

УДК 376.37.042

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Ключевые слова: детский церебральный паралич (ДЦП), двигательная патология, ранняя помощь, речевые нарушения, коррекционно-педагогическая и логопедическая работа.

Приходько О.Г.

кандидат педагогических наук, профессор,
заведующая кафедрой логопедии,
декан факультета специальной педагогики
Московского городского педагогического
университета, научный сотрудник
лаборатории дошкольного воспитания
детей с проблемами развития ИКП РАО

В сложной структуре нарушений у детей с церебральным параличом значительное место занимают речевые расстройства, частота которых составляет, по мнению разных авторов, от 65 до 85% (Л.А. Данилова, Е.М. Мастюкова, И.И. Панченко, Е.Н. Правдина-Винарская, К.А. Семенова, М.Б. Эйдинова, G. Bohme, D. Rutherford, H. Westlahe). При этом обращается внимание на многообразие речевых нарушений.

Особенности нарушений речи и степень их выраженности зависят в первую очередь от локализации и тяжести поражения мозга (Л.О. Бадалян, Л.Т. Журба, О.В. Тимонина, К.А. Семенова). В основе нарушений речи при ДЦП лежит не только повреждение определенных структур мозга, но и более позднее формирование или недоразвитие тех отделов коры головного мозга, которые имеют важнейшее значение в речевой и психической деятельности. Это – онтогенетически молодые отделы мозга, которые наиболее интенсивно развиваются уже после рождения (премоторно-лобная, теменно-височная области коры головного мозга). Большое значение в механизме речевых нарушений при ДЦП имеет сама двигательная патология, ограничивающая возможности передвижения и познания окружающего мира. Отмечается клиническая и патогенетическая общность между речевыми и двигательными нарушениями у детей с церебральным параличом (Е.М. Мастюкова, М.Б. Эйдинова, Е.Н. Правдина-Винарская, К.А. Семенова, Н.М. Махмудова). Задержка становления моторной речи при ДЦП объясняется патологией всей двигательной функциональной системы (К.А. Семенова).

Длительное сохранение патологических тонических рефлексов оказывает

отрицательное влияние на мышечный тонус артикуляционного аппарата. Выраженность тонических рефлексов повышает тонус мышц языка, затрудняет дыхание, голосообразование, произвольное открывание рта, движения языка вперед и вверх. Подобные нарушения артикуляционной моторики задерживают формирование голосовой активности и нарушают звукопроизводительную сторону речи (Л.О. Бадалян). В связи с недостаточностью кинестетического восприятия ребенок не только с трудом выполняет движения, но и слабо ощущает положение и движение органов артикуляции и конечностей (К.А. Семенова, Н.М. Махмудова). Патологии речевого развития способствует также недостаточность кинестетического, слухового и зрительного восприятия, задержанное интеллектуальное развитие.

Неблагоприятное влияние на развитие речи оказывают допускаемые родителями ошибки воспитания. Часто родители чрезмерно опекают ребенка, стремятся многое сделать за него, предупреждают все его желания или выполняют их в ответ на жест или взгляд. При этом у ребенка не формируется потребность в речевом общении. В таких случаях ребенок лишен важного для него речевого общения, которое является важной предпосылкой развития речи.

Многие исследователи отмечают позднее становление речи у детей с церебральным параличом (Е.Ф. Архипова, М.Я. Брейтман, Л.А. Данилова, М. Зеeman, Е.М. Мастюкова, Е.Н. Правдина-Винарская, М.Б. Эйдинова и др.). Задержка речевого развития начинается уже с доречевого периода. Дети, находящиеся на разных уровнях доречевого развития, отличаются друг от друга характером вокализаций и степенью зрелости

психических функций. Особое внимание обращается на тот факт, что доречевое развитие детей с церебральным параличом нарушено по темпу и по содержанию: оно замедленно и характеризуется диспропорцией или даже выпадением отдельных функций (Е.Ф. Архипова).

Изучение речевого развития детей с церебральным параличом (Л.А. Данилова, М.В. Ипполитова, Е.М. Мастюкова, Н.Н. Малофеев, И.И. Панченко, О.Г. Приходько, Л.Б. Халилова и др.) выявило нарушение различных компонентов речевой деятельности: фонетико-фонематического, лексического и грамматического. «Качественные особенности развития речи у детей с церебральным параличом сочетаются с замедленным темпом усвоения языка».

В результате нарушения функций артикуляционного аппарата у детей с ДЦП прежде всего стойко нарушена фонетическая сторона речи. Е.М. Мастюкова подчеркивает, что 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. Она указывает на атипичное усвоение фонем, которое может не совпадать с последовательностью их усвоения в нормальном онтогенезе. Уже на ранних этапах овладения фонетическим строем языка у детей с церебральным параличом могут появляться дефектные артикуляционные уклады, которые закрепляются в дальнейшем по мере формирования патологического речевого стереотипа. На нарушения фонематического восприятия указывают Е.М. Мастюкова, И.И. Панченко, Л.Б. Халилова. Часто дети не различают

звуки на слух, не могут повторять слоговые ряды, выделять звуки в словах.

У большинства детей с церебральным параличом исследователи отмечают своеобразные нарушения лексического и грамматического строя речи, обусловленные спецификой заболевания (Л.А. Данилова, М.В. Ипполитова, Е.М. Мастюкова, Н.Н. Малофеев, И.А. Смирнова, Л.Б. Халилова). Количественное ограничение словаря и медленное его формирование при спонтанном развитии в значительной степени связаны с ограничением объема, неточностью, а иногда и ошибочностью знаний и представлений об окружающем. Дети обладают ограниченными лексическими возможностями, не располагают необходимыми языковыми средствами для характеристики различных предметов и явлений окружающего мира. Своеобразное формирование словарного запаса находит свое выражение в нарушении усвоения многих языковых категорий. Н.Н. Малофеев показал своеобразие словаря детей с ДЦП, проявляющееся в виде сужения объема пассивного и активного словарного запаса, трудностей овладения номинативной функцией слова, невладения многозначностью слова. М.В. Ипполитова указывает, что особенно ограничен запас слов, обозначающих признаки и качества предметов, а также различных действий с ними. Дети с церебральным параличом испытывают трудности в употреблении и понимании предлогов, словосочетаний с предложными конструкциями, а также слов, обозначающих пространственные отношения. Л.Б. Халилова выявила ограниченность лексических представлений, которые проявляются в незнании детьми точного смысла слов, употребляемых в прямом и переносном значениях, в трудностях

употребления слов-синонимов и антонимов, в нарушении норм лексической сочетаемости.

Грамматические формы и категории усваиваются крайне медленно и с большим трудом, что во многом обусловлено ограничением речевого общения, нарушением слухового восприятия, внимания, низкой речевой активностью и недоразвитием познавательной деятельности. Дети испытывают трудности при построении предложений, согласовании слов в предложении, употреблении правильных падежных окончаний. Л.Б. Халилова подчеркивает, что даже к началу обучения в школе у детей не формируются практические умения и навыки в области словообразования.

К.А. Семенова, Е.М. Мастюкова, М.Я. Смуглин у детей с церебральным параличом выделяют следующие виды речевых нарушений: задержку речевого развития, обусловленную тяжелой двигательной недостаточностью, интеллектуальной недостаточностью, выраженной соматической ослабленностью, неблагоприятными условиями окружения (вынужденной изоляцией от коллектива, длительной госпитализацией и др.); дизартрии и анартрии; алалии; речевое недоразвитие в связи со снижением слуха, с умственной отсталостью. Наиболее распространенным речевым нарушением у детей с церебральным параличом является дизартрия, при которой нарушено звукопроизношение, речевое дыхание, голос, просодика. Речь смазанная, нечеткая.

Многие авторы обращают внимание на многообразие речевых нарушений при ДЦП, а также подчеркивают, что речевые расстройства у детей с церебральным параличом редко встречаются изолированно, чаще отмечается сочетание дизартрии

с задержкой речевого развития или дизартрии с алалией (Е.М. Мастюкова, Л.А. Данилова, И.И. Панченко и др.).

Нами обобщены многолетние результаты экспериментального изучения и обучения детей раннего возраста с двигательной церебральной патологией (детским церебральным параличом и синдромами двигательных нарушений). На различных этапах экспериментального исследования всего нами было изучено 520 детей от рождения до 3 лет: 360 детей с различными формами детского церебрального паралича, 160 – с синдромами двигательных расстройств. Экспериментальное исследование проводилось на базе детской психоневрологической больницы № 18 г. Москвы, Республиканского объединения по реабилитации детей-инвалидов «Детство» (1990–2000 гг.), а также в Мединцентре при МИД РФ и в ЦПМС «Раменки» (2001–2007 гг.).

Комплексное изучение детей с двигательной церебральной патологией включало исследование не только специфики их речевого развития, но и других «основных линий развития» (двигательного, познавательного, социального), что позволило сформулировать следующие выводы:

- дети первых лет жизни с двигательной церебральной патологией представляют собой крайне неоднородную группу как по уровню познавательного, доречевого и речевого развития, так и по степени проявления двигательных, в том числе и речедвигательных (дизартрических) расстройств. При этом отмечаются многовариантные разноуровневые сочетания нарушений различных функциональных систем;
- в структуре речевого дефекта ведущим звеном являются речедвигательные (дизартрические) расстройства, которые проявляются практически

у всех детей (98%) младенческого и раннего возраста с ДЦП и имеют различную степень выраженности: легкую, умеренно выраженную и тяжелую.

В структуру дефекта при дизартрии входят как речевые, так и неречевые нарушения (проявление неврологической симптоматики в мускулатуре и моторике артикуляционного аппарата). В первые годы жизни часто можно выявить и оценить только неречевые расстройства. Ранняя диагностика дизартрических расстройств осуществляется на основе оценки неречевых нарушений, к которым относятся следующие:

1. Патологические изменения в строении и функционировании артикуляционного аппарата. Нарушение тонуса и подвижности артикуляционных мышц:
 - в лицевой мускулатуре: наличие асимметрии, сглаженность носогубных складок, опущение одного из углов рта, перекос рта в сторону при улыбке и плаче; гипомимия; нарушение тонуса лицевой мускулатуры по типу спастичности (повышение мышечного тонуса), гипотонии (снижение тонуса) или дистонии (меняющийся характер мышечного тонуса); гиперкинезы (непроизвольные насильственные движения мышц) лица;
 - в губной мускулатуре: нарушение мышечного тонуса, резкое или незначительное ограничение подвижности губ; недостаточность смыкания губ, затруднение удержания рта закрытым, отвисание нижней губы, препятствующее плотному захвату соски или соска и вызывающее подтекание молока изо рта;
 - в язычной мускулатуре: нарушение мышечного тонуса; патология строения языка (при спастич-

ности — язык массивный, оттянут «комом» назад или вытянут «жалом» вперед; при гипотонии — тонкий, вялый, распластанный в полости рта; раздвоенность языка, невыраженность кончика языка, укорочение уздечки); патология положения языка (девиация в сторону, высовывание языка изо рта); гиперкинезы, тремор, фибриллярные подергивания языка; ограничение подвижности язычной мускулатуры (от полной невозможности до снижения объема артикуляционных движений); повышение или понижение глоточного (рвотного) рефлекса.

2. Нарушения дыхания: инфантильные схемы дыхания (преобладание брюшного типа дыхания после 6 месяцев), учащенное, неглубокое дыхание; дискоординация вдоха и выдоха (поверхностный вдох, укороченный слабый выдох); стридор.
3. Нарушение голосообразования: недостаточная сила голоса (тихий, слабый, иссякающий), отклонения тембра (назализованный, глухой, хриплый, сдавленный, напряженный, прерывистый, дрожащий); нарушение голосовых модуляций, интонационной выразительности голоса. Иногда отмечается асинхронность дыхания, голосообразования и артикуляции.
4. Нарушение акта приема пищи: нарушение сосания (слабость, вялость, неактивность, неритмичность сосательных движений; вытекание молока из носа), глотания (поперхивание, захлебывание), жевания (отсутствие или затруднение жевания твердой пищи), откусывания от куска и питья из чашки.
5. Гиперсаливация (повышенное слюноотечение). Усиленное слюноотечение связано с ограничением

движений мышц языка, нарушением произвольного глотания, парезом губных мышц. Оно часто утяжеляется за счет слабости кинестетических ощущений в артикуляционном аппарате (ребенок не чувствует вытекания слюны). Гиперсаливация может быть постоянной или усиливаться при определенных условиях.

6. Оральные синкинезии (ребенок широко открывает рот при пассивных и активных движениях рук и даже при попытке их выполнения).

На более поздних этапах развития в диагностике дизартрических расстройств все большее значение начинают приобретать речевые симптомы: качественная недостаточность голосовых реакций, стойкие нарушения звукопроизношения, речевого дыхания, голосообразования, просодики.

У большинства детей (92%) речедвигательные расстройства сочетаются с задержкой доречевого и речевого развития. На втором году жизни дети с двигательными нарушениями чаще всего находятся на доречевом уровне развития. У них наблюдается снижение потребности в речевом общении и низкая голосовая активность. Дети часто предпочитают общаться жестом, мимикой, криком. В лучшем случае ребенок может произносить всего несколько слов. Нарушение формирования голосовых реакций сочетается со слабостью слуховых дифференцированных реакций на голос, интонацию, с трудностями локализации звука в пространстве и недостаточностью слухового внимания. Все это порою задерживает развитие начального понимания обращенной речи. Снижение потребности в голосовом и речевом общении, а также низкая голосовая активность детей с двигательной патологией не обеспечивают готовности артикуляционного аппарата к четкому

произнесению звуков. Патологическое состояние речевого аппарата также препятствует развитию артикуляционной моторики и появлению новых звуков.

У детей с двигательной патологией отмечается задержка и нарушение формирования лексической, грамматической и фонетико-фонематической сторон речи. Почти у всех детей в раннем возрасте крайне медленно увеличивается активный словарь, длина предложений, речь долго остается малопонятной для окружающих. Пассивный словарь обычно значительно больше активного. Задерживается развитие мелодико-интонационной стороны речи, а также восприятие и воспроизведение ритма. Речевая активность детей низкая, в речи преобладают отдельные слова, реже – простые короткие предложения. С трудом формируется связь между словом, предметом и действием.

В большинстве случаев (88%) нами не выявлена взаимосвязь между уровнем речевого развития детей и степенью выраженности речедвигательного нарушения. При этом степень выраженности речедвигательных расстройств коррелирует с тяжестью нарушений функциональных возможностей кистей и пальцев рук.

У многих детей (74%) отмечается задержка темпов и качественные отклонения в развитии познавательной деятельности. Степень выраженности задержки психического развития различна, жестко не связана с тяжестью поражения двигательной сферы и лишь частично соответствует тяжести двигательной патологии. В раннем возрасте нарушения познавательной деятельности у детей с двигательной церебральной патологией имеют специфические особенности: неравномерный, дисгармоничный характер нарушений

отдельных психических функций; выраженность астенических проявлений (повышенная утомляемость, истощаемость всех нервно-психических процессов); сниженный запас знаний и представлений об окружающем мире. При этом не выявляется четкой взаимосвязи между уровнем психического и речевого развития детей.

Темпы моторного, познавательного и речевого развития детей с ДЦП могут широко варьировать. Часто обнаруживается диспропорция в развитии различных функций. Так, уровень развития эмоциональной сферы и познавательной деятельности может намного опережать уровень двигательного и речевого развития. У части детей отмечается равномерное отставание в развитии различных функций, у остальных – неравномерное их развитие.

Сложная структура нарушений развития свидетельствует о необходимости проведения комплексной коррекционно-развивающей работы, предусматривающей параллельное воздействие на познавательную, речевую деятельность и двигательную сферу.

Различные варианты нарушений развития требуют дифференцированного подхода при выборе приоритетных форм коррекционного воздействия в зависимости от преобладания расстройств той или иной функциональной системы. При преимущественном поражении артикуляционной моторики необходима направленная логопедическая работа по коррекции дизартрических расстройств. Отклонения в речевом развитии требуют стимуляции познавательной активности. Полиморфные нарушения различных функциональных систем требуют многопланового коррекционного воздействия.

Коррекционно-развивающая работа должна проводиться в процессе целенаправленного общего развития

ребенка, а также коррекции нарушений развития.

Основными направлениями коррекционно-педагогической работы с детьми раннего возраста при ДЦП являются следующие: 1) социальное развитие; 2) развитие познавательной деятельности; 3) развитие речи и коррекция ее нарушений; 4) стимуляция двигательного развития и коррекция его нарушений.

Основными задачами коррекционно-логопедической работы с детьми раннего возраста являются:

- развитие понимания обращенной речи;
- стимуляция развития голосовых реакций, звуковой и собственной речевой активности;
- коррекция речедвигательных нарушений.

Знание особенностей структуры речевых нарушений у детей с церебральным параличом позволяет сформулировать основные принципы, определяющие последовательность и систему коррекционно-логопедической работы:

- постоянный учет взаимовлияния двигательных, психических и речевых нарушений в динамике продолжающегося развития ребенка и совместная стимуляция развития всех моторных, познавательных, доречевых и речевых функций, а также предупреждение и коррекция их нарушений;
- раннее начало онтогенетически последовательного поэтапного коррекционно-развивающего воздействия, опирающегося на сохраненные функции. Коррекционная работа строится не с учетом возраста, а с учетом индивидуального уровня развития ребенка;
- единство диагностики и коррекции нарушений речевого развития.

Преодоление выявленного речедвигательного нарушения во мно-

гом зависит от правильности, точности и времени его установления. Логопедическое воздействие требует контроля за динамикой речевого развития ребенка и эффективностью выполнения коррекционной программы.

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, а иногда и врача ЛФК и их общая позиция при обследовании, постановке диагноза и медико-педагогической коррекции. С целью подбора наиболее эффективных и адекватных приемов коррекционного воздействия важно учитывать взаимосвязь речевых и двигательных расстройств при ДЦП, общность поражения артикуляционной и общей моторики. Например, необходимо подавлять патологическую рефлекторную активность как в речевой, так и в скелетной мускулатуре.

Необходимо одновременное развитие и коррекция нарушений артикуляционной моторики и функциональных возможностей кистей и пальцев рук (так как тяжесть нарушений артикуляционной моторики обычно коррелирует с тяжестью нарушений функции рук). Это связано с положением об анатомической близости корковых зон иннервации речевого аппарата с зонами иннервации мышц рук, особенно кисти и большого пальца.

Очень важна стимуляция двигательного-кинестетического анализатора, что позволит сформировать управление артикуляционным праксисом

(умение выполнять целенаправленные артикуляционные движения), развить навыки самоконтроля и адекватной самооценки действий, которые совершает ребенок (кинестетическое ощущение артикуляционной позы). При этом необходима опора на другие анализаторы (зрительный – выполнение артикуляционных упражнений перед зеркалом; слуховой – сопровождение движений четкой речевой инструкцией).

Необходимо гибкое сочетание различных видов и форм коррекционно-логопедической работы (индивидуальных, подгрупповых, фронтальных). При коррекции дизартрических нарушений речи основная форма логопедической работы – индивидуальная. Прежде всего это касается таких методов логопедического воздействия, как дифференцированный логопедический массаж, пассивная артикуляционная гимнастика, искусственная локальная контрастотермия, а также начальные этапы дыхательной и голосовой гимнастики. Развитие речевого дыхания, голоса и просодики можно проводить на подгрупповых и фронтальных занятиях с детьми.

Активное вовлечение родителей ребенка во многом является залогом эффективности коррекционно-логопедического воздействия. Родители должны терпеливо и кропотливо вести систематическую работу по закреплению у ребенка полученных на логопедических занятиях навыков.

Логопедическая работа по стимуляции речевого развития детей пронизывает все этапы и направления коррекционно-педагогической работы с детьми раннего возраста с двигательной церебральной патологией. Должен осуществляться целенаправленный комплекс многопланового воздействия по коррекции познавательных, речевых и двигательных нарушений.

Активизация всех познавательных процессов и двигательной сферы должна сочетаться с развитием активной речи.

В зависимости от структуры нарушений коррекционно-педагогическая работа должна строиться дифференцированно. Для каждого ребенка нужно составить индивидуальную комплексную программу, включающую перспективный план работы и конкретные коррекционные задачи на ближайшее время. Все занятия должны носить комбинированный характер, состоять из нескольких частей, каждая из которых посвящена решению определенной задачи и предусматривает новый вид деятельности. Одновременно нужно решать развивающие и коррекционные задачи. Постепенно содержание занятий расширяется и усложняется.

Развитие понимания обращенной речи и знаний об окружающем

Известно, что развитие понимания обращенной речи ребенком намного опережает появление у него активной речи и является важнейшей основой и предпосылкой ее возникновения. Формирование как воспринимаемой, так и самостоятельной речи строится на хорошо знакомых детям ситуациях и темах («игрушки», «семья», «посуда», «пища», «одежда», «прогулка»).

Вся работа по развитию воспринимаемой речи проводится только наглядно, путем показа игрушек, подлинных предметов, чтобы установить прочную связь между восприятием слова и самим предметом. Первичное понимание обращенной речи или первые временные связи между предметами и их словесными обозначениями образуется у детей благодаря совпадению во времени звучания слова, произносимого взрослым, с предъявлением предмета, действия, явления, которые они обозначают.

Положительной предпосылкой, способствующей формированию и совершенствованию понимания речи, является развитие зрительного, слухового и двигательного-кинестетического анализаторов. У детей с церебральным параличом отмечаются нарушения зрительного, слухового и кинестетического восприятия, которые у них нередко длительно сохраняются. Правильное представление об окружающих предметах создается на основе зрительно-моторно-кинестетического восприятия. При этом первая связь слова с определенным предметом формируется на основе сочетания его слухового обозначения со зрительно-кинестетическим ощущением этого предмета. Поэтому в процессе логопедической работы с детьми нужно учитывать тот факт, что ребенок лучше запоминает те предметы-игрушки, которые он активно ощупывает, осязает, осуществляет различные манипуляции с ними. Детям предлагают запомнить названия ярких, достаточно крупных игрушек, предметов, отличающихся от других по цвету, форме, величине, материалу, которые вызывают достаточно сильные ориентировочные реакции.

Формирование понимания обращенной речи проводят поэтапно, в определенной последовательности, по возрастающей сложности, в зависимости от уровня развития импрессивной речи и познавательной деятельности:

- различение интонаций голоса взрослого, знание своего имени;
- запоминание названий игрушек и окружающих предметов, часто показываемых и называемых, находящихся в определенном месте, и нахождение их по слову взрослого;
- выделение по слову «близких» людей («Где мама?», «Где папа?», «Где баба?», «Где сестричка?» и т.д.);
- запоминание названий игрушек и окружающих предметов вне зависимости от их места расположения;
- запоминание названий простых действий, движений (*до свидания, ладушки, сорока-ворона, дай, на, возьми, дай ручку*) и выполнение их по словесной инструкции;
- запоминание и показ частей лица и тела у себя, родителей и куклы;
- соотнесение игрушек и предметов окружающей действительности с их изображением на картинках;
- знание имен «близких» людей, показ «близких» ребенку лиц на фотографиях;
- адекватное включение ребенка в игру со взрослым (*прятки, ку-ку, забодаю, ой, боюсь*);
- понимание и выполнение по слову взрослого речевых инструкций (различных манипуляций и действий с предметами, игрушками);
- понимание функционального назначения предметов, выполнение адекватных предметных действий по слову взрослого;
- понимание названий действий, изображенных на картинках;
- ознакомление детей с различными свойствами и качествами предметов.

Развитие голосовых реакций и собственной речевой активности

Важным разделом логопедической работы является стимуляция голосовых реакций, звуковой и собственной речевой активности ребенка. В ходе коррекционно-развивающей работы необходимо учитывать этапы доречевого и раннего речевого развития: недифференцированная голосовая активность, гуление, лепет, лепетные слова, звукоподражания, общеупотребительные слова, простые фразы из 2–3 слов, неразвернутая (упрощенная)

структурно нарушенная фраза, развернутая фраза с лексико-грамматической недостаточностью.

Необходимо стимулировать, активизировать любые доступные ребенку голосовые, звуковые реакции и речевые высказывания (слова и фразы). Методика предусматривает создание педагогических условий, обеспечивающих поэтапное развитие и совершенствование лексической стороны речи, а также усвоение грамматических категорий. Для повышения эффективности работы используются игры, создаются игровые ситуации, где отрабатывается лексико-грамматический материал включается в речевую практику детей, во все виды их деятельности.

Для общения с окружающими у детей с выраженной задержкой речевого развития нужно формировать жестовые, мимические, голосовые, звукопроизносительные реакции, вырабатывать и закреплять навыки произвольного произнесения слогов, слоговых комплексов, облегченных слов.

Системный подход к проведению коррекционно-логопедической работы по развитию речи помогает включить ребенка сначала в невербальное, а затем в речевое общение.

Коррекция речедвигательных нарушений

При коррекции речедвигательных расстройств основной задачей является уменьшение степени проявления двигательных дефектов артикуляционного аппарата, а в более легких случаях – нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата. Для этого используются различные методы:

- дифференцированный логопедический массаж лицевой, губной и язычной мускулатуры в зависимости от характера нарушения тонуса мышц

и моторики артикуляционного аппарата (расслабляющий – при спастичности мышц, стимулирующий – при гипотонии). Массажу язычной мускулатуры придается особое значение не только для нормализации тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата, но и в целях уменьшения гиперсаливации, развития кинестетических ощущений, укрепления глоточного рефлекса. Массаж языка осуществляется различными способами – специальными зубными щетками, зондами, деревянным шпателем, мануально;

- пассивная артикуляционная гимнастика с элементами активной гимнастики, проводимая с целью включения в процесс артикулирования новых групп мышц или увеличения подвижности ранее включенных;
- метод искусственной локальной контрастотермии – сочетание искусственной локальной гипотермии (криомассажа) и гипертермии (тепломассажа). Этот метод применяется для уменьшения спастичности мышц артикуляционного аппарата и гиперкинезов язычной и лицевой мускулатуры. Контрастотермальное воздействие оказывается не только на артикуляционную мускулатуру, но и на кисти рук.

Важным направлением логопедической работы является развитие дыхания, голоса, голосовых модуляций и коррекция их нарушений. При решении этой задачи применяются дыхательная и голосовая гимнастика. Целью дыхательных упражнений является увеличение объема, глубины и силы вдыхаемого и выдыхаемого воздуха, а также нормализация ритма дыхания. Дыхательная гимнастика проводится сначала в пассивной форме, а затем постепенно переводится в активную (путем подражания действиям

взрослого). Голосовые упражнения по развитию силы, тембра, высоты голоса, голосовых модуляций используются на третьем году жизни.

Наши многолетние наблюдения показывают, что индивидуальные сроки появления речи у детей с двигательной патологией значительно колеблются, что зависит от многих факторов: локализации и тяжести поражения мозга, раннего начала, систематичности и адекватности коррекционно-логопедической работы. Возрастная динамика речевого развития детей также во многом зависит от состояния интеллекта. Чем выше интеллект ребенка, тем более благоприятна динамика развития речи, лучше результаты логопедической работы.

При ДЦП и синдромах двигательных нарушений наиболее медленный темп речевого развития наблюдается в раннем возрасте (первые три года жизни). На втором году жизни даже при самых тяжелых формах заболевания развитие общей моторики обычно опережает развитие речи. Чаще всего дети начинают произносить первые слова примерно в 2–3 года. К концу раннего возраста лишь некоторые дети с ДЦП общаются с окружающими с помощью простых коротких предложений из двух-трех слов.

Значительный скачок в развитии речи при проведении коррекционно-логопедических занятий наблюдается к концу третьего года жизни. На этом возрастном этапе темп речевого развития начинает опережать темп развития общей моторики ребенка. Как правило, фразовая речь формируется к 4–5 годам; в старшем дошкольном возрасте (5–7 лет) идет ее интенсивное

развитие. Чаще всего, как в раннем, так и в дошкольном возрасте, дети не реализуют своих речевых возможностей в общении (на заданные вопросы дают стереотипные однословные ответы).

Степень выраженности нарушений развития моторных, психических и речевых функций (от легких до крайне тяжелых) и их сочетание, несомненно, влияют на отдаленный прогноз психофизического развития. Но все-таки успехи в восстановительном лечении и коррекционно-педагогической работе детей с перинатальной церебральной патологией существенно определяются его ранним началом, комплексностью, систематичностью.

Литература

1. *Архипова, Е.Ф.* Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом. Доречевой период: кн. для логопеда / Е.Ф. Архипова. М.: Просвещение, 1989.
2. *Бадалян, Л.О.* Детские церебральные параличи / Л.О. Бадалян, Л.Т. Журба, О.В. Тимонина. Киев: Здоровья, 1988.
3. *Левченко, И.Ю.* Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: учеб. пособие / И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько. М.: Академия, 2001.
4. *Мастюкова, Е.М.* Нарушение речи у детей с церебральным параличом: кн. для логопеда / Е.М. Мастюкова, М.В. Ипполитова. М.: Просвещение, 1985.
5. *Панченко, И.И.* Дизартрические и анартрические расстройства речи у детей с церебральными параличами и особенности логопедической работы с ними: автореф. дис. ... канд. пед. наук / И.И. Панченко. М., 1974.
6. *Приходько, О.Г.* Ранняя помощь детям с двигательной патологией в первые годы жизни: метод. пособие / О.Г. Приходько. СПб.: КАРО, 2006.
7. *Семенова, К.А.* Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом: руков. для врачей / К.А. Семенова, Н.М. Махмудова; под ред. Н.М. Маджидова. Ташкент: Медицина, 1979.