

И. А. Смирнова

**Логопедическая диагностика,
коррекция и профилактика нарушений
речи у дошкольников
с ДЦП**

Алалия, дизартрия, ОНР

***Учебно-методическое пособие для логопедов
и дефектологов***

Издание 2-е, переработанное и дополненное

Санкт-Петербург
ДЕТСТВО-ПРЕСС
2018

ББК 74.3
С50

Рецензент: А. Н. Анисимова — канд. филологических наук, доцент.

Смирнова И. А.

С50 Логопедическая диагностика, коррекция и профилактика нарушений речи у дошкольников с ДЦП. Алалия, дизартрия, ОНР: Учебно-методическое пособие для логопедов и дефектологов. — 2-е изд., перераб. и доп.— СПб.: «ДЕТСТВО-ПРЕСС», 2018, — 320 с., ил.

ISBN 978-5-89814-204-9

В учебном пособии представлены теоретические и практические материалы по диагностике и коррекции, а также профилактике различных отклонений в развитии речи дошкольников, в том числе детей раннего возраста. Издание снабжено подробными комментариями, относящимися к занятиям с дошкольниками при ДЦП.

Для логопедов, дефектологов, студентов обучающихся по направлению «Специальное (дефектологическое) образование».

ББК 74.3

ISBN978- 5-89814-204-9

© И. А. Смирнова, 2004

© Издательство «ДЕТСТВО-ПРЕСС», 2004

© Оформление «ДЕТСТВО-ПРЕСС», 2004

Введение

Формирование правильной речи является важным звеном в системе педагогической абилитации детей с церебральным параличом.

Детский церебральный паралич (ДЦП) — это состояние, которое возникает вследствие воздействия на организм ребенка различных неблагоприятных факторов в периоды до рождения, во время родов или в первые месяцы жизни. При этом повреждаются те участки головного мозга, которые обеспечивают движения и удержание позы. Расстройства обычно сопровождаются разнообразными нарушениями психической деятельности, так как движения играют важную роль в психическом развитии. Помимо двигательных зон у детей с церебральным параличом могут быть поражены и другие участки головного мозга, что также отрицательно влияет на развитие различных психических функций.

У большинства детей с церебральным параличом возникают проблемы с формированием одной из наиболее сложно организованных психических функций — речи. Эти проблемы могут быть различного порядка: полное отсутствие речи, искаженное ее формирование, обусловленное болезнью своеобразия. Частота нарушений речи при ДЦП велика, так как они

вызываются и повреждением двигательных механизмов речи, и расстройством смежных психических функций, и специфической взаимодельствия больного ребенка с окружающими. Именно поэтому в разных странах специалисты утверждают, что логопед должен начинать работу с таким ребенком как можно раньше, практически со времени постановки диагноза «детский церебральный паралич».

Формирование речи у детей с церебральным параличом — это сложный процесс, в котором квалифицированное логопедическое воздействие должно сочетаться с лечением и специальным образованием, включающим коррекцию психофизического и личностного развития. Наиболее благоприятным для коррекции нарушенных психических функций и предупреждения дальнейшего аномального развития является дошкольный возраст. В то же время диагностика и коррекция нарушений речи у дошкольников с церебральным параличом имеет известные трудности как в силу сложности этого заболевания, так и в связи с недостатком специальных знаний по данной проблеме.

В основу пособия положены материалы зарубежных и отечественных авторов, материалы диссертационного исследования, а также многолетний опыт работы с дошкольниками с ДЦП.

Теоретические основы логопедической работы при детском церебральном параличе

Научно-теоретические основы исследования патологии речи у дошкольников с ДЦП

Патология речи у детей с церебральным параличом привлекла к себе внимание исследователей сразу, как только это заболевание попало в поле зрения специалистов. Известно, что первое подробное описание ДЦП принадлежит английскому ортопеду Вильяму Литтлю, который в 1862 году издал монографию «Спастичный ребенок». В этой монографии он писал, что такие дети имеют не только неправильную походку, но трудности в речи и слабоумие.

Первой отечественной книгой, целиком посвященной ДЦП, был труд М. Я. Брейтмана «О клинической картине детского головномозгового паралича», вышедший в свет в 1902 году. Брейтман также обратил внимание на часто встречающуюся патологию речи у лиц с данным заболеванием.

Врачи, исследовавшие ДЦП, замечали дизартрические расстройства произношения как неврологический симптом, но

довольно рано они же отметили, что у таких детей нередко наблюдается отставание в развитии речи в целом. Обычно это отставание трактовали как следствие или симптом глубокой умственной отсталости.

Лишь в середине XX века в связи с возросшей актуальностью проблемы и поиском путей лечения и реабилитации лиц с этой патологией появляются логопедические исследования речи таких детей. Первые работы (М. Касс, К. Н. Витторф, О. В. Правдина, И. И. Панченко) были посвящены дизартрии. Эти работы дали толчок не только к изучению, но и к выделению дизартрии у детей. Они носили преимущественно описательный характер, благодаря чему авторы избегали прямого переноса данных, полученных при исследованиях приобретенной дизартрии у взрослых, на дизартрию, являющуюся следствием врожденной патологии.

Когда детей с церебральным параличом стали учить в специальных школах, возникла необходимость в педагогических исследованиях. Изучая особенности познавательной деятельности, педагоги обнаружили, что у этих детей возникают не только трудности в произношении, но и проблемы в формировании лексико-грамматического строя речи. Это заставило логопедов активизировать исследования патологии речи при ДЦП. По мере этих исследований специалисты пришли к мысли, что у детей с церебральным параличом может вообще не быть нарушений речи, но могут встречаться и те же расстройства речи, которые бывают у детей, не страдающих данным заболеванием. Так, английский специалист Виола Кардвел в 1956 году отмечает, что у 73% детей с церебральным параличом речевые расстройства возникают вследствие нарушений слуха, зрения, движений, интеллекта и ограничения речевой практики. Наиболее типичны дизартрии, разные степени корковой моторной афазии (подразумевается алалия), отставание в развитии речи.

В XX веке зарождается и постепенно набирает темп наука психолингвистика, в рамках которой разграничиваются понятия «речь» и «язык», и уже в 1960 году английский автор Хоberman пишет, что у детей с ДЦП могут быть речевые и

Факторы, определяющие патологию речи при ДЦП

О распространенности нарушений речи при ДЦП существуют разные мнения. Большинство специалистов, не работавших с данным контингентом детей, убеждены, что патология речи, а именно дизартрия, всегда сопутствует этому заболеванию. Однако уже в 1956 году Виола Кардвел писала, что речевая патология имеет место в 73% случаев.

К. А. Семенова отмечает, что частота расстройств речи зависит от формы паралича. Так, при спастической диплегии у 70% детей диагностируются дизартрии, реже встречается моторная алалия, при гемипаретической форме 25—35% детей имеют те же расстройства речи, при гиперкинетической форме дизартрия присутствует в 90% случаев, при атонически-астатической форме — 60—75%, а при двойной гемиплегии всегда наблюдается тяжелая дизартрия или анартрия.

По данным нашего исследования, из 42 детей с разными формами ДЦП в возрасте от 5,5 до 7,5 лет у 14 человек (~33%) уровень развития лексико-грамматической системы речи соответствовал возрасту, у 21 ребенка (50%) наблюдалось общее недоразвитие речи третьего уровня, у 7 детей (~17%) — второго уровня. При этом преобладала задержка развития речи,

а не алалия. Звукопроизношение было правильным у 7 детей (~17%), в двух случаях наблюдалась функциональная дислалия, у 33 детей (~79%) — дизартрия.

Большинство исследователей связывают нарушения речи самым непосредственным образом с ДЦП. Некоторые авторы пытаются все симптомы речевых нарушений обусловить патологией движений в артикуляционном аппарате. Такой подход является несколько односторонним, так как патология речи при ДЦП может иметь и традиционную этиологию, не зависящую от моторных расстройств или связанную с ними лишь опосредованно.

Учитывая разнообразие нарушений речи при ДЦП и сложную структуру данной патологии, можно представить, что развитие речи у этих детей во многом зависит от проявлений данного расстройства, но не во всем и не всегда. Так, на развитие речи при ДЦП оказывают влияние:

- ✓ те же обстоятельства, которые вызывают патологию речи у детей без ДЦП;
- ✓ моторные нарушения в периферическом речевом аппарате. В зависимости от их распространенности, интенсивности и характера у детей развиваются разные формы дизартрии;
- ✓ сенсорные расстройства, которые могут быть связаны с моторными нарушениями. Нарушения зрения, слуха и осязания, задержка в развитии перцепции отрицательно влияют на овладение лексикой и речью в целом;
- ✓ частые отклонения в строении артикуляционного аппарата, обусловленные внутриутробной патологией, которые могут являться механическим препятствием к овладению правильным произношением;
- ✓ органические поражения ЦНС, затрагивающие не только моторные ее отделы. При наличии билатеральных деструкций в височных зонах и заднем ассоциативном комплексе возникают алалии;
- ✓ социальные условия развития больного ребенка — позднее становление ситуативно-делового общения и предметно-практической деятельности, частичная изоляция от окружающих.

нервной системы носит диффузный характер. Еще в XIX веке было установлено, что в таких условиях психические функции могут формироваться с нетипичной локализацией. В частности, А. Куссмауль писал, что даже П. Брока согласился с тем, что речевая функция может контролироваться не только левым, но и правым полушарием мозга при ранних поражениях левого полушария. Ему была представлена пациентка с врожденным поражением левого полушария, владевшая речью и умевшая прекрасно вышивать. В дальнейшем в трудах П. К. Анохина и других классиков неврологии было показано, что центральная нервная система обладает пластичностью и высокой способностью к компенсации нарушенных функций, особенно в раннем детстве. В связи с этим классическая клиническая классификация, в основе которой лежит критерий локализации мозгового поражения, не может быть применена к врожденной дизартрии безоговорочно.

Сопоставление врожденной и приобретенной дизартрии позволяет обнаружить ряд различий.

Таблица 1

Сравнительная характеристика врожденной и приобретенной дизартрии

Характеристика	Приобретенная дизартрия	Врожденная дизартрия
Лингвистическая	Распад фонетической системы. Сохранная фонематическая система	Искаженное формирование фонетической и фонематической систем
Неврологическая	Ригидность, параличи, парезы, гиперкинезы, атаксия, апраксия. Гиперсаливация. Симптомы орального автоматизма	Ригидность, параличи, парезы, гиперкинезы, атаксия, апраксия. Гиперсаливация. Нередуцированные оральные рефлекссы
Анатомо-патолофизиологическая	Неврологическая симптоматика соотносится с локализацией очага поражения в ЦНС, что является основой для выделения клинических форм (все	Органическое поражение ЦНС носит диффузный характер, в процессе раннего развития речевая функциональная система может формироваться

Продолжение табл. 1

Характеристика	Приобретенная дизартрия	Врожденная дизартрия
	формы были определены с наличием патологоанатомических данных)	с нетипичной локализацией — некорректен прямой перенос клинической классификации
Нейрофизиологическая	Специфика произношения определяется распределением и выраженностью параличей, парезов, гиперкинезов в артикуляционно-фонационно-дыхательной мускулатуре, наличием или отсутствием атаксии и апраксии (произношение полностью зависит от реальных моторных возможностей)	Артикуляция формируется на патологической основе в условиях недоразвития фонематического восприятия — специфика артикуляции определяется не только моторными возможностями (обычно ребенок не использует свои моторные возможности в полной мере). Артикуляционный праксис всегда формируется искаженно
Психологическая	Пациент замечает фонетические искажения в своей речи и стремится их преодолеть, появляются симптомы спонтанной компенсации	Собственная речь воспринимается как нормально звучащая, симптомы спонтанной компенсации отсутствуют
Сочетание с другой патологией речи	Афазии, «органическое» или постконтузионное заикание	Вторично может возникать задержка развития речи, дислексия и дисграфия. Часто сочетается с другой патологией речи, обусловленной органическими расстройствами ЦНС — задержкой развития речи, алалией, заиканием, тахилалией. Ринолалию и брадилалию можно рассматривать как самостоятельную патологию или как один из симптомов дизартрии
Сопутствующие неврологические симптомы и синдромы	В соответствии с локализацией очага поражения — апраксии, параличи и парезы конечностей, гиперкинезы в общей мускулатуре, атаксии...	Часто сочетается с другими симптомами и синдромами органических поражений ЦНС — нарушениями сенсорики, моторики, эмоционально-волевой сферы, внимания, памяти, ДЦП, олигофрений и т. п.



Рис. 2

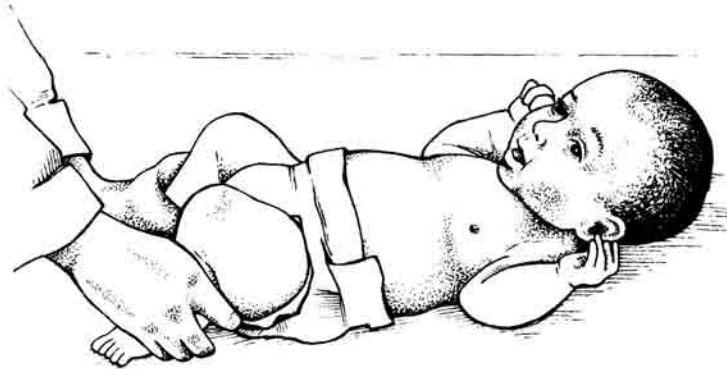


Рис. 3

Ребенка кладут на живот, его руки опираются на стол. Поднимая голову и плечи ребенка, способствуют осуществлению вдоха, опуская — усиливают выдох (рис. 4).



Рис. 4

Ребенка стимулируют к активному выдоху с использованием игровых приспособлений — вертушек, султанчиков, дудочек и т. п.

Стимуляция голосовых реакций

Е. Ф. Архипова пишет, что для вызывания первых голосовых реакций необходимо положить ребенка на спину, подложив под шею валик так, чтобы голова была слегка запрокинута назад. Верхние и нижние конечности ребенка привести к туловищу. В таком положении на фоне эмоционально-положительного общения с ребенком нужно проводить вибрацию его грудной клетки и гортани.

Вибрацию грудной клетки и гортани можно присоединить к фазе выдоха в дыхательных упражнениях.

черенка ложки, можно попробовать увеличить толщину черенка с помощью насадок или обертывания. Толщину подбирают индивидуально и постепенно уменьшают (рис. 13).

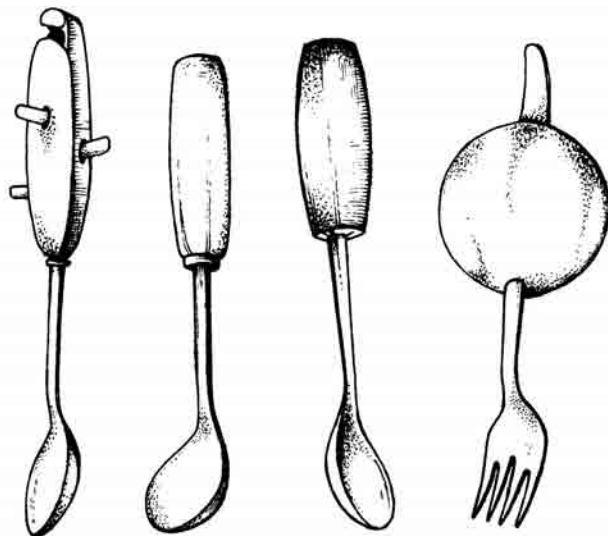


Рис. 13

Если ребенок не удерживает голову, то подбирается оптимальная поза для кормления его с помощью ложки. Для этого М. Борковская рекомендует следующие положения и способы.

- Взрослый сидит на стуле за высоким столом. Ребенок сидит на его коленях. Предплечья ребенка лежат на столе. Взрослый одной рукой придерживает голову ребенка в области рта, другой — его кормит.
- Ребенка сажают в специальное креслице. Это кресло может лежать на коленях взрослого или на другой опоре.
- Ребенка, который не может самостоятельно сидеть, взрослый усаживает на свои колени боком или лицом к себе с широко

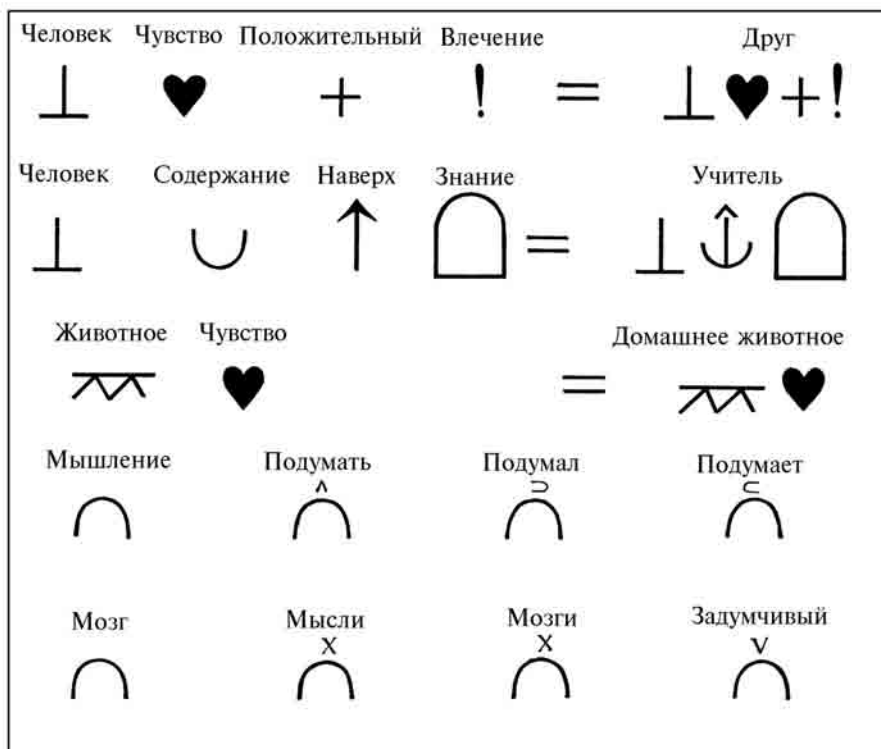


Рис. 15

усвоения языка. Можно предположить, что при расстройствах моторного уровня порождения речи, а именно при анартрии и выраженной механической дислалии, ребенок может овладеть этой коммуникационной системой. Однако общаться с ее помощью ребенок сможет лишь при наличии коммуниканта, владеющего Блисс-языком. Конечно, реально общение с помощью компьютерного перевода, но есть более рациональные средства обучения языку.

Пиктограммы. Метод пиктограмм широко используется в развитых странах. Для коммуникации используются черно-белые изображения (пиктограммы), замещающие слова.

Окончание табл.

Неделя	Занятие	Звук	Буква	Дифференциация	Анализ и синтез	Чтение
25	1–2	[Л]–[Л']	Ь		Звукослоговой анализ слов	Слова типа «хорь», «письмо», «васильки»
26	1–2	[Ч]	Ч	[Ч]–[Г']–[Щ]		Правило ЧА чу
27	1–2	[Ч], [Г']	Ю			Слова с буквой Ю
28	1 2	[Щ] [Щ], [С]	Ц	[Щ]–[С]–[Г]		Слова с буквой Ц
29	1 2	[Ч], [С'] [Г'], [Щ] [С] [Щ]	Ф	[Щ]–[Ш]–[С']		Слова с буквой Ф
30	1 2	[Щ], [Ч]				Правило ЩА ШУ
31	1–2	[Щ], [Ч] [Г'], [Щ]	Ь разд.			Слова типа «пью, платье»
32	1–2	[С] [С']	Ъ			Слова с Ъ
33–36		Все звуки				Чтение последних текстов

Приложение 3. Артикуляционная гимнастика по М. Е. Хватцеву

Общая артикуляционная гимнастика

1. Опускание и поднятие нижней челюсти (раскрывание и закрывание рта свободное и с сопротивлением рук).

2. Челюсти в спокойном положении. Движение нижней челюсти вперед на счет 3:

- без нажимания на нижнюю челюсть языком;
- с сильным нажимом и подталкиванием языком нижней челюсти при движении вперед.

При движении вперед — выдох через рот с произнесением в конечном моменте звука [С] или [З].

3. Оттягивание челюсти назад на счет 3:

- язык пассивен;
- язык с силой оттягивается назад. При оттягивании — вдох через рот, при возвращении в исходное положение — выдох через рот с произнесением звуков [Н], [Л], [Т], [Д].

4. Вытягивание челюсти вперед с последующим оттягиванием ее назад: закусив кончик карандаша, поднимать его к носу и опускать вниз.

5. Движение челюсти вправо, дыхание через нос:

- язык пассивен;
- язык с силой упирается в челюсть, помогая движению.

6. Движение челюсти влево производится так же, как и вправо.

7. Движение челюсти вправо и влево, непосредственно одно за другим:

- язык пассивен;
- язык подталкивает нижнюю челюсть.

Гимнастика для мимико-артикуляторных мышц

1. Сморщивание всего лица и растягивание его в длину с раскрытием рта.

2. Поднимание и опускание бровей: при поднимании бровей глаза широко раскрываются, на лбу появляются продольные морщины; при опускании глаза почти закрываются и над переносицей образуются вертикальные и поперечные морщинки.

3. Одновременное закрывание и открывание обоих глаз.

4. Поочередное закрывание и открывание правого и левого глаза: если какой-либо глаз (а иногда и оба попеременно) не закрываются, то одно веко (лучше не закрывающееся) придерживают в закрытом положении пальцем, в то время как другой глаз ритмично закрывают.

5. Одновременное, затем попеременное прищуривание.

6. Медленное прищуривание глаз: сначала сразу обоих, затем поочередно правого и левого (следить за активностью нижних век).

7. Поочередное поднимание обоих углов рта: при спокойном состоянии левой половины рта поднимается правый угол рта, и наоборот.

8. Нюхательное движение: при сжатых челюстях верхняя губа несколько поднимается, обнажая зубы, носогубные складки резко выражаются.

9. Одновременное поднимание обоих уголков рта: поочередное поднимание левой и правой щеки. Вдох носом, выдох ртом.

10. Челюсти сжаты: попеременное поднимание углов рта:

- с закрыванием соответствующего глаза (поднимается вся щека);
- без закрытия глаз, с минимальным поднятием щеки.

Вдох носом, выдох ртом сквозь зубы активной стороны.

Примечание: если угол рта не поднимается, то при импульсах движения к нему другой угол рта удерживается от движения пальцем, а не действующий угол рта пальцами ритмично поднимается.

11. Зубы и губы сжаты. Одновременное опускание углов рта. Дыхание носом.

12. Зубы и губы сомкнуты — поочередное опускание левого и правого углов рта. Дыхание носом.

Особенности развития ручной моторики

Поднимание правой руки, левой руки _____

Разведение рук в стороны _____

Вытягивание рук вперед _____

Захват предметов:

крупных — кистью _____

мелких — пальцами _____

Попеременное соединение всех пальцев руки с большим пальцем _____

Ведущая рука _____

Особенности мимических движений

Поднимание бровей:

вместе _____

поочередно _____

Зажмуривание глаз:

вместе _____

поочередно _____

Улыбка _____

Надувание щек:

вместе _____

поочередно _____

Чувство ритма

Выстукивание ритмического рисунка:

// _____
/// _____
/ // _____
// / _____
// /// _____

Общая характеристика речи

Импрессивная речь

Понимание ситуативной речи:

Где мама? _____

Возьми куклу. _____

Подойди к окну. _____

Понимание контекстной речи:

На чем ты приехал? _____

Какие игрушки есть у тебя дома? _____

Экспрессивная речь

Наличие _____

Развернутость (отдельные слова, фразы, связная речь) _____

Внятность _____

Использование жестов в общении _____

Состояние дыхания

Тип дыхания — диафрагмальный, грудной, ключичный _____

Объем дыхания — достаточный для произнесения фразы из ... слогов _____

Содержание

Введение	3
Глава I. Теоретические основы логопедической работы при детском церебральном параличе	5
Научно-теоретические основы исследования патологии речи у дошкольников с ДЦП	5
Психофизиологическая и психолингвистическая структура речевой функции. Специфика ее развития при ДЦП	9
Социально-психологические условия развития речи	15
Глава II. Развитие лингвистической системы речи в дошкольном возрасте	21
Об исследовании онтогенеза и дизонтогенеза речевой функции.....	21
Развитие лексики.....	23
Развитие грамматического строя речи.....	35
Развитие фонетико-фонематической системы речи	39
Глава III. Патология речи у детей с ДЦП	52
Факторы, определяющие патологию речи при ДЦП	52
Специфические расстройства двигательной сферы, влияющие на формирование речи	54
Алалия и задержка развития речи.....	61
Дизартрия и анартрия.....	73
Дислексия и дисграфия	87
Глава IV. Профилактика отклонений в развитии речи у детей с ДЦП	94
Логопедическая работа в доречевом периоде развития ребенка.....	94
Развитие коммуникативности ребенка	97

Стимуляция сенсомоторного развития.....	103
Формирование сенсомоторных предпосылок развития артикуляции	106
Глава V. Логопедическая диагностика дошкольников с ДЦП	128
Диагностика состояния доречевого развития	128
Алгоритм и процедура логопедического обследования	130
Глава VI. Методика логопедической работы при алалии и задержанном развитии речи	144
Основные принципы и направления.....	144
Формирование первоначальной речевой коммуникации	146
Формирование словаря.....	150
Развитие грамматического строя речи.....	159
Формирование и развитие фонетико-фонематической системы речи при алалии.....	162
Логопедическая работа по развитию связной речи	165
Глава VII. Методика логопедической работы при дизартрии и анартрии	169
Принципы логопедической работы при дизартрии	169
Направления логопедической работы по формированию произношения.....	173
Логопедическая работа при разных клинических формах дизартрии и анартрии.....	203
Глава VIII. Неартикулируемые средства общения и методика их использования в работе по формированию коммуникативности у неговорящих детей	206
Характеристика неартикулируемых средств коммуникации	206
Применение невербальных средств коммуникации в специальной педагогике	207
Безэлектронные неартикулируемые средства общения.....	212
Специальные электронные средства коммуникации.....	225
Глава IX. Профилактика нарушений письменной речи у дошкольников с ДЦП	227

Социально-психологическая подготовка к обучению в школе	227
Формирование сенсомоторной базы овладения чтением и письмом	231
Профилактика дислексии и дисграфии.....	237
Глава X. Организационно-методические основы логопедической работы с дошкольниками с ДЦП	245
Приложения	
Приложение 1. Содержание программы «Адаптация»....	255
Приложение 2. Планирование работы в группе для детей с ФФНР по Г. А. Каше	270
Приложение 3. Артикуляционная гимнастика по М. Е. Хватцеву.....	274
Приложение 4. Артикуляционная гимнастика по И. И. Панченко.....	282
Приложение 5. Примерное распределение программного материала по развитию познавательной деятельности.....	287
Приложение 6. Материалы для логопедической диагностики.....	292
Приложение 7. Карточка материалов для коррекционной работы	298
Приложение 8. Схема логопедического обследования дошкольников с ДЦП.....	301
Литература	311

Учебное издание

Ирина Анатольевна Смирнова

**Логопедическая диагностика, коррекция
и профилактика нарушений речи у дошкольников с ДЦП**

Алалия, дизартрия, ОНР

Учебно-методическое пособие для логопедов и дефектологов

Главный редактор С. Д. Ермолаев
Шеф-редактор Л. Ю. Киреева
Редактор Е. Юрьева
Художник П. Благов
Дизайнер А. В. Амбросович
Корректор А. В. Соколова
Верстка А. Л. Сергеенок

ООО «ИЗДАТЕЛЬСТВО «ДЕТСТВО-ПРЕСС»,
197348 СПб., а/я 45. Тел.: (812) 303-89-58
E-mail: detstvopress@mail.ru
www.detstvo-press.ru

Представительство в Москве: МОО «Разум»,
127434 Москва, Ивановская ул., д. 34.
Тел.: (499) 976-65-33
E-mail: razum34@gmail.com
www.raz-um.ru

Служба «Книга — почтой»:
ООО «АРОС-СПб»
192029, Санкт-Петербург, а/я 37
Тел. (812) 973-35-09
E-mail: arosbook@yandex.ru

Подписано в печать 08.07.2018. Формат 60×90^{1/16}. Печать офсетная.
Бумага офсетная. Гарнитура Таймс. Усл. печ. л. 20,0.
Доп. тираж 1000 экз. Заказ № .

Отпечатано с готовых файлов заказчика
в ОАО «Первая Образцовая типография»,
филиал «УЛЬЯНОВСКИЙ ДОМ ПЕЧАТИ».
432980, г. Ульяновск, ул. Гончарова, д. 14.