикуляционных мышц наблюдаются при *экстрапирамидной дизартрии*, характерной для гиперкинетической формы церебрального паралича. Нарушение звукопроизношения при этой форме дизартрии обусловлено как мышечной дистонией и гиперкинезами, так и патологической проприоцептивной афферентацией от мышц речевого аппарата. Объем артикуляционных движений при экстрапирамидной дизартрии, в отличие от псевдобульбарной, может быть достаточным. Особенно трудно ребенку сохранять артикуляционную позу и ее ощущение, поэтому экстрапирамидная дизартрия часто сопровождается кинестетической диспраксией.

Глубина нарушения мышечного тонуса при экстрапирамидной дизартрии резко меняется под влиянием патологических тонических рефлексов, содружественных реакций, эмоционального состояния ребенка и различных внешних воздействий. Дистония или даже гипотония с трудностями удержания артикуляционной позы в состоянии покоя сменяется резким повышением мышечного тонуса вплоть до ригидности при попытке что-то сказать в состоянии эмоционального напряжения: язык собирается в комок, подтягивается к корню, резко напрягается, и ребенок не может произнести ни звука. Столь же резко тонус может повыситься в мышцах голосового аппарата, в дыхательных мышцах. При менее выраженной дистонии ребенок более свободно включается в речь, но его речь смазанная, невнятная, голос с гнусавым оттенком, резко нарушена просодическая сторона речи, ее интонационно-мелодическая структура, темп.

Особенность экстрапирамидной дизартрии - отсутствие стабильных нарушений звукопроизношения, а также чрезвычайная сложность автоматизации звуков. Экстрапирамидная дизартрия значительно утяжеляется при наличии стволковой симптоматики, так как резко усиливается ригидность в речевых и скелетных мышцах под влиянием патологических тонических рефлексов. Бульбарные и псевдобульбарные расстройства, нарушение дыхания,

синкинезии и оральные автоматизмы иногда в виде насильственных сосательных движений мешают звукопроизношению. Подобная форма дизартрии наблюдается при двусторонней гемиплегии. Экстрапирамидная дизартрия нередко сочетается с нарушениями по типу нейросенсорных расстройств, прежде всего слуха на высокие тона. [28, с.54]

Особенностью дизартрии при детских церебральных параличах является патологическая проприоцептивная афферентная импульсация от мышц артикуляционного аппарата; этим обусловлена слабость ощущений и движений органов артикуляции. Дети недостаточно ощущают положение языка, губ, путают направление их движений, затрудняются даже по подражанию воспроизводить и сохранять артикуляционные уклады языка, губ. В некоторых случаях, выучившись выполнять то или иное движение в виде подражания, они не могут его повторить уже через короткий промежуток времени. Это обусловлено нестойкостью кинестетического следового образа в артикуляционных мышцах. Поэтому даже при незначительных парезах мышц артикуляционного аппарата возможны выраженные нарушения звукопроизношения.

Слабость кинестетических ощущений органов артикуляции является причиной оральной диспраксии у детей с церебральными параличами. В некоторых случаях именно нарушением артикуляционного праксиса главным образом и обусловлена недостаточность звукопроизношения. У одних детей преобладает слабость кинестетического праксиса - так называемый кинестетический вариант корковой афферентной апраксической дизартрии. Он обусловлен односторонним поражением коры доминантного (обычно левого) полушария мозга в нижних постцентральных отделах коры. При этом расстраивается произнесение согласных звуков, особенно шипящих и аффрикатов. Нарушения артикуляции обычно непостоянны и неоднозначны. «Поиск» нужного артикуляционного уклада в момент речи замедляет ее темп и нарушает плавность. При исследовании артикуляционного праксиса отмечают,

что дети с трудом ощущают и воспроизводят определенные артикуляционные уклады. Кроме того, возможна недостаточность лицевого гнозиса: ребенок затрудняется четко определить точечное прикосновение к определенным участкам лица, особенно в области артикуляционного аппарата.

У других детей преобладает недостаточность динамического кинетического праксиса - кинетический вариант корковой афферентной апраксической дизартрии. Эта патология наблюдается также при односторонних поражениях коры доминантного полушария в нижних отделах премоторной области коры. Из-за нарушения кинетического праксиса затрудняется произнесение сложных аффрикатов, которые могут распадаться на составные части; кроме того, щелевые звуки заменяются смычными (з-д), возможны пропуски звуков в сочетаниях согласных. Речь ребенка напряженная, замедленная. При исследовании артикуляционного праксиса отмечают трудности воспроизведения серии последовательных движений по заданию (по показу или по словесной инструкции). Кинетический и кинестетический варианты афферентной корковой дизартрии в изолированном виде встречаются редко, чаще они сочетаются.

При афферентной корковой дизартрии нарушение речи обычно не ограничивается расстройствами фонетической системы. Недостаточность речевых кинестезии препятствует формированию активного и пассивного словаря, грамматического строя речи, письма и чтения. Новые слова осваиваются и вводятся в речь с большим трудом. Речевая функция легко тормозится при действии различных раздражителей, нарушено формирование развернутого речевого высказывания. При *эфферентной корковой дизартрии* недостаточность артикуляционной моторики более ограниченная и не сопровождается выраженными нарушениями мышечного тонуса и артикуляционного праксиса. [41] В этих случаях при обследовании выявляют избирательный спастический парез мышц речевого аппарата. Поражаются главным образом наиболее тонкие изолированные движения, особенно

поднимание кончика языка вверх, что сказывается преимущественно на произношении переднеязычных звуков, в частности какуминальных согласных, образующихся при поднятом и слегка загнутом кверху кончике языка (ш, ж, р). Достаточно трудны для произношения также апикальные согласные, для образования которых необходимо сближение кончика языка с верхними зубами или альвеолами (л). В некоторых, более легких случаях нарушаются только темп и скорость тонких дифференцированных движений мышц кончика языка, что проявляется в замедленном произношении переднеязычных звуков, слогов и слов с этими звуками. Эфферентная корковая дизартрия чаще наблюдается при гемипарезах и спастической диплегии.

Нарушение артикуляционной моторики при дизартрии часто осложняется нередуцированными рефлексамии орального автоматизма: сосательным, хоботковым, поисковым, ладонно-ротовым (рефлекс Бабкина), особенно выраженными при псевдобульбарной дизартрии. Недостаточность артикуляционной моторики при дизартрии сочетается с расстройствами дыхания и голосообразования. У детей с церебральными параличами преобладает брюшное или учащенное, поверхностное дыхание. Его ритм легко нарушается - в момент речи дыхание учащается, за произнесением звуков следуют поверхностные судорожные вдохи. Часто нарушена координация между дыханием, фонацией и артикуляцией, что наиболее характерно для мозжечковой формы дизартрии. Во всех случаях укорочен активный выдох, обычно через нос, несмотря на постоянно полуоткрытый рот. Дыхательные нарушения особенно выражены при гиперкинетической форме церебрального паралича. У этих детей схема дыхательных движений может быть извращенной за счет спазматических сокращений брюшных мышц и рассогласованности в работе мышц, осуществляющих вдох и выдох. Гиперкинезы дыхательных мышц затрудняют, а порой делают невозможным произвольный контроль за дыхательными движениями. Нарушения дыхания значительно усиливаются при выраженности патологических тонических рефлексов.

Таким образом, дизартрия является основным и часто встречающимся речевым нарушением у детей с ДЦП. Виды дизартрии зависят от форм и тяжести параличей и парезов. Это необходимо учитывать при диагностике и планировании коррекционно-логопедических и лечебных мероприятий.

1.4. Сравнительный анализ методик коррекционно-логопедической работы при ДЦП

Основные цели коррекционной работы при ДЦП подробно описаны в учебном пособии Л.М. Шипицыной и И.И. Мамайчук «Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата». Это оказание детям медицинской, психологической, педагогической, логопедической и социальной помощи, обеспечение максимально полной и ранней социальной адаптации, общего и профессионального обучения. Очень важно развитие позитивного отношения к жизни, обществу, семье, обучению и труду. Эффективность лечебно-педагогических мероприятий определяется своевременностью, взаимосвязанностью, непрерывностью, преемственностью в работе различных звеньев. Лечебно-педагогическая работа должна носить комплексный характер. Важное условие комплексного воздействия - согласованность действий специалистов различного профиля: невропатолога, психоневролога, врача ЛФК, логопеда, дефектолога, психолога, воспитателя. Необходима их общая позиция при обследовании, лечении, психолого-педагогической и логопедической коррекции.

Основными направлениями коррекционно-педагогической работы в раннем и дошкольном возрасте являются:

- развитие эмоционального, речевого, предметно-действенного и игрового общения с окружающими;

- стимуляция сенсорных функций (зрительного, слухового, кинестетического восприятия и стереогноза). Формирование пространственных и временных представлений, коррекция их нарушений;
- развитие предпосылок к интеллектуальной деятельности (внимания, памяти, воображения);
- формирование математических представлений;
- развитие зрительно-моторной координации и функциональных возможностей кисти и пальцев; подготовка к овладению письмом; воспитание навыков самообслуживания и гигиены.

Значительное место в коррекционно-педагогической работе при ДЦП отводится логопедической работе. Ее основными задачами являются:

- развитие речевого дыхания, голоса, просодики;
- формирование силы, продолжительности, управляемости голоса в речевом потоке;
- выработка синхронности дыхания, голоса и артикуляции;
- коррекция нарушений произношения.

Система коррекционно-логопедической работы предусматривает онтогенетическое последовательное развитие сенсорных функций речи и интеллекта, предупреждение и коррекция их нарушений, следует проводить с первых месяцев жизни. Методика занятий определяется структурой речевой и психической недостаточности, тяжестью двигательных расстройств и возрастом ребенка.

Впервые в практике обучения грамоте К.Д.Ушинским был выделен этап для введения детей в звуковую действительность языка, то есть формирование фонематического слуха и фонематического восприятия, а также формирование осознания звукового строения речи до знакомства с буквами. К.Д.Ушинский разработал специальную систему упражнений, которая подготавливала детей к овладению чтением и письмом, и возвел это в

принцип начального обучения грамоте. Цель этих упражнений заключалась в том, чтобы:

- 1) приучить слух ребенка к умению отыскивать отдельный звук в слове;
- 2) учить ребенка правильно и отчетливо произносить звуки;
- 3) развивать умения ребенка к анализу и синтезу слов, представленных в уме.

Рассмотрим эти упражнения, которые до сих пор широко используются в процессе обучения детей:

- угадывание заданных звуков в словах;
- подбор детьми слов с заданным звуком;
- разложение слова на слоги;
- разложение слогов на звуки;
- сложение слогов из звуков;
- замена в словах одних звуков другими, причем с изменением одного звука, значение всего слова изменяется;
- добавление звука в конце слова;
- перестановка звуков, при которой меняется значение слова.

Методика Л.В.Лопатиной по преодолению фонетико-фонематических нарушений у старших дошкольников со стёртой дизартрией изложена в пособии «Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста». Данная методика включает в себя следующие разделы:

- 1 – развитие ручной моторики и моторики артикуляционного аппарата.
- 2 – формирование правильной артикуляции звуков и автоматизма их произношения в различных фонетических условиях.
- 3 – формирование интонационной выразительности речи.
- 4 – формирование восприятия устной речи.

Методика Л.В.Лопатиной по формированию звукопроизношения и фонематической стороны речи решает следующие задачи:

- формирование психофизиологических механизмов, обеспечивающих овладение фонетической стороной речи (сенсорных и моторных звеньев речевого процесса);

- формирование речевых навыков фонетически правильной речи, интонационной выразительности.

Существует метод искусственной локальной гипотермии в коррекции дизартрии у детей с ДЦП описанный К.А. Семеновой, О.В. Степанченко, Л.И. Виноградовой, И.И. Панченко.

Метод искусственной локальной гипотермии (ИЛГ) осуществляется следующим образом: ледяную крошку в хлопчатобумажной (марля, бинт) упаковке, соответствующей размерам лицевого черепа ребенка, накладывают поочередно на мышцы речедвигательного аппарата — круговую мышцу рта, большую скуловую мышцу, мышцу смеха, ментальную мышцу, буцина-торы в области подбородка и параоральной зоны. Продолжительность экспозиции ледяной аппликации во время одного сеанса суммарно от 2 до 7 мин; одномоментное наложение льда на одну из заинтересованных зон криовоздействия от 5 до 30 с. Курс лечения составляет 15 - 20 сеансов, проводимых ежедневно. Сразу после сеанса ИЛГ проводятся занятия логопеда с больным по выработке новых речедвигательных навыков, постепенно переходящих в речевые.

«Логопедическое пособие для занятий с детьми» Богомоловой представлено на 207 страницах. Предлагаемая методика исправления нарушения произношения характеризуется некоторыми особенностями:

- при постановке звука работа начинается с воспроизведения элементов артикуляции данного звука;

- вводится длительное произношение ставящегося звука в упражнениях на словах, слоговое их произнесение;

- тренировочные упражнения упорядочены с постепенным переходом от лёгкого к трудному;

- использованы произведения Толстого Л.Н., Маршака С.Я., Барто А.Л., Чуковского К.И.;

- для исключения слов, мешающих отработке нужного звука, некоторые тексты адаптированы автором.

Методика зондового массажа, разработанная Е.В.Новиковой, является одним из эффективных методов в комплексной медико-педагогической работе при дизартрии. Его сущность заключается в целенаправленном воздействии зондами на пораженные участки артикуляционных органов (мышцы языка, скул, щек, мягкого неба). Массаж изменяет состояние мышц: активизирует питание, улучшает их эластичность и сократительную способность, способствует выработке кинестетических ощущений, необходимых для нормальной речевой деятельности. Применяя различные приемы зондового массажа, можно понижать или повышать тонус мышц, ускорять кровообращение, повышать обменные процессы в тканях. В отличие от классического массажа с помощью зондов можно воздействовать на глубоко расположенные мышечные ткани органов артикуляционного аппарата, преодолевать рвотный рефлекс, повышенное слюнотечение.

Е.М. Мастюкова разработала систему коррекционно-логопедической работы детей с ДЦП и выделила в ней доречевой и речевой периоды развития.

Доречевое развитие

На первом этапе доречевого развития стимулируют сосательный, хоботковый, поисковый рефлекс, корректируют акт сосания. Для этого соской касаются губ, языка, при кормлении помогают ребенку захватывать и удерживать сосок или соску, пассивно вытягивая и придерживая его губы, особенно с более паретичной стороны, препятствуя тем самым вытеканию молока изо рта. Если ребенок находится на искусственном вскармливании, отверстие в соске постепенно уменьшают по мере того как сосание и глотание становятся более энергичными.

Нормализация процесса кормления способствует формированию положительных эмоциональных взаимоотношений между матерью и ребенком, развитию начального зрительного и слухового сосредоточения.

На втором этапе доречевого развития от стимуляции врожденных рефлексов постепенно переходят к формированию потребности в общении со взрослыми, зрительной фиксации и прослеживания за движущимся предметом, активируют начальные голосовые реакции, делают массаж лица, артикуляционную и дыхательную гимнастику.

На третьем этапе у ребенка развивают зрительное и слуховое восприятие, стимулируют гуление, делают массаж, артикуляционную и дыхательную гимнастику. Занятия по активации голосовых реакций начинают со стимуляции положительного эмоционального комплекса; затем взрослый молчаливо присутствует в поле зрения ребенка, позже демонстрирует игрушки, заканчивая занятие эмоционально-речевым общением. Для индукции смеха и радостных ответных возгласов следует то наклоняться к лицу ребенка, то отдаляться, улыбаясь и произнося что-либо. Взрослый повторяет один и тот же звук через определенные интервалы, побуждая ребенка прислушиваться. С появлением звуков гуления начинают игру «в перекличку»: взрослый отчетливо произносит знакомый ребенку звук, дожидаясь ответной голосовой реакции; если последняя задерживается, он вновь воспроизводит звук, стимулируя ребенка к подражанию. Делают активные упражнения для губ: сближают их вместе, растягивают в стороны, побуждают губами тянуться к соске или соску матери. Эти упражнения служат подготовительным этапом для развития лепета.

На четвертом этапе продолжают массаж и артикуляционную гимнастику; наряду с упражнениями для губ стимулируют движения языка, жевание, подражательную звуковую активность. Формируют интонационное общение ребенка с окружающими, подражательную деятельность, артикуляционные уклады, начальное ситуативное понимание обращенной речи, пассивный и пассивно-активный словарь, побуждающую к действию функцию речи.

Стимулируют лепет с помощью игр-переключек. Для развития понимания и подражания движениям используют игры-занятия: «Ладушки», «До свидания», «Дай ручку» и др. При этом взрослый, произнося слова, вначале сам выполняет необходимые действия, затем сопровождает их действиями ребенка (берет его ладошки и хлопает ими), а далее побуждает его к самостоятельному выполнению движений.

На начальном этапе речевого развития особо важное значение имеет логопедическая работа, так как в первые два года жизни она дает наибольший эффект. Прежде всего детей учат умению манипулировать с предметами и игрушками, поскольку овладение действиями стимулирует и предваряет усвоение слов. Рекомендации по методике и приемам обучения каждого ребенка логопед и воспитатель должны получить у врача или методиста лечебной гимнастики, которые знают двигательные возможности больного. Перед проведением игр-занятий больным делают массаж, артикуляционную и дыхательную гимнастику, затем активизируют внимание, восприятие ребенка и произнесение доступных ему звуков, звукосочетаний или простых слов. Логопед показывает ребенку игрушки, выполняет определенные действия, сопровождая их словами и предложениями. Далее активизируют собственную игровую деятельность ребенка и речевую активность.

Детей обучают различным умениям и целесообразным действиям: надевать и снимать кольца с пирамиды, строить дома из кубиков и других деталей, катать шарики и складывать их в коробки, раскладывать предметы по цвету. Взрослый показывает и рассказывает, что нужно делать. Таким путем у ребенка накапливаются речевые впечатления и развивается способность подражать речи окружающих. Не следует принуждать к речи и торопить с ответом детей, находящихся на начальных этапах речевого развития. Слова типа «скажи», «повтори» могут вызвать у них повышение мышечного тонуса, усиление насильственных движений, что резко затруднит произвольное подключение голоса. В дальнейшем это может способствовать выработке негативизма и

страха речевого общения. Поэтому детей с церебральными параличами побуждают к речи другими приемами. Можно, например, повторять за ребенком только что произнесенные им звуки или вести односторонний диалог, во время которого взрослый спрашивает и сам отвечает на заданные вопросы.

Поощряя любые звуковые реакции, взрослые не должны повторять за ребенком амфорные слова - корни или сокращенные слова, например, «ми - мишка»; «мо - молоко» и т. п. Дети должны слышать только правильно произносимые слова и предложения. Логопедические занятия нельзя начинать с постановки звуков. Необходимо, создав определенную артикуляционную базу (массаж, артикуляционная гимнастика и другие упражнения), стимулировать общение ребенка при помощи доступных ему звуковых реакций, аморфных слов-корней и слов-предложений. Далее проводят занятия на развитие звукоподражания. Поскольку период лепета у детей с церебральными параличами часто рудиментарен или отсутствует, для индукции звукоподражаний полезно использовать лепетные звуки и так называемую вокальную игру, которые целесообразно сопровождать определенным музыкальным ритмом. Это способствует мышечному расслаблению и координации дыхания, фонации и артикуляции.

Важное значение для стимуляции речевого развития имеют занятия по формированию речевого слуха, звуковысотного, фонематического, слухового внимания, восприятия темпа и ритма речи. Развивая звуковысотный слух, детей учат дифференцировать вариации голоса взрослого по высоте в соответствии с эмоциональной окраской речи. Это достигается выразительным чтением сказок по ролям, узнаванием голоса детей и взрослых и т. д. Для развития слухового внимания проводят специальные игры: «Угадай, что звучит», «Чей это голос?», «Откуда слышится звук?» Ребенок должен сосредоточить свой взгляд на издающих те или иные звуки игрушках. Одновременно со взрослыми он произносит звуки, слова, изменяет голос по высоте и тембру, регулирует громкость голоса и темп речи.

В дошкольном возрасте стимуляция речевого развития направлена на расширение словаря и развитие грамматического строя речи. Детей ежедневно знакомят с новыми предметами, их словесными обозначениями и полученные представления закрепляют в процессе игровой деятельности. Занятия по развитию речи проводят поэтапно. В их основе лежит обучение составлению различных видов предложений с постепенным усложнением их синтаксической структуры. С ребенком постоянно разговаривают о том, что он видит и слышит в данный момент. Если он говорит неправильно, его не перебивают и не поправляют. Логопед повторяет эти слова несколько раз правильно и таким образом побуждает ребенка к подражанию. Полезны специальные игры - занятия, во время которых логопед просит ребенка называть предметы, действия и изображения на картинках. При этом необходимы целенаправленная организация речевой и познавательной активности детей, максимальная наглядность и совместная предметнопрактическая и игровая деятельность логопеда и ребенка. Детей специально обучают способам сенсорного обследования предметов, обязательно подключая дефектный двигательнокинестетический анализатор, т. е. ощупывание предметов и узнавание их на ощупь паретичной рукой. Одновременно вводят новые слова, обозначающие качества предмета. Для их освоения ребенка учат сравнивать предметы, противоположные по свойствам, например тяжелый с легким, твердый с мягким, холодный с теплым и т. д. Качества и свойства предметов только тогда приобретут для ребенка определенную значимость, когда они будут включены в результативную практическую деятельность, игру. Для игры подбирают предметы, в которых вычленяемые качества представлены наиболее ярко. Постепенно набор определенных качеств и свойств предметов усложняется, детей начинают обучать операциям сравнения. В старшем дошкольном возрасте тренируют умение более точно подбирать слова, характеризующие особенности и свойства предметов. Для закрепления и активизации словаря важное значение имеют упражнения по описанию предметов, отгадыванию

загадок, различные дидактические игры, а также повседневное общение с ребенком.

Особое направление логопедической работы над словом как единицей языка, над его многозначностью обеспечивает развитие качественной стороны лексики, возможности сознательного выбора для каждого высказывания наиболее адекватных языковых средств, т. е. собственно языковое развитие. Ребенка обучают пониманию многозначности слова, овладению синонимами и антонимами и расширению их запаса, умению правильно понимать, выбирать и употреблять слова в различных контекстах. Эта работа начинается в дошкольном и наиболее интенсивно проводится в школьном возрасте.

В школьном возрасте важное значение имеет практическое знакомство детей с простейшими способами образования основных лексико-грамматических разрядов слов. Это способствует преодолению стойких языковых затруднений, проявляющихся у детей на начальных этапах обучения. Логопед и преподаватель во всех случаях стремятся развивать мотивацию речевого высказывания. Для этого у детей воспитывают желание общаться, стремление сообщать окружающим о своих впечатлениях и переживаниях. Уже на начальных этапах обучения, стимулируя развитие связной речи, детям необходимо давать и небольшие теоретические сведения о языке, так как их сознательное осмысление ускоряет развитие соответствующих умений и навыков.

Эта общая схема стимуляции речевого развития детей с церебральными параличами должна быть индивидуализирована для каждого ребенка с учетом формы и тяжести заболевания, структуры речевого дефекта, состояния интеллекта и возраста.

Коррекционно-логопедическую работу в доречевом и речевом периоде также описала И.Ю.Левченко, О.Г.Приходько в своей работе «Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата».

Таким образом, при коррекционно-логопедической работе необходимо учитывать онтогенетическое последовательное развитие сенсорных функций речи и интеллекта, предупреждение их нарушений, следует проводить с первых месяцев жизни. Методика занятий определяется структурой речевой и психической недостаточности, тяжестью двигательных расстройств и возрастом ребенка. По нашему мнению методика Е.М. Мастюковой наиболее полная и систематизированная.

ГЛАВА 2. СОДЕРЖАНИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ПРЕОДОЛЕНИЮ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ

2.1. Сравнительный анализ методик обследования нарушений речи детей с ДЦП

Существует много методик по выявлению нарушений речи у детей с ДЦП. При обследовании необходимо учитывать состояние звукопроизношения и фонематическое восприятие детей.

Серебрякова Н.В. и Соломаха Л.С. предлагают следующую диагностику звукопроизношения и фонематического восприятия старших дошкольников:

1 – Воспроизведение звукослоговой структуры слова:

а) изолированно в словах (с 4 до 5 лет): *дом, мостик, кошка*. С 5 лет - *помидоры, милиционер*.

б) в предложениях (с 5 лет): *Мальчик слепил снеговика*.

2 - Состояние фонематического восприятия (слухо-произносительной дифференциации звуков речи).

а) повтор слогов с оппозиционными звуками с 4 лет: ПА-БА, НА-ГА

с 6 лет: БА-БА-ПА, СА-ША-СА.

б) дифференциация оппозиционных звуков, не смешиваемых в произношении.

Показать картинки: *мишка-мышка, крыса-крыша*

3 – определение:

а) с 5 – 6 лет: определить первый согласный звук в словах: *мак, дым, трава* и т.п.

б) определение последнего звука в словах: *дом, мак, камыш* и т.п.

в) определение последовательности звуков в слове: *мак, суп, лук* и т.п.

г) определение количества звуков в словах: *рак, дом, луна* и т.п.

Волкова Г.В. предлагает следующую схему обследования звукопроизношения и фонематического восприятия у старших дошкольников с дизартрией. Исследование ведётся по нескольким направлениям:

1 – Исследование произношения звуков. Ребёнок должен произнести за логопедом гласные звуки, согласные, свистящие, соноры, ротовые, носовые, йотированные.

2 – Исследование различения звуков (фонематический слух). Ребёнок повторяет за логопедом слоги и слова с оппозиционными звуками: *ТА-ДА, ТА-ДА-ТА, ТОМ-ДОМ, зайка-сайка, ложки-рожки и т.д.*

3 – Состояние фонематического анализа, синтеза, фонематических представлений. Данное исследование включает несколько направлений:

а) Простой фонематический анализ:

- выделение звука в слове. Инструкция: «Слышишь ли ты звук «П» в слове СУП?».

- выделение звука из слова. Инструкция: «Какой звук ты слышишь в слове САД?».

б) Сложный фонематический анализ:

- определение места звука в слове. Инструкция: «Где ты слышишь звук «С» в слове САНИ, в начале или в конце?»

- определение последовательности звуков в слове. Инструкция: «Какой звук ты слышишь в начале слова ССУМКА? Какой звук ты слышишь после звука «С»: СУУМКА» и т.д.

- определение количества звуков в слове. Ребёнку предлагаются слова из 2-5 звуков. Инструкция: «Сколько звуков в слове: *лак, лом, сом и т.д.*»

в) Фонематический синтез. Ребёнку предлагаются слова из 3-5 слов с сохранной звуко-слоговой структурой. Логопед произносит слова с небольшой паузой. Инструкция: «Послушай звуки, они разбежались, поставь их рядом, чтобы получилось слово: «С», «О», «К»; «К», «А», «Ш», «А» и т.д.

г) Фонематические представления. Инструкция: «Назови слово со звуком «М», «Б», «В», «Н», «Т», «Д», «К», «Г», «А». Затем со звуками: «С», «З», «Ц», «Ш», «Ж», «Ч», «Щ», «Л», «Р».

Перед ребёнком раскладываются предметные картинки, в названиях которых имеются оппозиционные звуки, например «С»- «З» (*сумка, забор, лиса, зубы и т.д*)

д) Воспроизведение слоговой структуры слова и звуконаполняемости слова.
Инструкция: «Повторы за логопедом слова: *картина, машина, встреча, аквариум и т.д.*

Г.А.Каше предлагает следующую методику обследования различения звуков.

1. Повторение вслед за логопедом слогов с оппозиционными звуками, при условии, что проверяемые звуки произносятся ребенком различно. Например: *са-ша, ша-са, ча-ща* и др.

2. Логопед произносит ряд слогов, например: *ас, аш, ащ, ас, ац, ас* и т.д., ребенку предлагается поднимать руку, если он услышит в составе слога определенный звук (в данном примере звук С). Аналогично можно предложить для сравнения слова, начинающиеся на определенный звук, например: *сани, шапка, собака, щука терка* и т.п.

3. Подбор с помощью предметных картинок слов, начинающихся на определенный звук. Так, например, при отборе слов, начинающихся на звук С, ребенку даются картинки, на которых изображены сани, сумка, сапоги, самолет, шапка, шишки, шарф, шуба, чайник, чулки, чашка, чемодан, цапля, цветы, цыпленок, зубы и т.д. (все картинки перемешиваются). Ребенок сам называет картинки и откладывает те, название которых, по его мнению, начинаются на звук С. аналогичное задание может быть дано для различения какой-либо пары звуков.

В такой последовательности, как показано на примере свистящих и шипящих, обследуются и другие пары звуков.

Для диагностики расстройств фонетико-фонематической системы речи по методике И.А. Смирновой предлагается картотека предметных и сюжетных картинок для проверки состояния звукопроизношения.

Картинки подбираются таким образом, чтобы, называя их, обследуемый произнес все звуки русского языка в различных позициях. Размер картинок и изображение должны быть удобными для индивидуального зрительного восприятия, содержание – доступным для ребенка дошкольного возраста.

Для проверки состояния звукослоговой структуры слов также берется картотека предметных и сюжетных картинок.

- Подбираются предметные картинки, названиями которых являются слова сложной звукослоговой структуры. Для диагностики состояния лексико-грамматического строя речи предлагают ребенку набор предметных картинок для проверки понимания и употребления слов. В наборе должны быть представлены разные части речи.

Набор картинок для выявления способности словообразования.

- Суффиксальным способом, например: гриб - грибок - грибочек, кукла - куколка, дом - домик - домище.

- Префиксальным способом, например: шел – подошел – перешел - отошел – пришел – зашел – вышел.

Для диагностики состояния связной речи:

- Набор сюжетных картинок для составления простых предложений.
- Серии сюжетных картинок разной сложности для составления рассказов.
- Сюжетные картинки для составления рассказов.

Для диагностики расстройств зрительного гнозиса:

- Набор карточек с четкими цветными изображениями предметов.
- Набор карточек с контурными изображениями предметов.
- Набор карточек с «зашумленными» изображениями предметов: перечеркнутыми, заштрихованными, наложенными друг на друга.

- Набор карточек с контурными изображениями геометрических фигур.
- Набор карточек с «зашумленными» изображениями геометрических фигур.

- Набор печатных букв (пластмассовых, деревянных или картонных).

- Набор карточек с четкими изображениями печатных букв.
- Набор карточек с «зашумленными» изображениями печатных букв.
- Набор карточек со стилизованными изображениями букв и слов.
- Набор карточек с неправильными изображениями печатных букв: зеркальными изображениями, с недостающими деталями, с лишними деталями.
- Набор карточек с четкими изображениями рукописных букв.
- Набор карточек с «зашумленными» изображениями рукописных букв.
- Набор карточек с неправильными изображениями рукописных букв.
- Набор элементов печатных букв, изготовленных из плотного материала (картона, дерева, пластмассы).
- Набор элементов рукописных букв.

После проведения диагностических проб делается логопедическое заключение.

Одна из современных и информативных методик диагностики речевых нарушений - метод Т.А. Фотековой., Т.В. Ахутиной с использованием нейропсихологического изучения высших психических функций.

Это одна из современных методик, сочетающая традиционные для логопедической практики приемы с нейропсихологическими методами обследования речи. Методика имеет тестовый характер, но основное внимание уделяется качественной интерпретации выявленной речевой симптоматики, с двухуровневым способом анализа результатов. Логопедический уровень позволяет выявить степень сформированности разных сторон речи и получить речевой профиль. Нейропсихологический – через систему дополнительных оценок и вычисления индексов дает возможность понять психологические механизмы, лежащие в основе обнаруженной речевой недостаточности и сделать выводы о функциональном состоянии регуляторных и гностических (передних и задних) отделов коры головного мозга. Методика представлена в двух вариантах, предназначенных для обследования детей младшего и старшего школьного возраста.

Методика состоит из двух разделов. Первый, больший по объему, направлен на исследование особенностей устной речи, второй – на проверку письменной речи.

Первый раздел включает два блока, позволяющих констатировать уровень сформированности экспрессивной и импрессивной речи. Каждый блок, в свою очередь, подразделяется на серии, а серии – на группы заданий, объединяющих конкретные речевые пробы.

Так, *блок 1*, направленный на проверку экспрессивной речи, состоит из пяти серий:

1-я серия оценивает преимущественно состояние уровня моторной реализации и включает по 10 проб на проверку артикуляционной моторики, степень сформированности слоговой и звуковой структуры слова, возможности переключения при произнесении цепочек слогов. В рамках этой серии проводится обследование звукопроизношения. При анализе успешности выполнения ряда артикуляционных заданий и проб следует помнить, что она зависит от целого ряда фактов: серийной организации артикуляции, сформированности речевых кинестезий и фонематического восприятия.

2-я серия осуществляет проверку сформированности словообразовательных навыков. Она состоит из 30 проб, объединенных в четыре группы заданий:

а) образование существительных с уменьшительно-ласкательными суффиксами (у кошки – котятка, а у козы кто?);

б) образование от существительных относительных прилагательных (кукла из бумаги – бумажная, а из соломы какая?);

в) образование от существительных качественных прилагательных (мороз – морозный, дождь - ...?);

г) образование от существительных притяжательных прилагательных (у собаки лапа собачья, а у волка?).

3-я серия, самая большая по объему, проверяет синтаксис, или возможности грамматического структурирования. В ней 47 проб, скомпонованных в 9 групп заданий:

а) составление фраз по картинкам, предложенным Л.С. Цветковой, Т.В. Ахутиной и Н.М. Пылаевой. Картинки подобраны таким образом, что длина, грамматическая и лексическая сложность составляемых предложений значительно варьируют. Первые пять наиболее простых рисунков предусматривают использование конструкций «подлежащее – сказуемое – простое дополнение» (Девочка режет колбасу.);

б) образование фраз по следующим пяти картинкам большей сложности, требующих использования предлогов как простых (в, под), так и сложных (из-за, из-под);

в) составление фраз по последним пяти картинкам, самым трудным, предусматривающим построение сложных предложений или предложений с прямым или косвенным дополнением, однородными членами, инфинитивной группой (Школьница пришла навестить свою больную подругу и принесла ей цветы. Мальчик несет лестницу, чтобы помочь малышу достать шарик, который зацепился за ветку.);

Эти три группы проб очень информативны. Они провоцируют не только грамматические, но и многочисленные лексические ошибки, а также выявляют трудности смыслового программирования. Все ошибки фиксируются, но при начислении баллов за эту серию принимаются во внимание только грамматические ошибки, остальные в виде штрафных баллов учитываются в других разделах методики.

г) пять проб на повторение предложений разного словонаполнения и грамматической сложности. Известно, что ребенок может воспроизвести предложение того уровня грамматической сложности, которым он овладел в собственной речи. Как и большинство проб, эти задания носят комплексный характер. На успешность их выполнения влияют также объем вербального

материала, качество слухового восприятия и слухо-речевой памяти. Среди типичных ошибок при выполнении этой группы заданий встречаются вербальные и литеральные парафазии, а также поиск слов и трудности удержания смысловой программы;

д) пять проб, предусматривающих составление предложений из слов в начальной форме (*Петя, купить, шар, красный, мама*). Это сложные задания, которые требуют не только правильного грамматического структурирования, но и построения верной смысловой программы. При их выполнении возможны пропуск и замена слов, смысловые и грамматические ошибки, нарушение порядка слов в предложении;

е) пять проб на верификацию предложений. Ошибки, которые подлежат исправлению, могут быть как грамматическими, так и смысловыми (*Хорошо спит медведь под снегом. Над большим деревом была глубокая яма.*). При оценке выполнения этого задания также фиксируются как грамматические, так и лексические ошибки;

ж) пять проб на дополнение предложений пропущенными предлогами (*Щенок спрятался... крыльцом.*);

з) две пробы, предлагающие закончить предложения (*Сергея промочил ноги, потому что...*);

и) по пять проб на образование множественного числа существительных в именительном и родительном падежах (*стол - столы - много столов*).

4-я серия направлена на обследование состояния связной речи. Младшим школьникам предлагается два задания:

а) составление рассказа по серии сюжетных картинок. Построение программы высказывания здесь опосредовано внешними опорами, что облегчает выполнение задания;

б) пересказ текста «Галка и голуби». Это задание сложнее предыдущего, оно провоцирует множественные лексические, грамматические и семантические ошибки.

Пробы на связную речь также носят комплексный характер. Для того чтобы оценка дифференцировала природу трудностей, оба задания оцениваются по четырем критериям: критерию смысловой адекватности, критерию возможности программирования текста, критерию грамматического оформления и критерию лексического оформления. Из совокупности оценок по каждому из критериев высчитывается общий балл за задание.

5-я серия проверяет номинативную функцию речи. Она включает два задания по 15 проб в каждом:

а) называние предметов, изображенных на картинках, обозначаемых средне и низкочастотными словами (*пальто, очки, кровать, руль, кастрюля*);

б) называние изображенных на картинках действий, обозначаемых средне и низкочастотными словами (*плавает, плачет, строит, вяжет, трет*).

Блок 2 направлен на исследование импрессивной речи. Он состоит из трех серий.

1-серия включает четыре вида заданий по 10 проб в каждом:

а) пробы на понимание далеких по значению и звучанию слов, обозначающих названия предметов (*яблоко, кошка, самолет, цветок*);

б) пробы на понимание близких по звучанию слов, обозначающих названия предметов (*бочка - дочка - почка - точка*);

в) пробы на понимание далеких по звучанию и значению слов, обозначающих действия (*работает - продает - стирает - поливает*);

г) пробы на понимание близких по значению слов, обозначающих действия (*кладет - ставит - вешает*).

Эти пробы выявляют недостаточность акустического анализа, слабость слухо-речевой памяти (нарушения как объема, так и порядка удержания элементов), а также трудности семантической дифференциации слов.

2-я серия проверяет понимание сложных логико-грамматических конструкций и состоит из заданий двух видов;

а) шесть проб на понимание обратимых конструкций, в том числе активных с обратным порядком слов и пассивных с прямым (*Мальчик спасен девочкой. Трактором перевозится машина.*);

б) четыре пробы на понимание предложных конструкций с обозначением места (*Бочонок перед ящиком. Ящик за бочонком.*).

3-я серия исследует особенности фонематического восприятия. В ней 10 проб на повторение слогов с фонетически близкими звуками. На успешность выполнения этого задания, помимо акустических трудностей, влияет и недостаточность моторного компонента, трудности серийной организации речевых движений.

Второй раздел методики направлен на проверку письменной речи. Он состоит из трех серий, которые представлены в вариантах несколько отличающихся для первоклассников и учащихся 2-3 классов, *1-я серия* исследует предпосылки письменной речи. Она включает по пять проб на языковой и звуко-буквенный анализ, предназначенных определить количество слов в предложении, слогов и звуков в слове и т.д. *2-я серия* направлена на оценку письма. Первоклассники должны написать под диктовку буквы, свое имя и два слова (*стол, ствол*). Испытуемым постарше предлагается небольшой диктант. Тексты диктантов для 2 и 3 классов взяты из пособия И.Н. Садовниковой. При анализе результатов учитывается количество дисграфических ошибок и их типы, а также количество не дисграфических ошибок.

3-я серия проверяет навыки чтения. Первоклассникам предлагается прочитать слова, более старшим детям дается для чтения текст «Как я ловил раков». Выполнение оценивается по трем критериям. Для учеников 1 класса - это критерии скорости, способа и правильности чтения. Для учащихся 2-3 классов - скорости, правильности и понимания смысла прочитанного.

В ходе логопедического обследования И.Ю. Левченко и О.Г. Приходько детей с ДЦП используют следующие методы:

- изучение медицинской и биографической документации (сбор и анализ анамнестических данных);
- наблюдение за ребенком (в обычной и специально организованной ситуации);
- беседа с родителями и ребенком;
- визуальный и тактильный контроль (ощупывание артикуляционной мускулатуры в покое и в процессе речи);
- использование компьютерных игр при обследовании звукопроизношения, дыхательной и голосовой функций.

Прежде чем начинать обследование ребенка, важно всесторонне изучить медицинскую документацию (данные анамнеза) и проанализировать результаты обследования и заключение невропатолога (неврологический статус), эти данные желательно обсудить с врачом. Особенностью логопедического обследования и анализа структуры речевого дефекта детей с церебральным параличом является принцип соотнесения расстройств артикуляционной моторики с общими двигательными нарушениями. При ДЦП артикуляционная моторика, особенности дыхания и голосообразования оцениваются в соответствии с общими моторными возможностями ребенка (стараятся даже незначительные двигательные расстройства).

Совместно с невропатологом логопед изучает особенности общей моторики ребенка (удержание головы, свободные повороты ее в стороны, сидение, вертикальное положение стоя, самостоятельная ходьба) и функциональные возможности кистей и пальцев рук (опорная функция, ладонный и пальцевой захват, манипуляции с предметами, выделение ведущей руки, согласованность действий рук, тонкие дифференцированные движения пальцев).

При определении ведущего неврологического синдрома и степени его проявления в артикуляционной мускулатуре и моторике (речедвигательного синдрома) логопед опирается на заключение невропатолога. При этом

необходимо отметить отсутствие патологических тонических рефлексов или их наличие и влияние на дыхание, голосообразование и артикуляцию.

Важно, чтобы при логопедическом обследовании ребенок был совершенно спокоен, не плакал, не был испуганным. Если ребенок плачет, кричит, вырывается из рук, это может отразиться на изменении (повышении) тонуса мышц, и представление о двигательных и речевых возможностях, которое получит логопед, будет ложным. В ходе обследования проводится тщательный анализ тех положений и движений, которые могут облегчать или, наоборот, утяжелять речевую деятельность. Ребёнка с тяжелыми двигательными нарушениями желательно уложить на удобную кушетку или ковер, проверив разные положения: на спине, на боку, на животе. В более легких случаях обследование проводится в положении сидя или стоя.

Как и при всяком комплексном обследовании, важно оценить особенности развития познавательной деятельности (внимания, памяти, мышления), сенсорных функций (зрительного, слухового и кинестетического восприятия), проявления эмоционально-волевой сферы.

Логопедическое обследование включает в себя сбор данных об особенностях доречевого, раннего речевого и психического развития ребенка до момента обследования. Опираясь на данные медицинской документации и беседы с родителями, выясняется время появления и характер крика, гуления, лепета, а затем первых слов и простых фраз.

Обследование артикуляционного аппарата начинается с проверки строения его органов: губ, языка, зубов, твердого и мягкого нёба, челюстей. При этом логопед определяет, насколько их строение соответствует норме.

Необходимо оценить состояние тонуса мышц артикуляционного аппарата в покое, при попытках к речевой деятельности, в процессе речи, при мимических, общих и артикуляционных движениях. Состояние мышечного тонуса в органах артикуляции (лицевой, губной и язычной мускулатуре) оценивается совместном осмотре логопеда и невропатолога. У детей с церебральным

параличом нарушения тонуса артикуляционных мышц характеризуются спастичностью, гипотонией или дистонией. Нередко имеет место смешанный характер и вариабельность нарушений мышечного тонуса в артикуляционном аппарате (например, в лицевой и губной мускулатуре может быть выражена гипотония, а в язычной - спастичность). Отмечается наличие или отсутствие гипомимии, асимметрии лица, сглаженности носогубных складок, синкинезий, гиперкинезов лицевой и язычной мускулатуры, тремора языка, девиации (отклонения) языка в сторону, гиперсаливации.

Логопед оценивает произвольные движения артикуляционного аппарата во время еды (сосание, снятие пищи с ложки, питье из чашки, откусывание, жевание, глотание). Выясняются особенности нарушения акта приема пищи у ребенка: отсутствие или затруднение жевания твердой пищи и откусывания от куска; поперхивание и захлебывание при глотании.

Особое внимание обращается на состояние произвольной артикуляционной моторики. При проверке подвижности органов артикуляции ребенку предлагают различные задания по подражанию. Анализируя состояние подвижности речевых мышц, обращают внимание на возможность выполнения артикуляционных позиций, их удержания и переключения. При этом отмечают не только основные характеристики артикуляционных движений (объем, амплитуда, темп, плавность и скорость переключения), но и точность, соразмерность выполнения движений, их истощаемость. Особенно подробно логопед оценивает объем артикуляционных движений языка (строго ограничен, неполный, полный); отмечается даже незначительное снижение амплитуды артикуляционных движений языка. У некоторых детей с ярко выраженными речедвигательными синдромами не удается даже пассивно вывести язык из полости рта. Проверяется возможность произвольного высовывания языка, боковых отведений, облизывания губ, удержания широким, распластным, а затем узким, а также верхнего подъема, пощелкиваний и т.д. Оценивается степень и граница глоточного рефлекса (повышение или понижение). Логопед

анализирует особенности движений губ (малоподвижные или достаточно подвижные) и нижней челюсти (открывание и закрывание рта, умение удерживать рот закрытым).

Оценка понимания обращенной (импрессивной) речи является важным этапом логопедического обследования. Логопед выявляет уровень понимания обращенной речи (различение интонации, ситуативное понимание, понимание речи на бытовом уровне, в полном объеме). Пассивный словарь проверяется на реальных предметах и игрушках, предметных и сюжетных картинках. При этом определяется, как ребенок понимает значение слова, смысл действия, простого и сложного сюжета, лексико-грамматических конструкций, последовательности событий.

При обследовании собственной (экспрессивной) речи ребенка выявляется уровень его речевого развития. Важно отметить возрастную сформированность лексической и грамматической сторон речи, усвоение различных частей речи, особенности слоговой структуры слов. У безречевых детей отмечается возможность использования ими различных невербальных средств общения: выразительной мимики, жестов, интонации.

При изучении произносительной стороны речи выявляется степень нарушения ее разборчивости (речь невнятная, малопонятная для окружающих; разборчивость речи несколько снижена, речь нечеткая, смазанная). Далее отмечаются особенности нарушений дыхания (поверхностное, учащенное, неритмичное), голоса (недостаточность силы и отклонения тембра голоса) и просодической организации речевого потока.

Подробно проверяется фонетико-фонематический строй речи. При обследовании звукопроизношения необходимо выявить умение ребенка произносить звуки изолированно, в слогах, в словах, в предложениях и особенно в речевом потоке. Следует отметить недостатки звукопроизношения: искажения, замены, пропуски звуков. Нарушения звукопроизношения сопоставляются с особенностями фонематического восприятия и звукового

анализа. Важно отметить, определяет ли ребенок нарушения звукопроизношения в чужой и собственной речи; как он дифференцирует на слух нормально и дефектно произносимые им звуки.

Итак, в ходе логопедического обследования детей с церебральным параличом логопед должен выявить структуру речевого дефекта (соотношение речевых и неречевых нарушений), сопоставив его с тяжестью поражения артикуляционной и общей моторики, а также уровнем психического развития ребенка,

В настоящее время разработаны приемы ранней диагностики дизартрических расстройств на основе оценки неречевых нарушений. Чем младше ребенок и чем ниже уровень его речевого развития, тем большее значение имеет анализ неречевых нарушений. Наиболее частым первым проявлением дизартрических расстройств является наличие псевдобульбарного (спастико-паретического) синдрома, первые признаки которого можно обнаружить уже у новорожденного. Прежде всего это отсутствие крика (афония) или его слабость, однообразие, непродолжительность. Крик может быть сдавленным или пронзительным, иногда имеют место отдельные всхлипывания или вместо крика - гримаса на лице. Почти у всех детей с церебральным параличом отмечается раннее проявление неврологической симптоматики в мускулатуре и моторике речевого аппарата.

Таким образом, после проведения коррекционно-логопедической работы мы повторно обследовали детей. У них наблюдается положительная динамика развития речи. Звукопроизношение улучшилось, расширился активный словарь, формируется лексико-грамматический и фонетический строй речи. Необходимо продолжение работы над речью детей.

2.2. Данные первоначального логопедического обследования детей с ДЦП

Данный эксперимент мы проводили в ГСК ОУ ШИ №1 города Ейска для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата. В эксперименте участвовали 10 детей из логопедической группы. Из них 4 ребенка с алалией и 6 детей с дизартрией в возрасте 7-8 лет.

Цель эксперимента: выявить особенности и уровень сформированности звукопроизношения и фонематического восприятия у детей с дизартрией и алалией при ДЦП.

Задачи эксперимента:

1. Провести диагностику речевых нарушений.
2. Выбрать методику для диагностики, разработать оценку заданий, подобрать дидактический материал для обследования, учитывая индивидуальный подход к каждому ребенку.
3. Организовать и провести обследование.
4. Обобщить результаты обследования.

Изучая речевые карты детей, мы обращали внимание на диагнозы неврологов и заключения логопедов, работающих в данном учреждении. После анализа речевых карт для эксперимента мы выбрали следующих логопатов с диагнозом: дизартрия и алалия.

На основании данного диагноза мы выявили нарушения речи, обследовали строение речевого аппарата, лексико-грамматический строй речи, фонематический строй, звукопроизношение.

1.Подорванов Н., 7 лет.

1.Диагноз ДЦП – спастическая диплегия.

2.Диагноз нарушения речи – псевдобульбарная форма дизартрии.

3.Строение речевого аппарата – строение губ, зубов в норме. Язык – широкий, кончик паретичен, спинка напряжена. Вверх язык не поднимает, движение вправо затруднено. («Чашечку», «Жало» - не выполняет) Голос слабый.

4.Лексико-грамматический строй речи – пассивный словарь шире активного, активный состоит из обиходных диалектных слов, семантическая сторона речи развита слабо. Навыкам словообразования, словоизменения не владеет.

5.Фонетический строй речи – выделяет гласный, заданный из ряда, правильно повторяет слова – паронимы, последовательность слов не удерживает. Слоговая структура слов сохранена.

6.Звукопроизношение – произношение шипящих, свистящих, аффрикатов нарушено. Не различает звуки по глухости-звонкости в середине слова (нож-ножи).

2.Симаков С., 7 лет.

1.Диагноз ДЦП – спастический диплегия.

2.Диагноз нарушения речи – псевдобульбарная форма дизартрии.

3.Строение речевого аппарата – губы паретичны, смычка губ, вибрация – слабые. Язык – в тонусе, легкий тремор.

4.Лексико-грамматический строй речи – грубо нарушена слоговая структура, структура слов, стойкие аграмматизмы. Пользуется упрощенной фразовой речью, состоящей из ограниченного количества слов, связанной с определенной ситуацией.

5.Фонетический строй речи – несформированный, звуко-буквенный анализ на низком уровне, составление слов затруднено. Активный словарь ниже пассивного.

6.Звукопроизношение – отмечается нарушение произношения свистящих: парасигматизм – з-з', с-с', ц-с'; парасигматизм шипящих: ш-с', ж-з', ч-с'; паракатаксизм: к-т; ротацизм: р-одноударные .

3.Уточкина Ю., 8 лет.

1.Диагноз ДЦП – спастическая диплегия.

2.Диагноз нарушения речи – псевдобульбарная форма дизартрии.

3.Строение речевого аппарата – губы спастичны, зубы редкие, имеются дефекты. Язык – правильной формы, отмечается спастичность спинки языка, затруднено поднятие вверх, движение влево-вправо, подъязычная связка укорочена, прикус - прогнатия.

4.Лексико-грамматический строй речи – речь на уровне лепетной, отдельные звуки, слоги. Пассивный словарь ограничен, нарушена симантическая сторона. Голос звонкий, громкий.

5.Фонетический строй речи – фонематическое восприятие не сформированно. Звуко-буквенный анализ на низком уровне.

6.Звукопроизношение – отсутствуют звуки: в, г, ж, з, е, п, к, р, ф, х, щ, ц.

4.Хохлова А., 8 лет.

1.Диагноз ДЦП – гиперкинетическая форма ДЦП.

2.Диагноз нарушения речи – псевдобульбарная форма дизартрии.

3.Строение речевого аппарата – губы напряжены, небная занавеска провисает. Язык – движения не точные, тонус переменный, позу не удерживает.

4.Лексико-грамматический строй речи – активный словарь бедный, симантическая сторона не развита, словообразование – не владеет, словоизменение – не владеет.

5.Фонетический строй речи – гласные выделяет, согласные выделяет в начале слова, по глухости-звонкости – не дифференцирует. Последовательность слогов, их количество в памяти не удерживает.

6.Звукопроизношение – Л=Р (лепа-репа, лак-рак, ропата-лопата); Ч, Щ=Т (тясы-часы, тенок-щенок); Ц=С (сып-сып – цып-цып); Ш, Ж=С (сапка-шапка).

5.Минаков Н., 7 лет.

1.Диагноз ДЦП – спастический парез.

2.Диагноз нарушения речи – псевдобульбарная форма дизартрии.

3.Строение речевого аппарата – губы паретичны, вибрация – слабая. Язык – в тонусе, легкий тремор.

4.Лексико-грамматический строй речи – грубо нарушена слоговая структура, структура слов, стойкие аграмматизмы. Пользуется упрощенной фразовой речью, состоящей из ограниченного количества слов, связанной с определенной ситуацией.

5.Фонетический строй речи – несформированный, звуко-буквенный анализ на низком уровне, составление слов затруднено. Активный словарь ниже пассивного.

6.Звукопроизношение – отмечается нарушение произношения свистящих: парасигматизм – з-з', с-с', ц-с'; парасигматизм шипящих: ш-с', ж-з', ч-с'.

6.Кривопуз В., 8 лет.

1.Диагноз ДЦП – спастическая диплегия.

2.Диагноз нарушения речи – стертая форма дизартрии.

3.Строение речевого аппарата – строение губ, зубов в норме. Язык – широкий, кончик паретичен, спинка напряжена. Вверх язык не поднимает. Голос звонкий.

4.Лексико-грамматический строй речи – пассивный словарь шире активного, активный состоит из обиходных диалектных слов, семантическая сторона речи развита слабо. Навыкам словообразования не владеет, словоизменения - владеет слабо.

5.Фонетический строй речи – выделяет гласный, заданный из ряда, правильно повторяет слова – паронимы, последовательность слов не удерживает. Слоговая структура слов сохранена.

6.Звукопроизношение – произношение шипящих, свистящих, аффрикатов нарушено. Не различает звуки по глухости-звонкости в середине слова (нож-ножи).

Из общей группы детей мы выявили 4 ребенка с диагнозом моторная алалия.

1.Баранов Л., 8 лет.

1.Диагноз ДЦП – атаксическая форма.

2. Диагноз нарушения речи – моторная алалия.

3. Строение речевого аппарата – строение губ, зубов в норме. Язык – быстрые движения не удаются сразу, нарушение моторики.

4. Лексико-грамматический строй речи – нарушен ритм и темп речи, неправильное произношение звуков, отсутствие звуков (стол-тол), замена звуков; перестановка звуков в слогах, словах.

5. Фонетический строй речи – фонематическое восприятие не сформулировано, последовательность слогов в памяти не удерживает.

6. Звукопроизношение – перестановка звуков (ау-а), повторение фонем (уу-ау), упрощение (ау-а и у).

2. Жданов Д., 8 лет.

1. Диагноз ДЦП – атаксическая форма.

2. Диагноз нарушения речи – моторная алалия.

3. Строение речевого аппарата – строение губ в норме. Язык правильной формы, подъязычная связка – укорочена; зубы редкие, имеют дефекты.

4. Лексико-грамматический строй речи – речь на уровне лепетной, отдельные звуки, слоги, перестановка слогов, звуков, пропуски звуков.

5. Фонетический строй речи – звуко-буквенный анализ на низком уровне, фонематическое восприятие не сформированно.

6. Звукопроизношение – отсутствуют звуки: в, г, е, п, р, ф; замена звуков Ч, Щ=Т, Ш=С, С=Ц.

3. Ковалев В., 8 лет.

1. Диагноз ДЦП – атаксическая форма.

2. Диагноз нарушения речи – моторная алалия.

3. Строение речевого аппарата – речевой аппарат в норме.

4. Лексико-грамматический строй речи – грубо нарушена слоговая структура слов, аграмматизмы, пропуски простых звуков; замена сложных звуков, искажение звуков.

5. Фонетический строй речи – звуко-буквенный анализ на низком уровне, последовательность слогов и их количество в памяти не удерживает.

6. Звукопроизношение – Л=Р; отсутствие звуков: в, г, з, п. Замена слогов: уа-ау, перестановка, упрощение звуков (ау-а и у).

4. Колосков С., 7 лет.

1. Диагноз ДЦП – атаксическая форма.

2. Диагноз нарушения речи – моторная алалия.

3. Строение речевого аппарата – не нарушено.

4. Лексико-грамматический строй речи – повторение звуков, слогов; перестановка звуков, пропуски, замена и искажение сложных звуков.

5. Фонетический строй речи – звуко-буквенный анализ на низком уровне, последовательность слогов и их количество в памяти не удерживается.

6. Звукопроизношение – Ш, Ж=С, отсутствуют звуки: р, ф, х, ц.

В группе детей с дизартрическими нарушениями у четырех – нарушен интеллект, два ребенка с сохраненным интеллектом. В группе детей с алалией один ребенок с нарушенным интеллектом.

Таким образом, по данным анамнеза мы видим, что у детей с ДЦП присутствуют нарушения речи по типу дизартрии и моторной алалии. А также, у большинства детей наблюдается снижение интеллекта.

2.3. Содержание и структура обследования

Для эксперимента мы выбрали методику Т.А. Фотиковой, Т.В. Ахиутиной, подобрали для каждого ребенка речевой и дидактический материал.

1. Исследование орального праксиса и артикуляционной моторики

Цель: выявить нарушения, орального праксиса и артикуляционной моторики.

Инструкция: делай, пожалуйста, так, как я скажу. Надувай щеки. Надувай одну щеку. Надувай другую. Упрям язык в правую щеку. Помести язык между

верхними зубами и верхней губой. Если движение по инструкции, то предлагается образец. Все последующие пробы делаются по показу.

Инструкция: повторяй за мной движения. Губы выдвинуты вперед «трубочкой». Язык «лопаткой» (широкий распластаный язык лежит на нижней губе, рот приоткрыт).

Упражнение «маятник» (рот открыт, язык высунут и с одинаковой скоростью попеременно передвигается от одного уголка рта к другому).

Упражнение «качели» (рот открыт, язык поочередно касается то верхней, то нижней губы).

Чередование движений губами: «улыбка» - «трубочка».

Оценка:

3 балла – точное и правильное выполнение;

2 балла – замедленное и напряженное выполнение или выполнение по показу;

1 балл – длительный поиск позы, или не полный объем движения, или отклонения в конфигурации;

0 баллов – невыполнение или наличие ошибок (синкинезий, гиперкинезов, тремора).

Максимальная оценка – 30 баллов.

2. Исследование сформированности звуко-слоговой структуры слова

Цель: выявить нарушение слоговой структуры слова.

Инструкция: повторяй за мной слова: коза, трава, бочка, дрова, коса, почка, миска, точка, мишка, дочка.

Оценка каждой пробы осуществляется по двум критериям:

Оценка слоговой структуры слова:

1,5 балла – четкое и правильное воспроизведение слова;

1 балл – замедленное, напряженное или послоговое воспроизведение, но без нарушения структуры;

0,5 балла – изменение структуры слогов внутри слова (замена закрытого слога открытым и наоборот, упрощение слога за счет пропуска согласного звука при стечении) с сохранением общего количества слогов в слове;

0 баллов – нарушение слоговой структуры слова (пропуски, вставки, перестановки, уподобление слогов) или невыполнение.

Максимальная оценка составляет 15 баллов.

Оценка звуковой структуры слова:

1,5 балла – правильное повторение;

1 балл – повторение с искажением, заменой, пропуском или вставкой одного звука;

0,5 баллов – повторение слова с искажением, заменой, пропуском или вставкой трех и более звуков;

0 баллов – повторение слова с искажением, заменой, пропуском или вставкой трех и более звуков.

Максимальная оценка составляет 15 баллов.

Максимальная оценка за задание соответствует 30 баллам.

3. Составление предложений по картинкам

Цель: выявить нарушения лексико-грамматического строя речи.

Инструкция: посмотри на картинку и постарайся составить предложение:

Мальчик моет руки. Девочка режет колбасу. Мальчик забивает гвоздь. Дети лепят снежную бабу. Кошка лакает молоко.

Оценка за грамматическое структурирование:

3 балла – правильное выполнение;

2 балла – неправильный порядок слов, пропуск одного члена предложения, использование помощи в виде одного вопроса;

1 балл – негрубые аграмматизмы, параграмматизмы (несоблюдение грамматических обязательств), упрощение структуры предложения, использование развернутой помощи в виде нескольких вопросов;

0 баллов – грубые аграмматизмы, сочетание нескольких ошибок из предыдущих пунктов.

Максимальная оценка за построение фраз всех трех видов равна **45 баллам**.

4. Повторение цепочек слогов

Цель: выявить нарушение звукопроизношения.

Инструкция: повторяй за мной слоги:

а-и-у – у-а-и;

жа-ща;

би-ба-бо – бо-ба-би;

ла-ра;

ба-па – па-ба;

ма-на-ма – на-на-ма;

са-ша – ша-са;

жа-ша-ша – ша-жа-ша;

ча-тя – тя-ча;

ла-ра-ра – ра-ра-ла;

ма-на;

ца-са-ца

Оценка:

3 балла – точное и правильное воспроизведение в темпе предъявления;

2 балла – напряженное или замедленное воспроизведение;

1 балл – уподобление слогов с самокоррекцией;

0 баллов – уподобление, искажение, сокращение количества слогов или отказ.

Максимальный бал за это задание равен **36**.

5. Исследование звукопроизношения и фонетического строя речи

Цель: выявить нарушения фонетического строя речи.

Инструкция: повторяй за мной слова:

Собака – маска – нос

Щука – вещи – лещ

Сено – косить – высь

Чайка – очки – ночь

Замок – коза

Рыба – корова – топор

Цапля – овца – палец

Лето – колесо – соль

Шуба – кошка – камыш

Жук – ножи

Оценка:

3 балла – нормативное произношение всех звуков группы;

2 балла – один звук или несколько звуков группы доступны правильному произношению, но в спонтанной речи подвергаются искажениям или заменам (т.е. недостаточно автоматизированы);

1 балл – искажается или заменяется во всех речевых ситуациях только один звук группы;

0 баллов – искажаются или заменяются несколько звуков группы или все.

*Максимальная оценка равна **30 баллам**.*

Таким образом, для нашего эксперимента мы взяли две группы детей: из них 6 человек с дизартрией и 4 человека с алалией. Мы ознакомились с данными анамнеза, прочитали неврологическое и психиатрическое заключения. На основании этих данных мы провели обследование.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ ПРИ ДЦП

Исследование нарушений речевого развития детей с ДЦП
проводилось на базе.....дети...частота использования программы.

3.1. Результаты первичного обследования детей с дизартрией и алалией

1. Исследование орального праксиса и артикуляционной моторики

Показатели группы детей с дизартрией

1) Подорванов Никита, 7 лет: сумма баллов – 6.

Надуй щеки – 2 балла (напряженное выполнение);

Надуй одну щеку – 0 баллов (наличие тремора);

Надуй другую щеку – 0 баллов (наличие тремора);

Упри язык в правую щеку – 1 балл (длительный поиск позы);

Помести язык между верхними зубами и верхней губой – 0 (наличие тремора);

Губы выдвинуты «трубочкой» - 1 балл (длительный поиск позы и неполный объем движения);

Язык «лопаткой» - 0 баллов (невыполнение);

Упражнение «маятник» - 1 балл (длительный поиск позы);

Упражнение «качели» - 0 баллов (не выполнение);

Чередование движений губами: «улыбка» - «трубочка» - 1 балл (длительный поиск позы, неполный объем движения).

2) Симаков Сережа, 7 лет: сумма баллов - 4.

Надуй щеки – 1;

Надуй одну щеку – 0;

Надуй другую щеку – 0;

Упри язык в правую щеку – 0;

Помести язык между верхними зубами и верхней губой – 1;

Губы выдвинуты «трубочкой» - 0;

Язык «лопаткой» - 0;

Упражнение «маятник» - 1;

Упражнение «качели» - 0;

Чередование движений губами: «улыбка» - «трубочка» - 1.

3) Уточкина Юля, 8 лет: сумма баллов – 5.

Надуй щеки – 1;

Надуй одну щеку – 0;

Надуй другую щеку – 0;

Упри язык в правую щеку – 1;

Помести язык между верхними зубами и верхней губой – 0;

Губы выдвинуты «трубочкой» - 1;

Язык «лопаткой» - 0;

Упражнение «маятник» - 1;

Упражнение «качели» - 0;

Чередование движений губами: «улыбка» - «трубочка» - 1.

4) Хохлова Анна, 8 лет: сумма баллов – 8.

Надуй щеки – 2;

Надуй одну щеку – 1;

Надуй другую щеку – 0;

Упри язык в правую щеку – 1;

Помести язык между верхними зубами и верхней губой – 0;

Губы выдвинуты «трубочкой» - 1;

Язык «лопаткой» - 1;

Упражнение «маятник» - 1;

Упражнение «качели» - 0;

Чередование движений губами: «улыбка» - «трубочка» - 1.

5) Минаков Никита, 7 лет: сумма баллов – 6.

Надуй щеки – 1;
Надуй одну щеку – 0;
Надуй другую щеку – 0;
Упри язык в правую щеку – 1;
Помести язык между верхними зубами и верхней губой – 0;
Губы выдвинуты «трубочкой» - 1;
Язык «лопаткой» - 1;
Упражнение «маятник» - 1;
Упражнение «качели» - 0;
Чередование движений губами: «улыбка» - «трубочка» - 1.

б) Кривопуз Витя, 8 лет: сумма баллов – 8.

Надуй щеки – 2;
Надуй одну щеку – 1;
Надуй другую щеку – 1;
Упри язык в правую щеку – 1;
Помести язык между верхними зубами и верхней губой – 0;
Губы выдвинуты «трубочкой» - 1;
Язык «лопаткой» - 0;
Упражнение «маятник» - 1;
Упражнение «качели» - 0;
Чередование движений губами: «улыбка» - «трубочка» - 1.

Показатели группы детей с моторной алалией

1) Баранов Леша, 8 лет: сумма баллов – 15.

Надуй щеки – 2;
Надуй одну щеку – 2;
Надуй другую щеку – 2;
Упри язык в правую щеку – 1;
Помести язык между верхними зубами и верхней губой – 1;
Губы выдвинуты «трубочкой» - 2;

Язык «лопаткой» - 1;

Упражнение «маятник» - 1;

Упражнение «качели» - 1;

Чередование движений губами: «улыбка» - «трубочка» - 2.

2) Жданов Денис, 8 лет: сумма баллов – 14.

Надуй щеки – 2;

Надуй одну щеку – 2;

Надуй другую щеку – 1;

Упри язык в правую щеку – 1;

Помести язык между верхними зубами и верхней губой – 1;

Губы выдвинуты «трубочкой» - 2;

Язык «лопаткой» - 1;

Упражнение «маятник» - 1;

Упражнение «качели» - 1;

Чередование движений губами: «улыбка» - «трубочка» - 2.

3) Ковалев Виталик, 8 лет: сумма баллов – 23.

Надуй щеки – 3;

Надуй одну щеку – 2;

Надуй другую щеку – 0;

Упри язык в правую щеку – 2;

Помести язык между верхними зубами и верхней губой – 3;

Губы выдвинуты «трубочкой» - 3;

Язык «лопаткой» - 2;

Упражнение «маятник» - 3;

Упражнение «качели» - 2;

Чередование движений губами: «улыбка» - «трубочка» - 3.

4) Колосков Саша, 7 лет: сумма баллов – 21.

Надуй щеки – 3;

Надуй одну щеку – 2;

Надуй другую щеку – 1;

Упри язык в правую щеку – 2;

Помести язык между верхними зубами и верхней губой – 1;

Губы выдвинуты «трубочкой» - 3;

Язык «лопаткой» - 1;

Упражнение «маятник» - 3;

Упражнение «качели» - 2;

Чередование движений губами: «улыбка» - «трубочка» - 3.

При выполнении упражнений дети с дизартрией испытывали больше трудностей, т.к. в их речевом аппарате преобладают нарушения по типу спастичности.

2. Исследование сформированности звуко-слоговой структуры слова

Результаты обследования детей с дизартрией и алалией приведены в таблице 1.

[см. Таблицу 1]

При выполнении задания дети как с дизартрией, так и с алалией испытывали трудности и показали низкий уровень результатов.

3. Составление предложения по картинкам

Составить предложения по картинкам смогли только дети с дизартрией. А все дети с алалией испытывали затруднения, т.к. они не владеют связной речью, а пользуются только обиходными фразами. А у Юли лепетная речь. Результаты обследования детей приведены в таблице 2.

[см. Таблицу 2]

4. Повторение цепочек слогов

Дети с дизартрией лучше справились с заданием чем группа с алалией, но тоже показали низкие результаты. В их речи присутствуют грубые аграмматизмы, пропуски, замены букв, слогов.

Результаты обследования детей приведены в таблице 3.

[см. Таблицу 3]

5. Исследование звукопроизношения и фонетического строя речи

Как выяснилось в результате этого задания, у детей с алалией не развит фонетический строй речи. Дети не могут повторить последовательность слов, у них имеются грубые аграмматизмы даже в простых слогах и словах. Дети с дизартрией показали результат лучше и 3 ребенка из шести смогли повторить цепочку из 2-3 слов, с простой слоговой структурой.

Результаты обследования детей приведены в таблице 4.

[см. Таблицу 4]

Таким образом, мы провели обследование детей с дизартрией и алалией. Выявили множество речевых нарушений, как со стороны звуко-слоговой структуры слова, так и со стороны фонематического и лексико-грамматического строя речи. Эти дети нуждаются в коррекционно-логопедической работе.

3.2. Результаты повторного обследования детей с дизартрией и алалией

1. Исследование орального праксиса и артикуляционной моторики

Показатели группы детей с дизартрией

1) Подорванов Никита, 7 лет: сумма баллов – 14.

Надуй щеки – 3 балла;

Надуй одну щеку – 1 балл;

Надуй другую щеку – 0 баллов;

Упри язык в правую щеку – 2 балла;

Помести язык между верхними зубами и верхней губой – 0 баллов;

Губы выдвинуты «трубочкой» - 2 балла;

Язык «лопаткой» - 1 балл;

Упражнение «маятник» - 2 балла;

Упражнение «качели» - 1 балл;

Чередование движений губами: «улыбка» - «трубочка» - 2 балла.

2) Симаков Сережа, 7 лет: сумма баллов - 10.

Надуй щеки – 2;

Надуй одну щеку – 1;

Надуй другую щеку – 0;

Упри язык в правую щеку – 1;

Помести язык между верхними зубами и верхней губой – 1;

Губы выдвинуты «трубочкой» - 1;

Язык «лопаткой» - 0;

Упражнение «маятник» - 2;

Упражнение «качели» - 0;

Чередование движений губами: «улыбка» - «трубочка» - 2.

3) Уточкина Юля, 8 лет: сумма баллов – 9.

Надуй щеки – 2;

Надуй одну щеку – 0;

Надуй другую щеку – 0;

Упри язык в правую щеку – 2;

Помести язык между верхними зубами и верхней губой – 0;

Губы выдвинуты «трубочкой» - 1;

Язык «лопаткой» - 1;

Упражнение «маятник» - 2;

Упражнение «качели» - 0;

Чередование движений губами: «улыбка» - «трубочка» - 1.

4) Хохлова Анна, 8 лет: сумма баллов – 14.

Надуй щеки – 2;

Надуй одну щеку – 1;

Надуй другую щеку – 1;

Упри язык в правую щеку – 2;

Помести язык между верхними зубами и верхней губой – 1;

Губы выдвинуты «трубочкой» - 2;

Язык «лопаткой» - 1;

Упражнение «маятник» - 2;

Упражнение «качели» - 1;

Чередование движений губами: «улыбка» - «трубочка» - 1.

5) Минаков Никита, 7 лет: сумма баллов – 13.

Надуй щеки – 2;

Надуй одну щеку – 1;

Надуй другую щеку – 0;

Упри язык в правую щеку – 2;

Помести язык между верхними зубами и верхней губой – 0;

Губы выдвинуты «трубочкой» - 2;

Язык «лопаткой» - 1;

Упражнение «маятник» - 2;

Упражнение «качели» - 1;

Чередование движений губами: «улыбка» - «трубочка» - 2.

6) Кривопуз Витя, 8 лет: сумма баллов – 16.

Надуй щеки – 3;

Надуй одну щеку – 1;

Надуй другую щеку – 1;

Упри язык в правую щеку – 2;

Помести язык между верхними зубами и верхней губой – 1;

Губы выдвинуты «трубочкой» - 2;

Язык «лопаткой» - 1;

Упражнение «маятник» - 2;

Упражнение «качели» - 1;

Чередование движений губами: «улыбка» - «трубочка» - 2.

Показатели группы детей с моторной алалией

1) Баранов Леша, 8 лет: сумма баллов – 22.

Надуй щеки – 3;

Надуй одну щеку – 2;
Надуй другую щеку – 2;
Упри язык в правую щеку – 2;
Помести язык между верхними зубами и верхней губой – 2;
Губы выдвинуты «трубочкой» - 3;
Язык «лопаткой» - 2;
Упражнение «маятник» - 2;
Упражнение «качели» - 1;
Чередование движений губами: «улыбка» - «трубочка» - 3.

2) Жданов Денис, 8 лет: сумма баллов – 24.

Надуй щеки – 3;
Надуй одну щеку – 3;
Надуй другую щеку – 2;
Упри язык в правую щеку – 2;
Помести язык между верхними зубами и верхней губой – 1;
Губы выдвинуты «трубочкой» - 3;
Язык «лопаткой» - 2;
Упражнение «маятник» - 3;
Упражнение «качели» - 2;
Чередование движений губами: «улыбка» - «трубочка» - 3.

3) Ковалев Виталик, 8 лет: сумма баллов – 27.

Надуй щеки – 3;
Надуй одну щеку – 3;
Надуй другую щеку – 2;
Упри язык в правую щеку – 3;
Помести язык между верхними зубами и верхней губой – 3;
Губы выдвинуты «трубочкой» - 3;
Язык «лопаткой» - 2;
Упражнение «маятник» - 3;

Упражнение «качели» - 2;

Чередование движений губами: «улыбка» - «трубочка» - 3.

4) Колосков Саша, 7 лет: сумма баллов – 25.

Надуй щеки – 3;

Надуй одну щеку – 2;

Надуй другую щеку – 2;

Упри язык в правую щеку – 2;

Помести язык между верхними зубами и верхней губой – 2;

Губы выдвинуты «трубочкой» - 3;

Язык «лопаткой» - 2;

Упражнение «маятник» - 3;

Упражнение «качели» - 3;

Чередование движений губами: «улыбка» - «трубочка» - 3.

После проведенной коррекционно-логопедической работы дети стали более уверены при выполнении заданий, их результаты улучшились. Дети не испытывают трудности в понимании выполнения упражнений, чувствуют себя более расковано.

2. Исследование сформированности звуко-слоговой структуры слова

Результаты обследования детей с дизартрией и алалией приведены в таблице 5. [см. Таблицу 5]

Из результатов этого обследования, мы видим, что звукослоговая структура в речи детей значительно изменилась в лучшую сторону. У детей с дизартрией уменьшились пропуски в словах, нет грубых агромматизмов. Уточкина Юля научилась выделять звуки из слогов. Дети с алалией научились слова складывать в слова, простые слова произносят полностью, Жданов Денис научился произносить простые слова, расширяется его активный словарь.

3. Составление предложения по картинкам

Составить простые предложения по картинкам могут все дети с дизартрией, кроме Уточкиной Юли, а дети с алалией пытаются рассказать отдельными фразами.

Результаты обследования детей приведены в таблице 6. [см. Таблицу 6]

4. Повторение цепочек слогов

Дети с дизартрией лучше справились с заданием чем группа с алалией, но тоже показали низкие результаты. Ааграмматизмы, пропуски, замены букв, слогов уменьшились. Но затруднения еще есть. У детей с алалией появляются связные слова.

Результаты обследования детей приведены в таблице 7. [см. Таблицу 7]

5. Исследование звукопроизношения и фонетического строя речи.

Как выяснилось в результате этого задания, у детей с алалией начал развиваться фонетический строй речи. Дети могут повторить последовательность двух слов, грубые аграмматизмы присутствуют только в сложных словах. Дети с дизартрией более легко справляются с этим заданием, но все же еще испытывают сложности при большом количестве слов или при назывании сложных слогов. [см. Таблицу 8]

Таким образом, мы видим, что результаты детей гораздо выше предыдущих. Это говорит о положительном влиянии коррекционно-логопедической работы на развитие речи.

3.3. Сравнительный анализ развития речи детей под влиянием коррекционно-логопедической работы

Мы обследовали детей с 1 по 15 сентября 2010 года. При обследовании выявили 6 человек с дизартрией и 4 человека с алалией. После обследования всех детей мы написали коррекционный план на каждого ребенка. С сентября по декабрь нами проводилась коррекционно-логопедическая работа, после чего

мы провели повторное обследование и проследили положительную динамику в развитии речи детей.

1.Подорванов Никита, 7 лет.

Язык – спинка менее напряжена. Вверх язык поднимает с усилием, движение вправо выполняет. Сила голоса увеличилась.

4.Лексико-грамматический строй речи – активный словарь расширился, состоит из обиходных фразовы слов, симантическая сторона речи развита лучше. Приобрел навыки словообразования.

5.Фонетический строй речи – выделяет гласный, заданный из ряда, правильно повторяет слова – паронимы, удерживает последовательность 2-3 слов. Слоговая структура слов сохранена.

6.Звукопроизношение – произношение шипящих, свистящих, аффрикатов улучшилось. Различает звуки по глухости-звонкости в середине слова (нож-ножи).

2.Симаков Сережа, 7 лет.

3.Строение речевого аппарата – смычка губ, вибрация – усилились. Язык – тонус снизился, тремора нет.

4.Лексико-грамматический строй речи – грубо нарушена слоговая структура только в сложных словах, стойкие аграмматизмы только в сложных, длинных словах. Фразовая речь расширилась, количество слов увеличилось.

5.Фонетический строй речи – начал формироваться, звуко-буквенный анализ улучшился, легче составляет слова. Активный словарь увеличился.

6.Звукопроизношение – отмечается нарушение произношения свистящих: парасигматизм – з-з', ц-с'; парасигматизм шипящих: ш-с', , ч-с'; ротацизм: р-одноударные .

3.Уточкина Ю., 8 лет.

Спастичность губ снизилась. Язык –спастичность спинки языка снизилась, умеет поднимать вверх, движения влево-вправо, подъязычная связка удлинилась.

4.Лексико-грамматический строй речи – в речи появляются слоги, короткие слова. Пассивный словарь расширился.

5.Фонетический строй речи – Звуко-буквенный анализ начал формироваться.

6.Звукопроизношение – отсутствуют звуки: ж, з, п, р, ф, х, щ, ц.

4.Хохлова А., 8 лет.

3.Строение речевого аппарата – губы менее напряжены, небная занавеска слегка провисает. Язык – движения стали более точными, на короткое время получается удержать позу.

4.Лексико-грамматический строй речи – активный словарь расширился, словообразование – начинает владеть.

5.Фонетический строй речи – гласные выделяет, согласные выделяет в начале слова, по глухости-звонкости – начал дифференцировать. В памяти удерживает 2-3 слога.

6.Звукопроизношение – дифференцирует Ч, Щ, Т; Ц, С.

5.Минаков Н., 7 лет.

3.Строение речевого аппарата – вибрация губ – усилилась. Язык – тонус снижен, тремора нет.

4.Лексико-грамматический строй речи – слоговая структура, структура слов улучшилась, стойкие аграмматизмы только в сложных словах. Фразовая речь расширилась, количество слов увеличилось.

5.Фонетический строй речи – начал формироваться, звуко-буквенный анализ улучшился, слова составляет. Активный словарь расширился.

6.Звукопроизношение – отмечается нарушение произношения свистящих: парасигматизм –ц-с’; парасигматизм шипящих: ш-с’, ж-з’.

6.Кривопуз В., 8 лет.

3.Строение речевого аппарата – Язык –спинка менее напряжена. Вверх язык поднимает.

4.Лексико-грамматический строй речи – пассивный словарь стал шире, активный состоит из фразовых слов. Навыкам словообразования учиться владеть, имеет навыки словоизменения.

5.Фонетический строй речи – выделяет гласный, заданный из ряда, правильно повторяет слова – паронимы, последовательность 2-3 слов удерживает. Слоговая структура слов – допускает грубые ошибки.

6.Звукопроизношение – произношение шипящих, свистящих, аффрикатов нарушено. Начал различать звуки по глухости-звонкости в середине коротких слов (нож-ножи).

Из группы детей с диагнозом моторная алалия.

1.Баранов Л., 8 лет.

3.Строение речевого аппарата – Язык – стали удаваться быстрые движения, улучшение моторики.

4.Лексико-грамматический строй речи – нарушен ритм и темп речи, уменьшилось количество неправильно произносимых звуков, отсутствия звуков (стол-тол), уменьшилась замена звуков; перестановка звуков в слогах, словах.

5.Фонетический строй речи – фонематическое восприятие формироваться, последовательность 1-2 слогов в памяти удерживает.

6.Звукопроизношение – перестановка звуков уменьшилась, фонемы старается не повторять упрощения слов уходят из речи.

2.Жданов Д., 8 лет.

3.Строение речевого аппарата –подъязычная связка – удлинилась.

4.Лексико-грамматический строй речи – речь начала формироваться в отдельные звуки, слоги и короткие слова.

5.Фонетический строй речи – звуко-буквенный анализ улучшается, фонематическое восприятие начало формироваться.

6.Звукопроизношение – отсутствуют звуки:, п, р, ф; замена звуков Ч, Щ=Т, Ш=С.

3.Ковалев В., 8 лет.

4.Лексико-грамматический строй речи – грубо нарушена слоговая структура сложных слов, аграмматизмы только в сложных словах, пропуски только сложных звуков; замена сложных звуков, искажение только сложных звуков.

5.Фонетический строй речи – звуко-буквенный анализ улучшается, последовательность 1-2 слогов в памяти удерживает.

6.Звукопроизношение – Л=Р; отсутствие звуков:, з, п. Замена слогов уменьшилась, перестановка, упрощение звуков в речи стала реже.

4.Колосков С., 7 лет.

4.Лексико-грамматический строй речи – повторение звуков, слогов; перестановка звуков, пропуски, замена и искажение сложных звуков уменьшилась.

5.Фонетический строй речи – звуко-буквенный анализ улучшился, последовательность 2-3 слогов в памяти удерживается.

6.Звукопроизношение – Ш, Ж=С, отсутствуют звуки: р, ф.

Таким образом, мы видим значительные результаты в формировании речи детей с ДЦП после проведения коррекционно-логопедической работы. Дети стали более активны, их словарь расширился. Улучшилась звуко-слоговая структура слов, формируется фонетический строй речи, произошли изменения в артикуляционном аппарате. Необходимо и в дальнейшем проводить систематизированную коррекционную работу, учитывая особенности речи каждого ребенка.

3.4. Дифференцированная коррекционно-логопедическая работа с детьми с дизартрией и алалией

Значительное увеличение количества детей с дизартрическими расстройствами речи обострило, с одной стороны, проблему поиска эффективных методов коррекции данных нарушений, а с другой - проблему

повышения компетентности специалистов, обеспечивающих коррекционнопедагогический процесс.

Ведущим дефектом при дизартрии являются нарушения звукопроизносительной и просодической сторон речи, обусловленные недостаточной иннервацией речевого аппарата. Она проявляется в нарушении мышечного тонуса общей, мимической и артикуляционной мускулатуры, парезах или параличах мышц артикуляционного аппарата, патологических двигательных проявлениях мышц речевого аппарата (синкинезиях, гиперкинезах, судорогах и т.п.), недостаточном объеме и амплитуде артикуляционных движений, недостаточности проприоцептивных ощущений, а также в недостаточной сформированности произвольных, координированных движений органов артикуляции.

У детей с дизартрией наблюдается полиморфное нарушение произношения, проявляющееся в искажениях, заменах, пропусках, смешениях звуков. Характерным является боковое, межзубное произношение и упрощение артикуляции, которое проявляется в заменах целевых звуков смычными, звонких - глухими, шипящих - свистящими, твердых - мягкими.

Дети с дизартрией с трудом овладевают звуковым анализом. Причина кроется в неправильном развитии восприятия речевых звуков, отсутствия у ребенка четкого кинестетического образа звука. Нарушения звукопроизношения влияют и на овладение грамматическим строем речи. [2]

Большое количество ошибок дети допускают в падежных формах существительных, в согласовании существительных с числительными и прилагательными.

Комплексный органический характер артикуляционных и речевых нарушений у детей с дизартрией, отягощенность неврологической симптоматикой, нарушениями эмоционально-волевой сферы существенно снижают результативность подготовки этой категории детей к школьному обучению. Часто обычные методы постановки звуков не дают должного

эффекта: артикуляционные уклады долго не формируются, без осуществления контроля быстро распадаются, поставленные звуки длительное время не автоматизируются в самостоятельной речи ребенка. Специфика речевого развития и не критичное отношение детей с дизартрией к своей речи обуславливает необходимость поиска более эффективных путей коррекции данного речевого дефекта в условиях дошкольного учреждения.

Оптимальный выбор логопедического воздействия зависит от компетентности специалиста, осуществляющего полифункциональную коррекционно-педагогическую деятельность. Для коррекции дизартрии логопед должен владеть широким кругом специальных умений, многие из которых формируются долго и лишь в процессе работы с детьми.

Приемы использования зондового массажа

Использование зондового массажа, наряду с традиционными методами логопедического и педагогического воздействия, помогает логопеду в 2-3 раза ускорить процесс постановки и, что самое главное, автоматизации звуков у детей с дизартрией.

Для систематической коррекционной работы в школьном образовательном учреждении компенсирующего вида, включающей зондовый массаж, необходимы следующие условия: методическая и техническая подготовленность учителя-логопеда, соответствующее оснащение логопедического кабинета, взаимодействие учителя-логопеда с врачом-невропатологом, взаимодействие учителя-логопеда с воспитателями, включение родителей в коррекционный процесс, сочетание зондового массажа с традиционными методами логопедического и педагогического воздействия.

Остановимся на каждом из них подробно. Для применения зондового массажа в практической деятельности учитель-логопед должен пройти обучение на авторских курсах Е.В.Новиковой и получить документ, подтверждающий право на осуществление этого вида деятельности.

[см. Рисунок 9-15]

Учитель-логопед должен не только владеть техникой зондового массажа, но и иметь ясное представление о физиологическом действии массажных приемов. Знание анатомии речевого аппарата, топографии мышц, сосудов, нервов, владение методикой обследования артикуляционных органов поможет осуществить правильный подбор массажных приемов.

Занятия, включающие зондовый массаж, рекомендуется проводить в хорошо освещенном помещении площадью 14-16 квадратных метров, температура воздуха в котором не должна быть ниже +22 градусов. Во время сеанса массажа ребенок должен находиться в положении «полулежа», с этой целью кабинет необходимо оборудовать кушеткой с уплотненным матрасом и высокой подушкой.

Для каждого ребенка должны использоваться индивидуальные комплекты зондов, емкость с дезинфицирующим раствором, наборы салфеток.

Прежде чем приступить к осуществлению массажа с помощью зондов, учителю-логопеду необходимо внимательно изучить заключения педиатра, невропатолога, отоларинголога, в которых содержится характеристика состояния здоровья ребенка и неврологической симптоматики, нарушений иннервации мышц, форма пареза или паралича.

Ни в коем случае нельзя проводить массаж, если у ребенка активные формы туберкулеза, конъюнктивиты, наличие герпеса на губах или другие инфекции полости рта, острая крапивница, отек Квинке в анамнезе, наличие увеличенных лимфатических желез, фурункулез, ОРЗ, стоматит. От массажа с помощью зондов следует отказаться и при наличии эписиндрома, поведенческого негативизма, гиперчувствительности к воздействию зондами, «географического языка».

Наличие у детей с дизартрией гипертензионно-гидроцефального, церебрастенического синдромов, синдрома двигательных расстройств обуславливает необходимость взаимодействия учителя-логопеда и невропатолога.

В содержание совместной работы этих специалистов входит уточнение речевого и неврологического диагнозов по результатам логопедического и неврологического обследования. На основании полученных данных составляются индивидуальные планы, включающие комплексы медико-педагогических средств реабилитации. В течение всего коррекционно-педагогического процесса специалистами осуществляется общее наблюдение за детьми с целью корректировки индивидуальных реабилитационных программ.

Взаимодействие учителя-логопеда с воспитателями компенсирующей группы также является одним из условий эффективности коррекционной работы. Воспитатель по заданию логопеда проводит с детьми артикуляционную гимнастику, упражнения на развитие речевого дыхания, слухового внимания, слуховой памяти и фонематического восприятия, закрепляет и автоматизирует поставленные логопедом звуки, но ни в коем случае не осуществляет их постановку.

Огромная роль в преодолении речевого дефекта у детей принадлежит семье. Включение родителей в коррекционный процесс формирует у них адекватное отношение к проблемам своего ребенка, способствует накоплению знаний, необходимых для оказания ему помощи, благотворно влияет на формирование личности ребенка, его самооценки, осознанного отношения к работе над собственной речью. На первом родительском собрании, которое проводится совместно с врачом-невропатологом, родителям сообщаются сведения о причинах дизартрии, ее симптоматике, методах коррекции, в частности зондовом массаже. На семинаре-практикуме логопед демонстрирует родителям приемы массажа. Участие родителей в коррекционной работе, своевременное получение информации об успехах ребенка способствует развитию контактов всех участников образовательного процесса, что благотворно влияет на его эффективность.

Логопедические мероприятия при дизартриях строятся с учетом патогенетической общности структуры двигательного и речевого дефекта. [18]

В случае повышения мышечного тонуса в речевых мышцах, наиболее характерного для псевдобульбарной дизартрии, занятия начинают с расслабления мышц артикуляционного аппарата. Ребенку придают положения, в которых активность тонических рефлексов минимальна, тонус мышц лица, шеи и языка снижен.

Приемы расслабления мышц шеи

Положение на спине, голова несколько свешивается назад. Одной рукой логопед поддерживает шею ребенка сзади, другой производит круговые движения головой сначала по часовой, затем против часовой стрелки. После нескольких пассивных движений стимулируют их активное выполнение.

Положение на спине, голова ребенка слегка свешивается с края стола и лежит на ритмично двигающейся из стороны в сторону дощечке.

Положение на животе, голова свисает с края стола. Выполняют те же боковые движения.

Расслабляющий массаж лица

Положение на спине полусогнутое. Легкие поглаживающие движения кончиков пальцев от середины лба к вискам, от бровей к волосистой части головы и от линии лба вокруг глаз, по щекам к мышцам шеи и плеч. Эти движения должны вызывать у ребенка приятные ощущения. Расслабляющий массаж следует строго дозировать, не захватывая сразу все области лица.

При гиперчувствительности лицевых и артикуляционных мышц необходима постепенно усиливающаяся тактильная стимуляция.

Приемы расслабления губных мышц

Положение на спине, ноги слегка согнуты, руки вдоль туловища, голова слегка свешивается назад. Указательные пальцы располагают в точках, находящихся между серединой верхней губы и углами рта, и двигают по направлению к средней линии, так чтобы верхняя губа собиралась в вертикальную складку. То же проделывают с нижней губой, затем с обеими вместе.

Указательные пальцы располагают в тех же точках и смещают ими вверх верхнюю губу и вниз нижнюю губу, обнажая десны,

Указательные пальцы располагают в углах рта и растягивают губы, как при улыбке. Обратным движением с образованием морщинок губы возвращают в исходное положение.

Эти упражнения делают при различных положениях рта - закрытом, приоткрытом, полуоткрытом, широко открытым. После некоторого расслабления лицевых и губных мышц рту пассивно придают нормальное положение. Ребенок смотрит в зеркало, логопед фиксирует его внимание на ощущении закрытого рта.

Приемы расслабления мышц языка

1. Ребенок открывает рот самостоятельно или с помощью логопеда. Движение нижней челюсти вниз приводит к опусканию спастически приподнятого языка и его расслаблению, поскольку собственные мышцы языка тесно связаны с мышцами нижней челюсти. Детям старшего возраста подобные упражнения предлагаются в виде аутотренинга:

«Ты спокоен, совершенно расслаблен, язык спокойно лежит во рту. Медленно опускай его вниз, когда опускается нижняя челюсть».

2. На кончик языка кладут кусочек стерильной марли или стерильную пробку. Возникающее тактильное ощущение помогает ребенку понять, что что-то мешает свободно двигать языком, т. е. ощутить состояние спастичности. После этого логопед шпателем или языковым депрессором производит легкие горизонтальные нажимы, добиваясь расслабления языка. Ребенок постепенно научится чувствовать разницу тонуса мышц языка.

3. Логопед осторожно захватывает язык стерильной марлевой салфеткой и плавно ритмично двигает его в стороны. Лучше всего движения делать, когда ребенок лежит на животе. Постепенно пассивная помощь логопеда уменьшается, и ребенок сам начинает выполнять эти упражнения.

Артикуляционная гимнастика

При проведении артикуляционной гимнастики большое значение придается тактильно-проприоцептивной стимуляции, способствующей развитию статикодинамических ощущений и четких артикуляционных кинестезии. На начальных этапах занятия проводят с максимальным подключением других, более сохранных анализаторов (зрительного, слухового, тактильного), осуществляя принцип компенсации. Далее для развития более четких и дифференцированных артикуляционных кинестезии постепенно исключают их участие. Многие упражнения проводят с закрытыми глазами, акцентируя внимание ребенка на проприоцептивных ощущениях. Артикуляционная гимнастика дифференцируется в зависимости от формы дизартрии и тяжести поражения артикуляционного аппарата. Работе над речевыми мышцами предшествуют упражнения для мимических мышц лица. Ребенка учат закрывать и открывать глаза, хмурить брови, надувать щеки, проглатывать слюну, закрывать и открывать рот, захватывать и удерживать губами леденцы, палочки различного размера, пить через соломинку. Сначала ему помогает логопед, затем ребенок делает это сам по словесной инструкции, на начальных этапах - подражая изображению на картинках. Например: «Открой рот широко», «Вытяни губы вперед», «Губы в спокойном состоянии», «Собери губы морщинками и верни их в исходное состояние». Предлагаются задания по имитации положения рта, изображенного на картинках. Постепенно упражнения усложняются: ребенка просят дуть через расслабленные губы, вибрировать губами. Эти упражнения можно проводить с сопротивлением. Например: ребенок охватывает трубочку губами и старается удержать, несмотря на попытки логопеда вытянуть ее изо рта. Артикуляционная гимнастика включает воспитание активных движений языка вперед, в стороны, назад, к верхним и нижним зубам, изолированных движений языка и нижней челюсти. Затем тренируют сочетанные дифференцированные движения языка и губ, необходимые для формирования звуков. Логопедические занятия вначале

проводят пассивно, затем пассивно-активно и, наконец, при активном участии ребенка.

Для развития артикуляционной моторики широко используют игротерапию. Игры подбирают в зависимости от характера и степени нарушения артикуляционной моторики, а также с учетом возраста ребенка. [21]

Дыхательная гимнастика

Начинают с общих дыхательных упражнений, способствующих увеличению объема дыхания и нормализации его ритма.

1. Ребенка просят сделать вдох, одновременно поднимая руки вверх, отводя их в стороны, назад и выпрямляя туловище, выдох - руки опустить, привести к грудной клетке, наклонить туловище вперед. Движения, стимулирующие вдох и выдох, ритмично повторяют.

2. В положении на спине в ритме дыхания сгибают ноги и надавливают ими на грудную клетку, затем разгибают. Упражнение способствует нормализации движений диафрагмы.

3. Рот закрыт. Одну ноздрю зажимают, и ребенок дышит под определенный ритм (счет или стук метронома), потом зажимают вторую ноздрю и повторяют тот же цикл дыхательных движений.

4. Перед ноздрями ребенка создают «веер воздуха», что усиливает глубину вдоха.

5. Рот закрыт, при необходимости логопед придерживает сомкнутые губы пальцами. Ребенка просят глубоко вдохнуть и выдыхать длительно через нос. Упражнение тренирует выдох через нос.

6. Логопед закрывает ноздри ребенка и просит его вдыхать через рот до того момента, когда он даст ему инструкцию произносить отдельные гласные звуки и слоги. Упражнение тренирует вдох через рот.

7. Ребенок делает вдох через рот. Логопед кладет руки на грудную клетку, как бы препятствуя вдоху в течение 1-2 с. Это способствует более глубокому и быстрому вдоху и более удлиненному выдоху.

8. Ребенка просят как можно дольше задерживать вдох, добиваясь таким образом более быстрого и глубокого вдоха и медленного выдоха.

В момент выдоха логопед произносит различные гласные звуки, стимулируя ребенка подражать ему, варьируя при этом громкость и тональность голоса. Затем ребенка побуждают к произнесению щелевых согласных изолированно и в сочетании с гласными, а также других звуков и слогов. Рекомендуется произнесение следующих рядов гласных, согласных звуков и слогов (шепотом и громко): у – ау – уо – уа; о – оу – ао – оа; э – иу – ио – иа; и – эу – эо – эа; ф – с – ш – х; аф – аш – ас; фо – со – шо; фи – си – сию; фа – са – ша и др.

Важное значение имеют также специальные упражнения-игры: выдувание мыльных пузырей, задувание свечей, сдувание со стола мелких пушинок и бумажек и т. п. Игры подбирают дифференцированно в зависимости от возраста и характера нарушения дыхания. Основные правила дыхательной гимнастики: не переутомлять ребенка; следить за тем, чтобы он не напрягал плечи, шею, не принимал порочную позу; концентрировать его внимание на ощущениях движений диафрагмы, межреберных мышц, продолжительности произвольного вдоха и выдоха; следить за плавностью и ритмичностью дыхательных движений. Дыхательная гимнастика проводится до еды, в хорошо проветренном помещении, ежедневно по 5-10 мин.

Развитие голоса

Голосовые упражнения начинают с общего расслабления, артикуляционного массажа и гимнастики. Особое значение имеет расслабление мышц шеи описанными выше приемами, и сочетание движений головы с произнесением цепочек гласных звуков «и – э – о – у – а – ы». Важную роль играет активизация движений мягкого неба: глотание капель воды,

покашливание, зевота, произнесение гласного звука «а» во время короткого энергичного выдоха. Упражнения делают перед зеркалом, под счет.

Нормальное голосообразование возможно в том случае, если ребенок способен открывать и закрывать рот, опускать нижнюю челюсть, имитировать жевательные движения. Логопед стимулирует поднятие нижней челюсти легким ритмичным постукиванием по подбородку. Затем больной учится опускать нижнюю челюсть, вначале с помощью логопеда, затем самостоятельно. Во время этих упражнений целесообразно использовать привязанный к веревке ярко окрашенный шарик. В момент опускания нижней челюсти ребенок тянет рукой шарик вниз, позже выполняет это упражнение с закрытыми глазами, зрительно представляя себе опускание шарика вниз. В процессе упражнений тренируется произвольный контроль за объемом и темпом движения.

Ребенку дается инструкция опускать нижнюю челюсть и одновременно произносить различные сочетания звуков, например «кар – кар».

Для укрепления мышц небной занавески используют упражнения чередования ее расслабления и напряжения. Например, ребенка просят попеременно произносить следующие звуки: «м – па – м – па»; «м – бай – м – бай» и т.д. Для стимуляции голосовых реакций полезны совместное с логопедом пение, выразительная декламация, медленное попеременное (то шепотом, то громко) произнесение гласных. Одновременно тренируют увеличение длины речевого выдоха: вначале на одном выдохе произносят по две гласных (а – э; о – у; э – и и т.д.), затем по три (а – э – о; о – у – и и т. д.) и, наконец, по четыре (а – э – о – у и др.). Потом произносят слоги с постепенным удлинением их цепочек, слова с определенными звуками, стихотворения, скороговорки, последние со сменой ударения и убыстрением темпа речи, то шепотом, то громко. Важное значение имеют упражнения по развитию силы, тембра и высоты голоса, например счет десятками (десять, двадцать, тридцать и т. д.) с постепенным усилением (прямой счет) и

ослаблением (обратный счет) голоса, а также произнесение букв в алфавитном порядке, чтение стихотворений с постепенным усилением и ослаблением голоса. Различные игры, чтение сказок по ролям, инсценировки помогают развитию высоты и тембра голоса, мелодико-интонационной стороны речи, гибкости и модуляции голоса.

Развитие артикуляционного праксиса

Стимулируя артикуляционную моторику, обращают внимание ребенка на возникающие при этом ощущения. Для развития двигательно-кинестетической обратной связи важно ежедневно повторять следующие упражнения: потряхивание верхней и нижней губы, расправление щек (приподнимание их от зубной арки), опускание и поднятие нижней челюсти, прижатие языка к нижним и верхним резцам. Вначале эти движения делают перед зеркалом, затем при закрытых глазах. Логопед проделывает то или иное движение, а ребенок называет его.

Кроме того, ежедневно тренируют следующие *артикуляторно-сенсорные схемы*:

1) двугубная: верхнюю и нижнюю губы пассивно смыкают, удерживают в этом положении, фиксируют внимание ребенка на сомкнутых губах, затем просят его дуть через губы, раскрывая их;

2) губно-зубная: указательным пальцем левой руки логопед приподнимает верхнюю губу, обнажая верхние зубы, указательным пальцем правой руки поднимает нижнюю губу до уровня верхних резцов и просит ребенка дуть;

3) язычно-зубная: ребенок помещает язык между зубами и удерживает его;

4) язычно-альвеолярная: кончик языка прижимают и удерживают против альвеолярного отростка, ребенка просят дуть, разрывая контакт;

5) язычно-небная: голову несколько закидывают назад, заднюю часть языка приподнимают к твердому небу, ребенка просят производить кашлевые

движения, фиксируя внимание на ощущениях контакта языка и неба и его прорыва.

Для развития артикуляционного праксиса большое значение имеют рано начатая логопедическая работа, расширение и обогащение речевого опыта ребенка, а также преобладание специальных слоговых упражнений над чисто артикуляционными. Подбирают серии слогов, которые требуют последовательной смены различных артикуляционных движений. В эти слоги обязательно вводят губно-язычные, двугубные, губно-зубные, язычно-зубные, двугубные язычно-альвеолярные, язычно-небные и другие комбинации. Для каждого ребенка слоговые упражнения подбирают индивидуально исходя из структуры дефекта и общего дидактического принципа - от простого к сложному. Слоговые упражнения на начальных этапах надо выполнять медленно, фиксируя внимание ребенка на двигательных ощущениях. Примеры некоторых слоговых упражнений: бе – ве; ба – ва; за – да – жа – ра – га – ва, ба – ва; ба – за; ба – да; да – ба; ба – ра; ба – га; жа – ба; ра – ба; га – ба и др.

Работа над звукопроизношением

У ребенка, состояния его интеллекта, уровня речевого развития. Их сочетают со стимуляцией дифференцированного слухового восприятия и звукового анализа. Занятия проводят поэтапно, начиная с коррекции тех звуков, артикуляция которых у данного ребенка более сохранна. За вызыванием и постановкой звука обычно следует длительный период их стабилизации и автоматизации во всех контекстах и в различных речевых ситуациях. Работая над звукопроизношением, логопед подбирает для ребенка такие позы, при которых нарушение мышечного тонуса и интенсивность насильственных движений в артикуляционных мышцах минимальны. Наряду с общими подходами к коррекции дизартрии используют дифференцированные приемы стимуляции, наиболее эффективные при той или иной форме.

При псевдобульбарной дизартрии основное внимание обращают на расслабление общих и речевых мышц, развитие дифференцированных

артикуляционных движений, преодоление гиперсаливации, синкинезий и рефлексов орального автоматизма. Для подавления последних логопед нежно прикасается к губам ребенка ваткой, другой рукой препятствуя их рефлекторным движениям. Таким же образом тормозят и оральные синкинезии. Эти упражнения проводят систематически 2-3 раза в день, чередуя их с обучением ребенка глотанию, жеванию, питью из чашки, произвольному дыханию, дутью.

При мозжечковой дизартрии укрепляющий массаж лицевых и артикуляционных мышц сочетают со специальными логоритмическими упражнениями, речевой игротерапией и пением для развития координации дыхания, фонации и артикуляции. Во время артикуляционной гимнастики тренируют способность воспроизводить и сохранять артикуляционные уклады, а также точность артикуляционных движений. Для усиления ощущения движений многие упражнения проводят с сопротивлением.

При экстрапирамидной дизартрии артикуляционную гимнастику проводят в положениях, способствующих расслаблению ребенка и торможению произвольных движений, особенно в мышцах лица и шеи. Дополнительно можно использовать специальные приспособления для фиксации головы и конечностей. Ребенка учат следить за положением рта, языка, общей мимикой лица, тормозить гиперкинез, произвольно закрывать и открывать глаза без общего напряжения и содружественных движений, воспроизводить, удерживать и ощущать различные артикуляционные уклады, а также плавно переходить от одного к другому. В старшем дошкольном и школьном возрасте используют элементы аутогенной тренировки.

При корковой афферентной апрактической дизартрии основное внимание обращают на развитие кинестетических ощущений, орального и ручного праксиса, лицевого гнозиса.

При корковой эфферентной дизартрии артикуляционная гимнастика направлена на развитие тонких дифференцированных артикуляционных

движений, особенно перемещение кончика языка вверх. Логопед при помощи шпателя или языкового зонда помогает этому движению. Внимание ребенка сосредотачивают на ощущении положения языка. Одновременно он видит этот уклад в зеркале. Затем учат ребенка опускать язык на дно полости рта в нейтральную позицию и чередовать его опускание и поднятие. При корковой дизартрии в основном стимулируют произношение переднеязычных звуков, начиная с группы твердых переднеязычных - «т», «д», «н», затем ставят более сложные звуки - «р», «л» и аффикативные.

Таким образом существует множество различных современных методов коррекции речи у детей с ДЦП. Но наиболее систематизированный и результативный по нашему мнению, является метод Е.М. Мастюковой, а также зондовый массаж Е.В. Новиковой.

Детские церебральные параличи представляют собой резидуальные состояния с непрогрессирующим течением. Однако по мере развития ребенка, особенно в раннем возрасте, клиническая симптоматика может видоизменяться. Это связано с возрастной динамикой морфофункциональных взаимоотношений патологически развивающегося мозга, нарастанием декомпенсации, обусловленным все больше несоответствием между возможностями нервной системы и требованиями, предъявляемыми окружающей средой к растущему организму. Кроме того, в случае присоединения таких патологических синдромов, как гидроцефалия, судороги, вегетативные расстройства, а также инфекционных заболеваний, интоксикаций, повторных травм мозга может возникнуть впечатление, что процесс прогрессирует. Подобная «псевдопроцессуальность» при детских церебральных параличах наблюдается нередко. Прогрессирующие наследственные заболевания нервной системы, поражение спинного мозга или периферических нервов к детским церебральным параличам не относятся.

Таким образом, речевое развитие ребенка с ДЦП связано с различными факторами, как внутренней так и внешней среды. Необходим комплексный

подход к этой проблеме и привлечение таких специалистов как воспитатель, педагог, психолог, невролог и логопед. Немаловажную роль также, играют родители и климат в семье.

Уже в доречевом периоде у детей страдающих ДЦП можно выявить патологию артикуляционно-моторных рефлексов, которые в дальнейшем будут влиять на развитие речевых нарушений. Для этих детей характерны различные формы речевого дизонтогенеза, проявляющиеся как в виде обратимых нарушений - задержек речевого развития, так и более стойких системных расстройств - общего недоразвития речи. Эти нарушения редко бывают изолированными, чаще они сочетаются и зависят от формы и тяжести параличей.

Дизартрия является основным и часто встречающимся речевым нарушением у детей с ДЦП. Виды дизартрии зависят от форм и тяжести параличей и парезов. Это необходимо учитывать при диагностике и планировании коррекционно-логопедических и лечебных мероприятий.

При коррекционно-логопедической работе необходимо учитывать онтогенетическое последовательное развитие сенсорных функций речи и интеллекта, предупреждение их нарушений, следует проводить с первых месяцев жизни. Методика занятий определяется структурой речевой и психической недостаточности, тяжестью двигательных расстройств и возрастом ребенка.

Таким образом, мы подобрали методику коррекционной работы Е.М. Мастюковой и зондовый массаж Е.В. Новиковой для детей страдающих дизартрией и алалией и разработали индивидуальный план для каждого ребенка, учитывая его особенности произношения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Детские церебральные параличи представляют собой резидуальные состояния с непрогрессирующим течением. Однако по мере развития ребенка, особенно в раннем возрасте, клиническая симптоматика может видоизменяться. Это связано с возрастной динамикой морфофункциональных взаимоотношений патологически развивающегося мозга, нарастанием декомпенсации, обусловленным все большим несоответствием между возможностями нервной системы и требованиями, предъявленными окружающей средой к растущему организму. Кроме того, в случае присоединения таких патологических синдромов, как гидроцефалия, судороги, вегетативные расстройства, а также инфекционных заболеваний, интоксикаций, повторных травм мозга может возникнуть впечатление, что процесс прогрессирует. Подобная «псевдопроцессуальность» при детских церебральных параличах наблюдается нередко. Прогрессирующие наследственные заболевания нервной системы, поражение спинного мозга или периферических нервов к детским церебральным параличам не относятся.

Определены основные теоретические положения, направления, содержание, организационные формы и методы работы по коррекции нарушений речи.

Комплексное изучение нарушений речи детей с церебральным параличом и результаты проведенной коррекционно-логопедической работы позволили сформулировать следующие **выводы**:

1. Речевое развитие ребенка с ДЦП связано с различными факторами, как внутренней так и внешней среды. Необходим комплексный подход к этой проблеме и привлечение таких специалистов как воспитатель, педагог, психиатр, невролог и логопед. Немаловажную роль также, играют родители и климат в семье.
2. Уже в доречевом периоде у детей страдающих ДЦП можно выявить патологию артикуляционно-моторных рефлексов, которые в дальнейшем будут влиять на развитие речевых нарушений.
3. Для детей с церебральными параличами характерны различные формы речевого дизонтогенеза, проявляющиеся как в виде обратимых нарушений - задержек речевого развития, так и более стойких системных расстройств - общего недоразвития речи.
4. Дизартрия является основным и часто встречающимся речевым нарушением у детей с ДЦП. Виды дизартрии зависят от форм и тяжести параличей и парезов. Это необходимо учитывать при диагностике и планировании коррекционных и лечебных мероприятий.
5. При коррекционно-логопедической работе необходимо учитывать онтогенетическое последовательное развитие сенсорных функций речи и интеллекта, предупреждение их нарушений, следует проводить с первых месяцев жизни. Методика занятий определяется структурой речевой и психической недостаточности, тяжестью двигательных расстройств и возрастом ребенка. По нашему мнению методика Е.М. Мастюковой наиболее полная и систематизированная.
6. По данным анамнеза мы видим, что у детей с ДЦП присутствуют нарушения речи по типу дизартрии и моторной алалии. А также, у большинства детей наблюдается снижение интеллекта.
7. На основании этих данных мы провели обследование.

Для нашего эксперимента мы взяли две группы детей: из них 6 человек с дизартрией и 4 человека с алалией. Мы ознакомились с данными анамнеза, прочитали неврологическое и психиатрическое заключения.

8. Мы провели обследование детей с дизартрией и алалией. Выявили множество речевых нарушений, как со стороны звуко-слоговой структуры слова, так и со стороны фонематического и лексико-грамматического строя речи. Эти дети нуждаются в коррекционно-логопедической работе.

9. Таким образом, после проведения коррекционно-логопедической работы мы повторно обследовали детей. У них наблюдается положительная динамика развития речи. Звукопроизношение улучшилось, расширился активный словарь, формируется лексико-грамматический и фонетический строй речи. Необходимо продолжение работы над речью детей.

10. Мы выбрали методику коррекционной работы Е.М. Мастюковой и зондовый массаж Е.В. Новиковой для детей страдающих дизартрией и алалией. В проведении логопедической работы необходим, индивидуальный, систематизированный подход к каждому ребенку, учитывая, его особенности речевых и психических нарушений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Libetoff M.S. Общение и церебральные паралич в кн.: Церебральный паралич, лечение и реабилитация. – Буэнос-Айрес.: 1985. – 47-53с.
2. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В. Детские церебральные параличи. – М.: 1989. – 156с.
3. Волкова Г.А. Методика обследования нарушений речи у детей. РГПУ им. А.И. Герцена. – СПб.: 1993. – 45с.
4. Данилова Л.А. Методика коррекции речевого и психического развития у детей с церебральным параличом. – М.: 1997. – 89 с.
5. Дети с острым церебральным параличом //Руководство по образованию/ под ред. Хеннинг Рай и Мириам Скьюфтен. – М.: 1989. С.67.
6. Иппалитова М.В., Бабенкова Р.Д., Мастюкова Е.М. Воспитание детей с церебральным параличом в семье: книга для родителей. – М.: 1993. – 4с.
7. Коррекционная педагогика: Основы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии: учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Б.П. Пузанов, В.И. Селиверстов, С.Н. Шаховская, Ю.А, Костенкова; Под ред. Б.П. Пузанова. – 3-е изд., доп. – М.: Издательский центр «Академия», 1999. С.56 -75.
8. Крыжановский Г.Н. Общая патофизиология нервной системы. Руководство.

- М.: Медицина, 1997. – 352с.
9. Лалаева Р.И. Методика психолингвистического изучения нарушений речи у аномальных детей. – СПб.: 1990. – 4с.
 10. Лалаева Р.И., Венедиктова Л.В. Диагностика и коррекция нарушений чтения и письма у младших школьников: Учебно-методическое пособие. – СПб.: Из-во «СОЮЗ», 2001. – 24 - 87с.
 11. Левченко И.Ю., Приходько О.Г. технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учеб. Пособие для студ. сред. пед. учеб. Заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. С.192
 12. Логопедия / под ред. Л.С. Волковой. – М.: Просвещение, 1995. С.528.
 13. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. – М.: Изд. 3, 2000. С.36.
 14. Малофеев Н.Н. Характеристика лексического запаса у учащихся с церебральным параличом //Дефектология, 1985, №1. С.5.
 15. Мамайчук И.И. Динамика некоторых видов познавательной деятельности у дошкольников с церебральным параличом // Дефектология, 1976, №3. С.241.
 16. Мамайчук И.И. Нейропсихологические исследования гностических процессов у детей с различными формами ДЦП. Журнал невропатологии и психиатрии. – М.: 1992, №4. С.119.
 17. Мастюкова Е.М. О развитии познавательной деятельности у детей с ДЦП // Дефектология. – М.: 1973, №6. С.157.
 18. Мастюкова Е.М. Особенности педагогической работы при ДЦП // Логопедия / Под ред. Л.С Волковой. – М.: 1989. С.138.
 19. Мастюкова Е.М., Ипполитова М.В. Нарушение речи у детей с ДЦП. – М.: 1985. – 115с.
 20. Мастюкова Е.М., Московкина А.Г. Что является наиболее важным в воспитании в семье ребенка с детским церебральным параличом? // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития, 2002, №2. С.7.

21. Носенко Н.П. Развитие речи детей дошкольного возраста (в схемах, таблицах). Учебное пособие. – Краснодар, 1997. – 87с.
22. Осипенко Т.Н., Стацевич Е.Е., Ночевка Л.А. Психологические и психотерапевтические проблемы при нарушениях развития у детей // Альманах «Исцеление». – М.: 1993. С.40.
23. Панченко И. И. Речевые расстройства у детей с церебральными параличами в поздней резидуальной стадии и особенности логопедической работы с ними. В кн.: Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом. – Ташкент: 1979. – 434-460с.
24. Панченко И. И., Щербакова Л. А. Медико-педагогическая характеристика детей с дизартрическими и анартрическими расстройствами речи, страдающих церебральными параличами, и особенности приемов логопедической работы. В кн.: Нарушения речи и голоса у детей. – М.: 1975. – 17-42с.
25. Панченко И.И. Дизартрические и анартрические расстройства речи у детей с церебральными параличами и особенности логопедической работы с ними. Авт. канд. дис. – М.: 1974. – 133-145с.
26. Правдина О. В. Дизартрия (псевдобульбарная). В кн.: Очерки по патологии речи и голоса. Вып. 1. – М.: 1960. – 20-21с.
27. Раменская О. Л. Психологическое изучение личности дошкольников с церебральным параличом. Авт. канд. дис. – М.: 1980. – 68-71с.
28. Румянцева Е. Ю. Некоторые аспекты совершенствования коррекции дизартрии у детей с церебральными параличами в процессе логоритмического воспитания. В кн.: Актуальные проблемы логопатологии: исследования и коррекция. – СПб.: 2001. – 207-218с.
29. Семенова К. А., Мастюкова Е. М., Смуглин М.Я. Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей. – М.: 1972. – 54с.
30. Семенова К.А. Детские церебральные параличи. – М.: 1968. – 13-18с.
31. Симонова Н. В. Психолого-педагогическая оценка детей с церебральными параличами в раннем возрасте. Авт. канд. дис. – М.: 1974. – 90-98с.

32. Симонова Н. В. Характеристика словарного запаса у дошкольников с церебральным параличом // Дефектология. – 1985, №3. С.67-71.
33. Симонова Н.В. Формирование предпосылок к обучению родному языку дошкольников с церебральным параличом // Дефектология. – 1986, №6. С.68-72.
34. Смирнова И. А. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста, страдающими церебральным параличом. В кн.: Дети с проблемами в развитии: исследования и коррекция. – СПб.: 1999. – 19-27с.
35. Смирнова И. А. Методика логопедической работы по формированию словаря у дошкольников с церебральными параличами. В кн.: Нарушение речи. Методы изучения и коррекции. – СПб.: 1993. – 22-31с.
36. Смирнова И. А. Направления логопедической работы по формированию словаря у дошкольников с церебральными параличами. В кн.: Дифференциальная диагностика и коррекция нарушений речи и поведения у аномальных детей. – Л.: 1989. – 48-55с.
37. Смирнова И. А. Особенности словаря дошкольников с церебральными параличами. В кн.: Распад и недоразвитие языковой системы: исследования и коррекция. – СПб.: 1991. – 95-102с.
38. Смирнова И. А. Особенности формирования произношения у детей с церебральным параличом. В кн.: Проблемы социальной и психолого-педагогической реабилитации инвалидов. – Тюмень.: 1996. – 134-137с.
39. Смирнова И. А. Формирование неартикулируемых средств общения в логопедической работе. В кн.: Проблемы патологии развития и распада речевой функции. – СПб.: 1999. – 65-74с.
40. Смирнова И. Л., Стока К. Особенности проявления артикуляторных расстройств у детей с церебральным параличом // Дефектология. – 1995, №5. С.9-5.

41. Смирнова И.А. Влияние моторных расстройств на развитие артикуляции при ДЦП и методы их коррекции. В кн.: Актуальные проблемы логопатологии: исследование и коррекция. – СПб.: 2001. – 76-86с.
42. Смирнова И.А. Логопедическая диагностика, коррекция и профилактика нарушений речи у дошкольников с ДЦП. Алалия, дизартрия, ОНР: Учебно-методическое пособие для логопедов и дефектологов. – СПб.: «ДЕТСТВО-ПРЕСС», 2004. – 312с.
43. Спирова Л.Ф. Особенности речевого развития учащихся с тяжелыми нарушениями речи. – М.: 1980. – 117с.
44. Финкель Н.В. Социально-психологические особенности личности больных ДЦП // Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов в следствие ДЦП. – М.: 1991. С.76.
45. Фотекова Т.А., Ахутина Т.В. Диагностика речевых нарушений школьников с использованием нейропсихологических методов: пособие для логопедов и психологов. – М.: АРКТИ, 2002. – 20-132с.
46. Халилова Л.Б. Основные направления лексической работы в специальной школе для детей с церебральным параличом //Дефектология. 1986, №5. С.46.
47. Халилова Л.Б. Особенности усвоения лексико-семантических закономерностей языка учащимися с церебральным параличом // Дефектология.: 1984, №5. С.63-68.
48. Халилова Л.Б. Состояние первоначальных морфологических обобщений у младших школьников, страдающих церебральными параличами // Дефектология. 1977, №3. С.22.
49. Шамарин Т.Г., Белова Г.И. Возможности восстановительного лечения детских церебральных параличей. – Элиста.: АПП «Джангар», 1999. – 168с.
50. Шевченко С.Г. Коррекционно-развивающее обучение: Организационно-педагогические аспекты: Метод. пособие для учителей классов коррекционно-развивающего обучения. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. – 51-58с.

51. Шипицына Л.М. Мамайчук И.И. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2004. – 20-38с.
52. Шипицына Л.М. Нейропсихологическое исследование детей с проблемами в развитии // Дефектология. – 1999, №1. С.124.
53. Шипицына Л.М. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата. – М.: 2004. – 18с.
54. Шипицына Л.М. Социальная и педагогическая интеграция. Проблемы сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья // Психолого-педагогическое медико-социальное сопровождение развития ребенка. – СПб.: 2001. С.5.
55. Эйдинова М.Б., Правдина-Винарская Е.Н. Детские церебральные параличи и пути их преодоления. – М.: 1959. – 85-98 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Таблица 1

Исследование сформированности звуко-слоговой структуры слова

Фамилия и Имя ребенка	Слоговая \ звуковая структура слова										
	Коза	Трава	Бочка	Дрова	Коса	Почка	Миска	Точка	Мишка	Дочка	Итого
Дети с дизартрией											
Подорванов Н.	0,5\ 1	0\ 0,5	0,5\ 1	0\ 0	1\ 1,5	1\ 1,5	0,5\ 1	0,5\ 1	0\ 0,5	0\ 0,5	4\ 8,5
Симаков С.	0,5\ 1	0\ 0,5	0,5\ 1	0\ 0	0,5\ 1	1\ 1	0,5\ 1	1\ 1	1\ 1	0,5\ 0,5	5,5\ 8
Уточкина Ю.	0,5\ 0	0\ 0	0,5\ 0	0\ 0	0,5\ 0	0,5\ 0,5	0,5\ 0,5	0,5\ 0	0\ 0	0\ 0	3\ 1
Хохлова А.	0,5\ 1	0\ 1	0,5\ 0,5	0\ 0	0,5\ 0,5	0,5\ 1	0,5\ 1	0,5\ 0	0\ 0	0,5\ 0	3,5\ 5
Минаков Н.	1\ 0,5	0,5\ 0	0,5\ 0,5	0\ 0	1\ 0,5	1\ 0,5	1\ 1	1\ 1	0,5\ 0	0,5\ 0	7\ 4
Кривопуз В.	1\ 1	0,5\ 0	1\ 0,5	0\ 0	1\ 0,5	1\ 1	0,5\ 0,5	1\ 0,5	1\ 0,5	1\ 1	8\ 5,5
Дети с алалией											
Баранов Л.	0,5\ 0	0\ 0	0,5\ 0,5	0\ 0	0,5\ 0,5	0,5\ 0	0\ 0	0,5\ 0	0\ 0	0\ 0,5	2,5\ 1,5
Жданов Д.	0,5\ 0	0\ 0	0\ 0,5	0\ 0	0,5\ 0	0,5\ 0,5	0\ 0	0,5\ 0,5	0\ 0	0,5\ 0	2,5\ 1,5
Ковалев В.	0,5\ 1	0,5\ 0	1\ 0,5	0,5\ 0	0,5\ 0,5	0,5\ 1	0,5\ 1	0,5\ 0,5	0\ 0	0,5\ 1	5\ 5,5
Колосков С.	1\ 1	0,5\ 0	0,5\ 0,5	0\ 0,5	0,5\ 0,5	0,5\ 0	0\ 0	0,5\ 1	0\ 0	0,5\ 1	4\ 4,5

Таблица 2

Составление предложений по картинкам

Предложение по картинкам	Подорванов Н.	Симаков С.	Уточкина Ю.	Хохлова А.	Минаков Н.	Кривогуз В.	Баранов Л.	Жданов Д.	Ковалев В.	Колосков С.
	Дети с дизартрией						Дети с алалией			
	Мальчик моет руки.	2	2	0	1	1	2	-	-	-
Девочка режет колбасу.	1	2	0	1	1	2	-	-	-	-
Мальчик забивает гвоздь.	0	1	0	1	0	1	-	-	-	-
Дети лепят снежную бабу.	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-
Кошка лакает молоко.	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-
Итого сумма баллов.	3	5	0	3	2	5	-	-	-	-

Таблица 3

Построение цепочек слогов

Слоги	Подорванов Н.	Симаков С.	Уточкина Ю.	Хохлова А.	Минаков Н.	Кривогуз В.	Баранов Л.	Жданов Д.	Ковалев В.	Колосков С.
	Дети с дизартрией						Дети с алалией			
	а-и-у – у-а-и	2	2	2	2	2	1	1	2	1
би-ба-бо – бо-ба-би	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0
ба-па – па-ба	0	1	1	2	2	1	0	1	0	1
са-ша – ша-са	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
ча-тя – тя-ча	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1
ма-на	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1
жа-ща	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ла-ра	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
ма-на-ма – на-на-ма	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
жа-ша-ша – ша-жа-ша	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ла-ра-ра – ра-ра-ла	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ца-са-ца	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Итого сумма баллов	3	5	7	7	9	4	1	4	4	5

Исследование звукопроизношения и фонетического строя речи

Слова	Подорванов Н.	Симаков С.	Уточкина Ю.	Хохлова А.	Минаков Н.	Кривогуз В.	Баранов Л.	Жданов Д.	Ковалев В.	Колосков С.
	Дети с дизартрией						Дети с алалией			
Собака – маска – нос	2	2	0	2	2	1	1	0	1	2
Сено – косить – высь	1	2	0	2	2	1	1	0	1	2
Замок – коза	1	1	0	1	2	1	1	1	2	1
Цапля – овца – палец	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Шуба – кошка – камыш	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Жук – ножи	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0
Щука – вещи – лещ	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Чайка – очки – ночь	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1
Рыба – корова – топор	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Лето – колесо – соль	2	2	0	2	2	1	1	0	1	1
Итого сумма баллов	7	9	0	9	10	5	4	2	6	7

Приложение 2

Таблица 5

Исследование сформированности звуко-слоговой структуры слова

Фамилия и Имя ребенка	Слоговая \ звуковая структура слова										
	Коза	Трава	Бочка	Дрова	Коса	Почка	Миска	Точка	Мишка	Дочка	Итого
Дети с дизартрией											
Подорванов Н.	1\ 1	1\ 1	1\ 1,5	1\ 0,5	1\ 1,5	1\ 1,5	1\ 1,5	1\ 1	0,5\ 1	1\ 0,5	9,5\ 11
Симаков С.	1\ 1	0,5\ 0,5	0,5\ 1	0,5\ 0,5	0,5\ 1	1\ 1	1\ 1	1\ 1,5	1\ 1	0,5\ 1	7,5\ 9,5
Уточкина Ю.	0,5\ 0,5	0\ 0,5	0,5\ 0,5	0,5\ 0,5	0,5\ 0,5	0,5\ 1	0,5\ 1	0,5\ 1	0\ 0,5	0\ 0,5	3,5\ 6,5
Хохлова А.	1\ 1	0,5\ 1	0,5\ 1	0,5\ 0,5	0,5\ 1	0,5\ 1,5	0,5\ 1	0,5\ 0,5	0\ 0,5	0,5\ 0,5	5\ 8,5
Минаков Н.	1\ 1	0,5\ 0,5	1\ 1	0\ 0,5	1\ 1	1\ 1	1\ 1	1\ 1,5	0,5\ 0,5	0,5\ 0,5	7,5\ 8,5
Кривопуз В.	1\ 1,5	0,5\ 0,5	1\ 1	0,5\ 0,5	1\ 1	1,5\ 1,5	0,5\ 1	1,5\ 1	1\ 1	1,5\ 1,5	10\ 10,5
Дети с алалией											
Баранов Л.	0,5\ 1	0\ 0,5	0,5\ 1	0\ 0,5	0,5\ 1	1\ 0,5	0\ 0,5	0,5\ 0,5	0\ 0,5	0,5\ 1	3,5\ 7
Жданов Д.	0,5\ 0,5	0\ 0,5	0\ 0,5	0\ 0,5	0,5\ 0,5	0,5\ 0,5	0\ 0,5	0,5\ 1	0\ 0,5	0,5\ 0,5	2,5\ 5,5
Ковалев В.	1\ 1	0,5\ 0,5	1\ 1	0,5\ 0,5	1\ 1	1\ 1,5	1\ 1,5	0,5\ 1	0,5\ 0,5	1\ 1,5	8\ 10
Колосков С.	1,5\ 1,5	0,5\ 0,5	1\ 1	0,5\ 1	0,5\ 1	1\ 0,5	0\ 0,5	1\ 1,5	0\ 0,5	0,5\ 1,5	6,5\ 9,5

Таблица 6

Составление предложений по картинкам

Предложение по картинкам	Подорванов Н.	Симаков С.	Уточкина Ю.	Хохлова А.	Минаков Н.	Кривогуз В.	Баранов Л.	Жданов Д.	Ковалев В.	Колосков С.
	Дети с дизартрией						Дети с алалией			
	Мальчик моет руки.	2	2	0	2	2	3	0	-	0
Девочка режет колбасу.	2	3	0	2	2	2	-	-	0	0
Мальчик забивает гвоздь.	1	2	0	1	1	2	-	-	-	-
Дети лепят снежную бабу.	1	1	0	1	0	1	-	-	-	-
Кошка лакает молоко.	0	0	0	0	0	1	-	-	-	-
Итого сумма баллов.	6	8	0	6	5	9	0	-	0	0

Таблица 7

Построение цепочек слогов

Слоги	Подорванов Н.	Симаков С.	Уточкина Ю.	Хохлова А.	Минаков Н.	Кривогуз В.	Баранов Л.	Жданов Д.	Ковалев В.	Колосков С.
	Дети с дизартрией						Дети с алалией			
	а-и-у – у-а-и	3	3	2	3	3	2	2	2	2
би-ба-бо – бо-ба-би	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1
ба-па – па-ба	1	2	2	3	3	2	1	2	2	2
са-ша – ша-са	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0
ча-тя – тя-ча	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2
ма-на	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2
жа-ща	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0
ла-ра	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ма-на-ма – на-на-ма	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1
жа-ша-ша – ша-жа-ша	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1
ла-ра-ра – ра-ра-ла	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ца-са-ца	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
Итого сумма баллов	11	13	11	16	17	13	9	9	12	13

Таблица 8

Исследование звукопроизношения и фонетического строя речи

Слова	Подорванов Н.	Симаков С.	Уточкина Ю.	Хохлова А.	Минаков Н.	Кривогуз В.	Баранов Л.	Жданов Д.	Ковалев В.	Колосков С.
	Дети с дизартрией						Дети с алалией			
Собака – маска – нос	2	3	0	2	3	2	2	1	2	3
Сено – косить – высь	2	3	0	2	3	2	2	1	2	3
Замок – коза	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2
Цапля – овца – палец	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
Шуба – кошка – камыш	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Жук – ножи	2	2	0	1	2	1	1	1	1	0
Щука – вещи – лещ	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Чайка – очки – ночь	1	1	0	2	2	2	0	1	1	2
Рыба – корова – топор	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Лето – колесо – соль	3	3	0	2	3	2	2	1	2	2
Итого сумма баллов	13	17	1	12	16	12	10	8	11	13

Приложение 3

Таблица 9

Обобщенный результат обследования детей

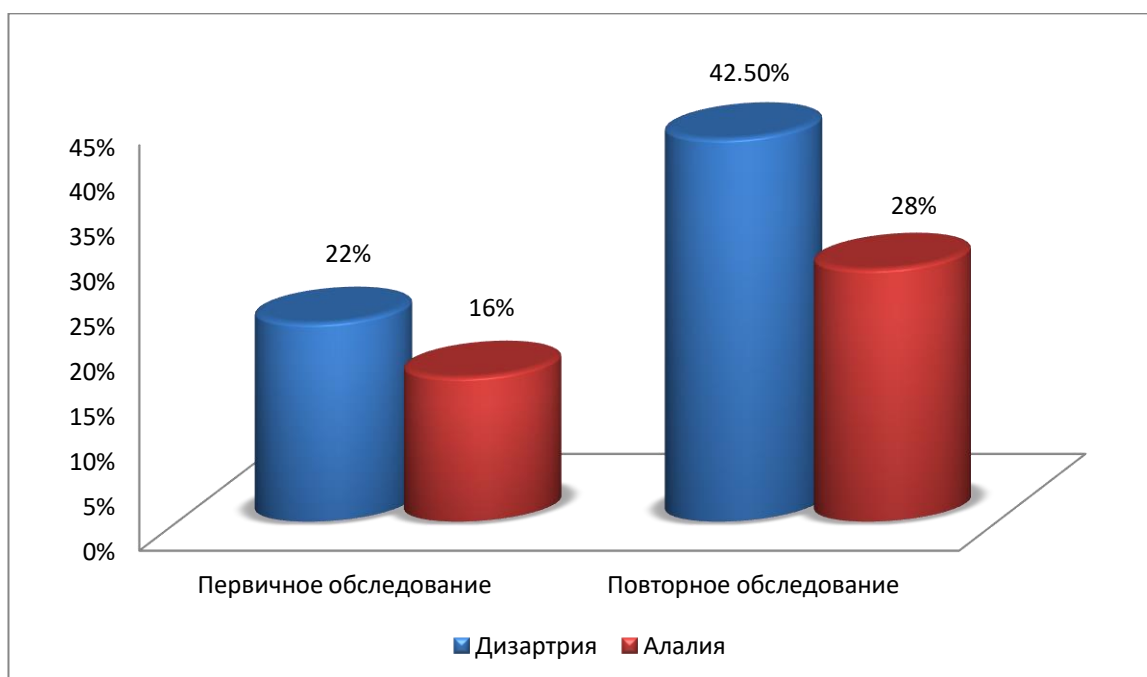
Показатели	Первичное обследование		Повторное обследование	
	Дизартрия	Алалия	Дизартрия	Алалия
Оральный праксис и артикуляционная моторика	37	73	76	98
Исследование слоговой \ звуковой структуры слова	24\ 32	14\ 13	43\ 54,5	20,5\ 32
Составление предложения по картинкам	18	-	34	0
Повторение цепочек слогов	34	15	81	43
Исследование звукопроизношения и фонетического строя речи	40	19	71	42
Процент успеваемости	22 %	16 %	42,5 %	28 %
Уровень успеваемости	I	I	I	I

I – уровень успеваемости – от 0 до 25 %;

II – уровень – от 25 до 50 %;

III – уровень – от 50 до 75 %;

IV – уровень – от 75 до 100 %;

Сравнительная диаграмма обследования детей

Приемы, используемые на занятиях с применением зондового массажа

При знакомстве детей с зондами можно рассказать им сказку о Злом волшебнике, который заколдовал их язычки, и поэтому они не могут говорить правильно и красиво.

Сказка о зондах

На планете «Помогай-ка» живут стальные человечки, добрые волшебники, которые помогут расколдовать заклинание Злого Волшебника. (В процессе рассказывания сказки осуществляется показ движений зондами на руке ребенка. На кончики зондов надеты головки-шапочки с изображением веселых человечков.)

Стальные человечки совсем не похожи на нас: высокие, тонкие. Они очень добрые и помогают детям учиться говорить. У этих человечков необычные имена. Хотите с ними познакомиться?

Первого человечка зовут Вилочка (зонд № 1). Ножки у нее короткие и острые, как иголки у ежика. Она все время торопится и бежит вприпрыжку. Вот так! (Показ на руке ребенка приема «обкол».) Вилочка любит танцевать, покачиваясь и кружась. (Показ приема «обкол с прокачиванием».)

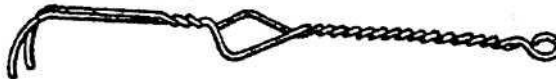


Рисунок 1. Зонд № 1 «Вилочка» (по Е.В.Новиковой «Вилочковый»)

Эту стальную девочку зовут Восьмерочка (зонд № 2). Она не любит спешить и ползает, как черепашка. Сдвинется чуть-чуть с места, посмотрит вверх-вниз, думает, куда ей дальше ползти. (Показ на руке ребенка приема «перетирание мышц».)

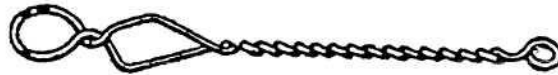


Рисунок 2. Зонд № 2 «Восьмерочка»

А вот и самые веселые человечки на планете «Помогай-ка». Это три сестрички. Они не ходят, а скользят, как на коньках (зонды № 3, 4, 5). Самая младшая - Петелька, средняя - Саночки, а старшую зовут Машинка. Вот как они скользят на своих стальных ножках. (Показ приема «скольжение».)

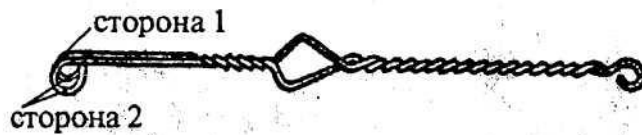
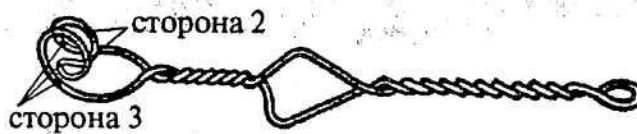
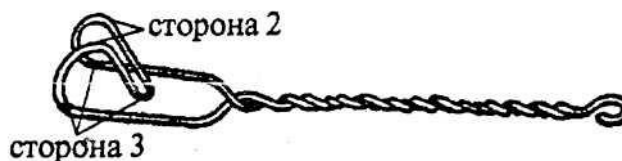


Рисунок 3. Зонд № 3 «Петелька» (по Е.В.Новиковой «Саночки малые»)

Они любят кружиться в волшебном танце, пружинить. (Показ на руке ребенка вкручивающих движений и пружинистых возвратных движений)



**Рисунок 4. Зонд № 4 «Саночки»
(по Е.В.Новиковой «Саночки средние»)**



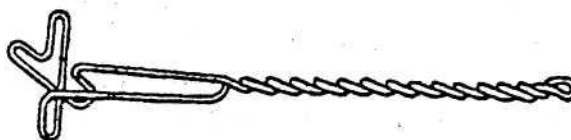
**Рисунок 5. Зонд № 5 «Машинка»
(по Е.В.Новиковой «Саночки большие»)**

Самый знаменитый мастер среди человечков - Топорик (зонд № 6). Он для всех друзей на планете строит дома. Вот так! (Показ приемов «рубка мышц» и «скольжение».)



Рисунок 6. Зонд № 6 «Топорик»

Самый лучший спортсмен, чемпион по прыжкам на планете «Помогай-ка» - Зонтик (зонд № 7). Ножка Зонтика похожа на крестик. Перед прыжком Зонтик качается на своей ноге, потом кружится на месте и подпрыгивает, (Показ приемов «нажатие», «прокачивание», «вкручивание».)



**Рисунок 7. Зонд № 7 «Зонтик»
(по Е.В.Новиковой «Крестовина»)**

Самого большого шалунишку на планете зовут Толкачик (зонд № 8). Как вы думаете, почему его так зовут? Правильно! Он толкается, когда шалит.

А потом ему становится стыдно, он извиняется и качает головой, вот так!
(Показ движений «нажатие» и «нажатие с прокачиванием».)

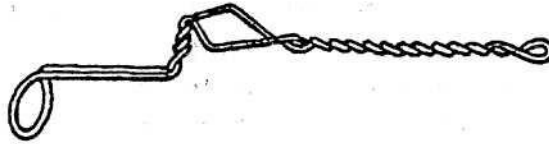


Рисунок 8. Зонд №8 «Толкачик»

Вот такие человечки живут на планете «Помогай-ка».

После завершения сказки детям предоставляется возможность рассмотреть зонды, потрогать, поиграть с ними, сделать массаж любимым игрушкам. Это позволяет предотвратить возникновение страха перед зондами и способствует эмоциональному комфорту детей на занятии.

Пение песен, чтение стихов специалистом во время массажа также способствует созданию эмоционально комфортной обстановки.

Ниже представлены приемы массажа с помощью зондов и стихотворения, которые могут быть использованы на занятии. Такое занятие можно начать словами:

Злой Волшебник постарался:
злился, хмурился, ругался,
Топал, хлопал, завывал,
наш язык заколдовал!
И губам досталось! Ах, какая жалость!
Но его мы не боимся,
к чудо-зондам обратимся,
Тем, кто устали не знает —
эти зонды помогают!
Начинаем мы сейчас
добрый сказочный массаж.

1.«Обкол» средней линии языка зондом № 1 («Вилочка») в направлении от кончика к корню (см. Рисунок 9). При помощи этого приема постепенно преодолевается рвотный рефлекс.

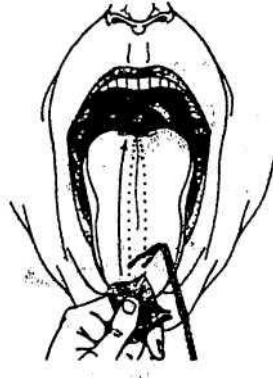


Рисунок 9.

2. «Обкол с прокачиванием» средней линией языка зондом № 1 («Вилочка») от кончика к корню (см. Рисунок 10).

Этот массажный прием используется при пониженном мышечном тонусе языка. Он способствует удержанию артикуляционной позы, выработке кинестетических ощущений срединной линии языка, которая необходима для подачи направленной воздушной струи при произнесении свистящих звуков.

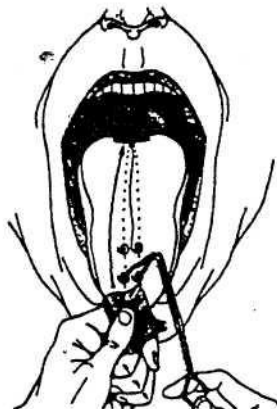


Рисунок 10.

Ну-ка, Вилочка, пляши!

Прыгай, бегай и скачи.

А теперь в красивом танце покружись,

И за юбочку с оборкой подержись.

3. «Скользящий массаж» боковых краев языка зондами № 3 («Петелька»), № 4 («Саночки»), № 5 («Машинка») в направлении от кончика языка до корня, по часовой стрелке (см. Рисунок 11). «Скользящий массаж» боковых краев языка применяется при повышенном тоне, когда напряженный язык оттягивается в глубь рта.

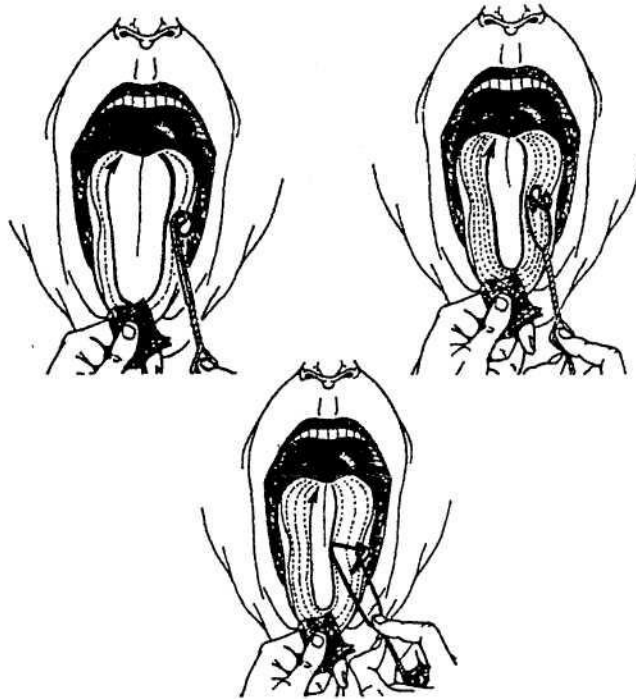


Рисунок. 11

Три подружки, три сестрички,
три веселых невелички, Очень любят танцевать и «пружинку»
выполнять. Это Петелька скользит,
что-то быстро говорит.
Нам одеться предлагает
и на горку приглашает.
Покатились Санки вниз, крепче ты,

дружок, держись!

Ты держись, не упади, ямка будет впереди!

Мы на Санках покатались
и в Машинку перебрались.

Не стоим на месте, будем быстро ездить!

4. Массаж языка зондом № 6 («Зонтик».) Рот ребенка широко открыт. Используя «Зонтик», отодвинуть язык к глотке (см. Рисунок 12). Удерживать его в таком положении 20 сек. Затем убрать зонд, позволяя мышцам самостоятельно принять исходное положение. Внимание: кончик языка помещается в той части крестовины, где нет перекрещивающихся элементов. Этот прием позволяет воздействовать на мышцы, обеспечивающие верхний подъем языка и расширение средней его части. Особенно эффективен при нарушении сократительной способности языка.

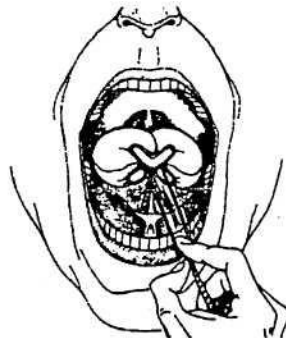


Рисунок 12.

Объявляем испытанье,

по прыжкам соревнованье!

Нужен мастер высший класс!

Есть один такой у нас!

Ну-ка, Зонтик, выходи, нас быстрее удиви!

Ты на ножке раскачайся,

прыгни вверх и возвращайся.

5. «Скользкий массаж» мышц языка зондом № 7 («Топорик»). Рот ребенка широко открыт, язык поднят вверх, кончик языка поставлен за альвеолы за верхними зубами (см. Рисунок 13). Массажные движения

выполнять в направлении от уздечки к кончику языка (по средней линии). Этот прием необходим в тех случаях, когда ребенок не может самостоятельно поднять язык и удерживать его за зубами.

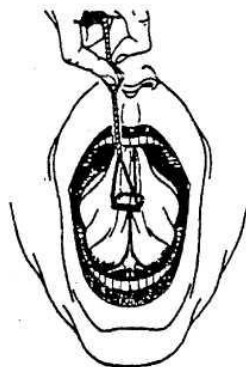


Рисунок 13.

Эй, Топорик, появись и работою займись!

Для друзей построй дома,

можешь замки, терема.

Да, на стройке много дела,

вмиг работа закипела.

Поработал от души —

все постройки хороши!

6. Массаж боковой поверхности языка зондом № 2 («Восьмерочка»). Рот ребенка широко открыт, язык высунут. Отодвинуть язык ребенка в сторону и выполнять перетирающие движения по боковой поверхности языка к кончику. Язык должен быть выгнут, а не выкручен, корень языка виден (см. Рисунок 14).



Рисунок. 14

Вот Восьмерочка ползет, будто черепашка,

На себе она везет прочную рубашку.

Так рубашка тяжела, еле движется она!

7. «Нажатие с прокачиванием» правого и левого краев языка (см. Рисунок 15) в направлении от основания языка к кончику зондом № 8 («Толканчик»).

Это прием применяется для укрепления мышц боковых краев языка, при слабости которых происходит боковое артикулирование свистящих, шипящих, заднеязычных звуков, а при произнесении [P], [P'] слышится «хлопающий» призвук, наблюдается гиперсаливация.



Рисунок. 15

На планете «Помогай-ка» есть Толкачик-задевайка, Вредный шалунишка, шустренький мальчишка.

К нам он пробирается, по пути толкается, После каждого толчка сразу извиняется. Мы Толкачика прощаем, снова в гости приглашаем.

Зондовый массаж, являясь частью единого коррекционно-развивающего процесса, играет важную роль в создании артикуляторной базы для формирования правильного звукопроизношения у детей. Учитель-логопед дошкольного образовательного учреждения, владеющий методикой зондового массажа, способен достичь высоких результатов в преодолении дизартрических расстройств.