

Министерство образования и науки Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Московский педагогический государственный университет»



Г. В. Бабина, Л. И. Белякова, Р. Е. Идес

ПРАКТИКУМ

по дисциплине «Логопедия»
(раздел «Дизартрия»)

Код и направление подготовки
050700.62 «Специальное (дефектологическое) образование»
Профиль: логопедия
Квалификация (степень) выпускника: бакалавр

МПГУ

ИЗДАТЕЛЬСТВО
ПРОМЕТЕЙ

Москва
2012

УДК 376
ББК 74.570.293
Б125

*Печатается по решению Ученого совета Московского
педагогического государственного университета*

Рецензенты:

Л. И. Плаксина, доктор психологических наук, профессор
Е. С. Тушева, кандидат педагогических наук, доцент

Б125 Бабина Г. В., Белякова Л. И., Идес Р. Е. Практикум по дисциплине «Логопедия» (раздел «Дизартрия»): Учебно-методическое пособие / Под ред. Г. В. Бабиной. – М.: МПГУ, 2012. – 104 с.

В учебно-методическом пособии получают свою реализацию содержательные, организационно-методические и технологические компоненты предметного поля учебной дисциплины «Логопедия» (раздел «Дизартрия»). Содержание пособия ориентировано на формирование широкого спектра профессиональных компетенций у студентов бакалавриата.

Адресовано преподавателям, студентам бакалавриата и магистратуры, аспирантам высших учебных заведений (направление «Специальное (дефектологическое) образование»).

ISBN 978-5-7042-2352-8

© МПГУ, 2012

© Издательство «Прометей», 2012

Содержание

Введение	5
РАЗДЕЛ I. Неврологические основы дизартрии.....	9
Тема 1. Введение в проблему дизартрии. Основные представления об этиопатогенетических механизмах дизартрий. Общее и различное в механизмах дизартрий детей и взрослых.....	9
Тема 2. Анатомо-физиологические механизмы устной речи в норме	11
Тема 3. Строение и функции периферического речевого аппарата	16
Тема 4. Психофизиологические механизмы звукопроизношения.....	18
Тема 5. Общие неврологические механизмы параличей	21
РАЗДЕЛ II. Дизартрии у взрослых лиц.....	24
Тема 1. Психофизиологические механизмы дизартрии	24
Тема 2. Основные клинические формы дизартрии у взрослых лиц.....	25
Тема 3. Классификация дизартрий у взрослых.....	26
Тема 4. Формы дизартрии. Псевдобульбарная дизартрия. Психолого-педагогическая характеристика взрослых с псевдобульбарной формой дизартрии.....	27
Тема 5. Бульбарная дизартрия. Психолого-педагогическая характеристика взрослых с бульбарной формой дизартрии.....	30
Тема 6. Подкорковая дизартрия. Психолого-педагогическая характеристика взрослых с подкорковой формой дизартрии	32
Тема 7. Кортиковая дизартрия. Психолого-педагогическая характеристика взрослых с корковой формой дизартрии	34
Тема 8. Мозжечковая дизартрия. Психолого-педагогическая характеристика взрослых с мозжечковой формой дизартрии	36

РАЗДЕЛ III. Дизартрии у детей	39
Тема 1. Основные этапы развития речи у детей в норме	39
Тема 2. Детский церебральный паралич как причина и этиопатогенетический механизм дизартрии у детей	44
Тема 3. Дизартрия у детей	47
Тема 4. Классификация дизартрии у детей. Психолого-педагогическая характеристика детей со спастико-паретической формой дизартрии.....	48
Тема 5. Психолого-педагогическая характеристика детей с гиперкинетической формой дизартрии.....	50
Тема 6. Психолого-педагогическая характеристика детей с атонически-астатической формой дизартрии.....	51
Тема 7. Степени нарушения речи при дизартрии у детей.....	52
Тема 8. Минимальная степень проявления дизартрии	53
Тема 9. Обследование детей с дизартрией. Основные направления коррекционно-педагогического воздействия при дизартрии.....	56
Тема 10. Основные направления комплексной реабилитации детей и подростков с дизартрией.....	62
Тема 11. Профилактика дизартрии у детей.....	64
Приложение 1.....	73
Приложение 2.....	89
Приложение 3.....	97
Приложение 4.....	101

Введение

Дисциплина «Логопедия» (раздел «Дизартрия») относится к вариативной части профессионального цикла (Б.3.2.1. «Логопедия»). Для освоения дисциплины студенты используют знания, умения и навыки, полученные и сформированные в ходе изучения следующих дисциплин: «Специальная педагогика», «Специальная психология», «Анатомия, физиология и патология органов слуха, речи и зрения», «Невропатология», «Неврологические основы логопедии».

Дисциплина изучается параллельно с дисциплинами «Логопедия» (раздел «Нарушения голоса»), «Технологии обследования речи (раздел «Технология обследования моторных функций)», «Формирование речевого дыхания», «Современный русский язык», «Индивидуальные формы логопедической работы», «Коррекция произносительной стороны речи», «Основы нейропсихологии», «Логопедическая работа с детьми с церебральным параличом» и др.

Цель практикума – закрепление у студентов теоретических основ логопедии и формирование практических умений коррекционной логопедической работы.

Компетенции обучающихся, формируемые в результате освоения дисциплины

Процесс изучения дисциплины направлен на формирование следующих компетенций:

- способность к рациональному выбору и реализации коррекционно-образовательных программ на основе личностно-ориентированного и индивидуально-дифференцированного подходов к лицам с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) (ПК-1);

- готовность к организации коррекционно-развивающей среды, ее методическому обеспечению и проведению коррекционной работы в сферах образования, здравоохранения и социальной защиты с целью успешной социализации лиц с ОВЗ (ПК-2);

- способность к осуществлению коррекционно-педагогической деятельности в условиях как специальных (коррекционных), так и общеобразовательных учреждений с целью реализации интегративных моделей образования (ПК-3);

- готовность к взаимодействию с общественными организациями, семьями лиц с ограниченными возможностями здоро-

вья, к осуществлению психолого-педагогического сопровождения процессов социализации и профессионального самоопределения лиц с ОВЗ (ПК-4);

- способность осуществлять динамическое наблюдение за ходом коррекционно-развивающего воздействия с целью оценки его эффективности (ПК-7);

- готовность к оказанию консультативной помощи лицам с ОВЗ, их родственникам и педагогам по проблемам обучения, развития, семейного воспитания, жизненного и профессионального самоопределения (ПК-8);

- готовность к сбору, анализу и систематизации информации в сфере профессиональной деятельности (ПК-9);

- способность к планированию, организации и совершенствованию собственной коррекционно-педагогической деятельности (ПК-10);

- готовность к использованию знаний в области современного русского литературного языка и лингвистического анализа в профессиональной деятельности (ПК-11);

- способность использовать данные медицинской документации в процессе организации и осуществления коррекционно-педагогической работы с лицами с ОВЗ (ПК-12);

- готовность к формированию общей культуры лиц с ограниченными возможностями здоровья и к взаимодействию с учреждениями культуры по реализации просветительской работы с лицами с ОВЗ и их семьями (ПК-13);

- способность осуществлять работу по популяризации дефектологических знаний среди населения (ПК-14).

В результате освоения дисциплины обучающийся должен:

знать:

- * причины и механизмы нарушения звукопроизношения и просодической стороны речи при дизартрии;

- * классификацию дизартрий у детей взрослых;

- * виды двигательных нарушений, обуславливающие дизартрию;

- * структуру речевого дефекта при дизартрии у взрослых и детей; диагностические критерии для определения типа дизартрических нарушений;

- * последовательность этапов логопедического обследования лиц с дизартрией;

- * составления логопедического заключения;
- * методы логопедической работы с детьми, имеющими дизартрию;
- * методы логопедической работы с взрослыми, имеющими дизартрию;
- * предупреждение нарушений письма и чтения у детей с дизартрией;

уметь:

- * обследовать моторные функции, звукопроизношение, ритмоинтонационную сторону речи при дизартрии у ребенка, подростка, взрослого;
- * проводить дифференциальную диагностику различных форм дизартрии;
- * проводить психолого-педагогическое обследование;
- * составлять индивидуальную программу коррекционного логопедического воздействия;
- * осуществлять выбор коррекционных методик обучения и воспитания лиц с дизартрией;
- * составить логопедическое заключение и обосновать образовательный маршрут;

владеть:

- * методиками логопедического и психолого-педагогического обследования лиц с дизартрией;
- * умением составлять протоколы обследования речи, моторных функций и просодической стороны речи;
- * приемами нормализации мышечного тонуса и подвижности артикуляционного аппарата, развития физических характеристик голоса, фонационного и речевого дыхания;
- * приемами нормализации звукопроизносительной и просодической сторон речи;
- * методиками развития лексико-грамматической стороны речи у детей;
- * методиками подготовки детей к обучению в школе.

В процессе прохождения дисциплины используются:

- * традиционные образовательные технологии в виде лабораторных занятий;
- * игровые технологии с использованием ролевых игр (реконструкция моделей поведения педагога, родителей и ребенка в процессе обследования);
- * информационно-коммуникационные образовательные технологии;

* разработка проектов занятий по коррекционно-педагогической работе (дыхание, голос, просодика, звукопроизношение, фонетико-фонематический анализ и др.);

* презентации, разработанные студентами по формированию нарушенных звуков: специфика артикуляционной гимнастики, артикуляторные позиции и проч.; игровые ситуации, применяемые в процессе формирования тех или иных звуков и т.д.

Общая трудоемкость дисциплины составляет 5 зачетных единиц (180 часов): 38 лекционных часов и 57 часов лабораторных занятий, отдельные вопросы выносятся для самостоятельной работы, на экзамен. Внутрисеместровая аттестация проводится в виде контрольной работы, а также «Портфеля учебных достижений» студента, куда входят: результаты проведения контрольных работ по изучаемым темам; письменные работы-конспекты; презентационный информационный проект; схема обследования просодической стороны речи; схема обследования произносительной стороны речи; сценарии деловых игр; подбор текстового материала и игровых приемов для развития ритмоинтонационной стороны речи, общей и мелкой моторики. В процессе лекций рекомендуется использование блиц-опросов по изучаемой теме. Изучение раздела «Дизартрия» заканчивается экзаменом.

Практикум включает три раздела: раздел I «Неврологические основы дизартрии» (5 тем), раздел II «Дизартрии у взрослых лиц» (8 тем), раздел III «Дизартрии у детей» (11 тем). На лабораторных занятиях студенты изучают научно-педагогическую литературу, обсуждают теоретические вопросы по проблеме дизартрии, знакомятся с методами и приемами обследования детей с дизартрией, коррекции данной речевой патологии, закрепляют и расширяют знания по основным вопросам данной темы, овладевают приемами коррекции речи, дыхания, голоса.

Особое значение для успешного овладения знаниями по программной теме имеет организация самостоятельной работы студентов.

Раздел I

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДИЗАРТРИИ

*Тема 1. Введение в проблему дизартрии.
Основные представления об этиопатогенетических
механизмах дизартрий. Общее и различное в механизмах
дизартрий детей и взрослых*

Основные положения по теме лекции

На современном этапе развития логопедия не является узкоспециальной педагогической наукой, а представляет собой междисциплинарную область знаний о человеке. В настоящей книге не только приведены педагогические аспекты исследования, диагностики и реабилитационного процесса, но и значительное место уделяется медицине, психологии и психофизиологии, необходимых для понимания механизмов нарушения речи при дизартрии.

В отечественной практике дизартрию в детском возрасте принято рассматривать как остаточные явления детского церебрального паралича (ДЦП), а у взрослых связывать с клиникой параличей.

Принципиально новым в данном учебном пособии является то, что нарушения речи при дизартрии представлены у детей, у которых нет явных признаков паралича, их психомоторные функции развивались в пределах нормы или с некоторой задержкой.

Дизартрия – это обобщенное название группы наиболее часто встречающихся речевых расстройств. Она имеет несколько форм, каждая из которых характеризуется своей неврологической и речевой симптоматикой. Термином «дизартрия» обозначают расстройство произносительной стороны речи, при котором страдает звукопроизношение и просодическая организация звукового потока. Независимо от уровня поражения центральной нервной системы (ЦНС) при дизартрии всякий раз нарушаются целостность функциональной системы экспрессивного речеобразования. При этом нарушаются высота, тон, громкость голоса, ритмико-интонационный уровень высказывания, искажается фонетическая окраска речевых звуков, в целом неправильно реализуется фонетический строй речи.

Эту патологию членораздельной речи связывают главным образом с нарушением иннервации мышц периферического речевого аппарата, вследствие чего происходит расстройство нейромоторной регуляции мышечного тонуса в результате органического или функционального поражения ЦНС.

Нейромоторные нарушения являются причиной патологии функционирования речеобразовательной системы.

В настоящее время существует **четыре основных подхода** в изучении дизартрии: клинический (неврологический), психолого-педагогический, нейропсихологический, лингвистический.

С позиции *клинического (неврологического) подхода* изучаются клинические проявления дизартрии, которые соотносятся с уровнем органического или функционального поражения центральной нервной системы, ее периферических или центральных отделов. Клинический подход исследует также причины дизартрии, топику (место) и характер очагового поражения ЦНС, симптоматику, в которую включают характер изменения мышечного тонуса, движений различных отделов речевого аппарата и т.п. Наличие дизартрии связано с органическим или функциональным поражением мозга, что, в свою очередь, является следствием разнообразных вредоносных факторов, которые могут воздействовать на организм до рождения ребенка, в процессе его внутриутробного развития (пренатально), во время рождения (перинатально) и вскоре после родов (постнатально).

Лингвистические исследования характеризуют дизартрию в плане изменения фонемных сигнальных признаков речевых звуков, фонологических противопоставлений звуков в речевом потоке, ясности его смыслового содержания (семантический и эмоциональный смысл), фонематического восприятия речи и т.д.

Нейропсихологический подход использует специфические формы анализа психических процессов при нарушениях различных структур мозга. Исследования, проведенные в этом направлении, выявили нарушения не только эфферентных исполнительных механизмов, но и кинестетического анализа и синтеза, выражающиеся в апраксических нарушениях артикуляционной сферы, искажающих кинестетический образ артикуляционного действия (артикуляция здесь рассматривается как частный случай любого другого произвольного движения, который может быть нарушен у человека с дизартрией).

В психолого-педагогических исследованиях квалифицируется характер нарушения звукопроизношения и голоса, качественные и количественные характеристики словаря, особенности формирования грамматических структур речи, связного высказывания и письма.

Специалистами разработан значительный по объему комплекс технологий, способствующих компенсации отдельных процессов целостной речевой системы, основные принципы реабилитации лиц с дизартрией, этапы психолого-педагогической работы, а также развития речи детей с дизартрией.

Тема 2. Анатомо-физиологические механизмы устной речи в норме

Основные положения по теме лекции

Клинические аспекты логопедии являются основными при изучении и оказании педагогической помощи лицам с синдромами нарушений речи, возникающих при поражении того или иного участка мозга.

В основе современного представления о структуре и функции ЦНС лежит нейронная теория, согласно которой мозг представляет собой функциональное объединение отдельных клеточных элементов – нейронов.

Нейрон – это нервная клетка, обладающая способностью генерировать возбуждение в ответ на раздражение и передавать его другим нейронам или эффекторным органам (мышцам, железам). По функции нейроны разделяются на афферентные (чувствительные), эфферентные (двигательные) и вставочные.

Нейроны, в том числе моторные ядра, или мотонейроны, являясь клеточными элементами ЦНС, обладают особым видом спонтанной электрической активности, имеющей эндогенное происхождение. Эта врожденная ритмическая активность превращает нейрон в генератор возбуждения – *пейсмекерный механизм*. Уровень эндогенного возбуждения нейрона может повышаться и снижаться в зависимости от афферентных воздействий на нейрон.

В зрелом состоянии головной и спинной мозг, а также весь аппарат периферических нервов с рецепторными органами (т.е. органами, в которых заканчиваются нервные окончания) представляют целостную систему, анатомически и функцио-

нально, состоящую из большого числа звеньев. ЦНС включает в себя те части нервной системы, которые лежат внутри черепа и позвоночного столба. Нервы, лежащие вне черепа или позвоночника, представляют периферическую нервную систему. ЦНС подразделяется на спинной и головной мозг.

Спинной мозг является цилиндрическим образованием, которое состоит из серого вещества тел нейронов, сконцентрированных в центральной части мозга в виде «бабочки». Передние рога «бабочки» содержат нейроны, эфферентные аксоны которых направляются в составе спинномозговых нервов к мышцам, т.е. в составе периферических нервов. Задние рога содержат клетчатые промежуточные нейроны, к которым подходят афферентные волокна, входящие в состав периферических нервов и доставляющие чувствительные импульсы с периферии. Спинно-мозговые нервы I–III уровня шейного отдела позвоночника иннервируют диафрагму.

Головной мозг подразделяется на задний, средний, промежуточный и передний.

Задний мозг состоит из продолговатого мозга, мозжечка и варолиева моста. Продолговатый мозг является нижним отделом головного мозга. На передней поверхности продолговатого мозга имеются два вертикальных валика, получивших название пирамид. Продолговатый мозг включает ряд ядер, которые обслуживают сосудисто-двигательный и дыхательный центры, контролирующие сужение и расширение сосудов, а также сердечный ритм. Ядра продолговатого мозга принимают участие в обеспечении таких сложных рефлекторных актов, как сосание, жевание, глотание, рвота, чихание, моргание.

В мозжечке различают два полушария и его центральную часть – червь. Мозжечок обеспечивает точность целенаправленных движений, координирует действия мышц-антагонистов (мышц противоположного действия), регулирует мышечный тонус, поддерживает равновесие.

Обеспечение этих функций осуществляется благодаря тесным связям мозжечка со всеми структурами мозга: с чувствительной сферой (проприорецепция – положение туловища в пространстве), с экстрапирамидной системой, с ретикулярной формацией ствола, с лобными, затылочными и височными отделами коры головного мозга.

Варолиев мост представляет собой крупное поперечно-волокнистое образование, охватывающее передне-верхнюю

часть продолговатого мозга. Здесь находятся ядра: двигательное ядро отводящего нерва (VI пара), двигательное ядро тройничного нерва (V пара), два чувствительных ядра тройничного нерва, ядра слухового и вестибулярного нервов, ядро лицевого нерва (VII пара), собственные ядра моста, в которых переключаются корковые пути, идущие в мозжечок.

Средний мозг расположен под мостом и включает ножки мозга и четверохолмие. В каждой из ножек мозга, помимо проводящих волокон, располагаются богатые пигментом черная субстанция и красное ядро, имеющие отношение к регуляции движений. Черное вещество и красное ядро являются частью паллидарной системы, которая вместе с ретикулярной формацией принимает участие в регуляции мышечного тонуса при выполнении точных и плавных движений пальцев рук. Важнейшей функцией этого отдела мозга является перераспределение мышечного тонуса при реализации статических рефлексов (положение тела в пространстве) и статокинетических рефлексов (перемещение тела).

Промежуточный мозг включает два отдела – зрительный бугор (таламус) и подбугорную область (гипоталамус). Таламус выполняет функцию коллектора и коммутатора всех возбуждений, поступающих от рецепторов в головной мозг (кроме обоняния). Гипоталамус представляет собой относительно узкий слой мозговой ткани. В нем расположены многочисленные высокодифференцированные ядра, регулирующие температуру тела, аппетит, водный баланс, углеводный и жировой обмены, сосудистый тонус и другие вегетативные функции, которые связаны с обменом веществ. Здесь же находятся центры, осуществляющие регуляцию сна, сексуального и эмоционального поведения. Гипоталамус играет важнейшую роль в регуляции постоянства внутренней среды организма (гомеостаза).

Передний мозг состоит из двух полушарий, покрытых серым веществом – корой. У человека под влиянием социальной среды в процессе онтогенеза формируются особые структуры коры больших полушарий мозга, наиболее дифференцированный отдел центральной нервной системы. В заднем отделе нижней лобной извилины левого полушария (главным образом у правшей) находится зона Брока, которая реализует двигательную сторону речи. На заднем участке височной извилины, на стыке первичной слуховой и двигательной коры находится зона Вернике, реализующая восприятие речи.

Многочисленные современные данные свидетельствуют о том, что организация речи осуществляется при взаимодополняющем постоянном взаимодействии двух полушарий.

В глубине каждого полушария расположены проводящие волокна и подкорковые ядра (базальные ганглии). Наиболее крупным образованием является полосатое тело (стриатум), которое состоит из хвостатого ядра, скорлупы и бледного шара (паллидум). Эти ядра имеют общее название – *стриопаллидарная система*. За счет стрiopаллидарной системы у новорожденного осуществляются диффузные массовые движения тела.

После созревания моторных областей коры больших полушарий стрiopаллидарная система начинает обеспечивать «готовность» к совершенствованию движений, а именно перераспределяет и согласует тонус мышц, что позволяет произвольным движениям быть быстрыми, точными и строго дифференцированными.

Со стрiopаллидарной системой, являющейся эфферентным звеном в нервной системе, функционально тесно связан зрительный бугор (таламус). На уровне таламуса происходит формирование сложных рефлексов смеха и плача.

Кора головного мозга является наиболее дифференцированным отделом ЦНС, состоящим из шести слоев нейронов разного типа. Для коры характерно обилие межнейронных связей. Особо многочисленные контакты имеются в сенсомоторных отделах, что позволяет координировать моторную функцию с разнообразными воздействиями как из внешней, так и внутренней среды организма.

Различные структуры мозга созревают неравномерно, и поэтому готовность к выполнению свойственных им функций наступает в разные возрастные периоды. Сначала происходит созревание глубоких структур, подкорковых образований, отвечающих за важнейшие стороны жизнедеятельности. Затем созревают так называемые первичные зоны мозга, в которых заканчиваются нервные волокна, идущие от периферических частей анализаторов. Те и другие являются почти сформированными к моменту рождения. В первый год жизни они функционально оформляются, создавая основу сенсомоторной стадии развития.

Созревание ассоциативных зон мозга осуществляется в период от двух до пяти лет. В последнюю очередь развиваются лобные доли мозга, морфологическое структурирование которых происходит в возрасте от 12 до 14 лет.

Моторика представляет собой всю сферу двигательных функций организма, включая биомеханические, физиологические и психологические аспекты.

Движения являются главным средством взаимодействия организма человека с окружающей средой. Основные типы движений сводятся к четырем типам активности: обеспечение позы и равновесия, локомоция и произвольные движения. Произвольными движениями могут быть названы разнообразные двигательные акты, совершаемые человеком в процессе повседневной жизни. Они являются целесообразными и носят навыковый (условно-рефлекторный) характер, в отличие от врожденных, безусловно-рефлекторных моторных реакций (чихание, глотание и т.д.).

ЦНС снабжается информацией о состоянии периферического двигательного аппарата с помощью разного вида чувствительных нервных окончаний (рецепторов), которые обеспечивают так называемую проприоцептивную чувствительность.

Праксис – это такой функциональный уровень в организации произвольных действий, где их координация обуславливается (афферентируется) обобщенными топологическими признаками объекта, т.е. смысловой последовательностью элементов движения (застегнуть пальто, налить воды в чашку и т.п.). Можно назвать это символическим уровнем движений (Н. А. Бернштейн, 1946).

Конкретные эфферентные механизмы исполнения движений обеспечиваются пирамидной и экстрапирамидной системами, корковые отделы которых составляют единую сенсомоторную зону коры.

Пирамидная система (центральный двигательный путь) участвует в организации точных пространственно-ориентированных движений и полностью подчинена произвольному контролю. Клетки центральных двигательных нейронов сосредоточены главным образом в передних центральных извилинах, а также в теменных долях коры. На границе продолговатого и спинного мозга большая часть волокон пирамидного пути правого и левого полушарий перекрещивается; пирамидный путь заканчивается в моторных ядрах, которые находятся в варолиевом мосту, продолговатом и спинном мозге.

Экстрапирамидная система обеспечивает автоматизированные движения. В основном она управляет непроизвольным компонентом движений: поддержание позы, физиологические

синергии, общую согласованность двигательных актов, их пластичность. Традиционно в ней различают корковый и подкорковый отделы (стриопаллидарная система, красное ядро и черная субстанция, мозжечок и ретикулярная формация ствола мозга и их корковые отделы). При поражении ее подкоркового отдела возникает адинамия, низкий или меняющийся тонус мышц, гиперкинезы, насильственные смех и плач.

Лабораторное занятие

Повторение лекционного материала по теме «ЦНС» – опрос студентов на наличие остаточных знаний по дисциплине «Невропатология».

Задания для самостоятельной работы

1. Подготовить доклад на тему «Современные представления о структуре и функциях ЦНС» (с презентацией).
2. Составить таблицу «Иннервация мышц речевого аппарата».
3. Сделать схемы пирамидной и экстрапирамидной систем мозга.

Конспектирование

Подготовить конспект соответствующей главы из учебника Беляковой Л. И., Волосковой Н. Н. Логопедия. Дизартрия (М.: Владос, 2009).

Тема 3. Строение и функции периферического речевого аппарата

Основные положения по теме лекции

К периферическому речевому аппарату относятся органы дыхания, голосообразования и органы речевой артикуляции. Все эти органы выполняют свою особую роль в акте реализации устной речи, обеспечивая голосообразование, формируя определенные параметры звукопроизношения и просодических характеристик.

Органы дыхания, голоса и система резонаторов

К органам дыхания и голоса относятся диафрагма, легкие, бронхи и трахея, голосовые складки. Диафрагма является основной мышцей, которая контролирует дыхание.

Голос формируется при непосредственном участии мышц гортани. Внешние мышцы гортани фиксируют гортань в определенном положении и перемещают ее вверх, вниз, назад. Внутренние мышцы гортани образуют голосовые складки и меняют объем гортани. При спокойном дыхании голосовые складки, на уровне которых выделяют так называемую голосовую щель, раздвинуты и в то же время то незначительно сокращаются, то расслабляются, расширяя или несколько сужая голосовую щель. При физическом напряжении, когда дыхание становится форсированным, голосовая щель расширяется максимально, не препятствуя необходимому по объему вдоху и выдоху.

Дыхание в процессе речи, или так называемое речевое дыхание, по сравнению с физиологическим дыханием в спокойном состоянии имеет существенные отличия, обусловленные особыми требованиями, предъявляемыми к дыхательному акту во время речи. Перед началом речи в норме делается быстрый и более глубокий, чем в покое, вдох. Нормальный речевой вдох характеризуется наличием определенного количества воздуха, способного обеспечить поддержание подскладочного давления и голосообразования.

Большое значение для озвучивания связного высказывания имеет рациональный способ расходования воздушной струи. Время выдоха удлиняется настолько, насколько необходимо звучание голоса при непрерывном произнесении интонационно логически завершенного отрезка высказывания.

Основными резонаторами человеческого голоса являются глотка, ротовая полость и полость носа с его придаточными пазухами.

В речевом голосе принято выделять три регистра:

- грудной, или нижний, регистр, в котором преобладает грудное резонирование;
- смешанный, или средний, регистр;
- головной, или верхний, регистр, в котором преобладает головное резонирование.

Артикуляционный отдел

Главную роль в произношении звуков речи играют мышцы языка, а также участвуют мышцы губ, щек, мышцы, поднимающие нижнюю челюсть. Большое влияние на точность артикуляции, а следовательно, и на внятность речи оказывают

глубокие и поверхностные мышцы шеи, глотки, мышцы головных складок и диафрагмы.

Выделяют главным образом внешние и внутренние мышцы языка.

Все мышцы языка иннервируются подъязычными нервами, только язычно-нёбные мышцы получают нервные импульсы от языкоглоточных нервов. Направления расположения основных мышечных волокон следует учитывать при массаже языка. Артикуляционные мышцы, в отличие от скелетных, не имеют сухожилий, прикрепляются к слизистой оболочке структур речевого аппарата. Все они обладают большой пластичностью, т.е. способностью перестраивать свое функциональное состояние. Наиболее сложные синергии (совместные сокращения нескольких мышц) осуществляются в процессе произнесения переднеязычных звуков. Благодаря сложнейшей иннервации одно и то же мышечное волокно в разных его частях (начале, середине, конце) может быть напряжено или расслаблено в зависимости от речевой задачи, в реализации которой оно участвует в данное мгновение.

Лабораторное занятие

Опрос по теме лекции «Строение и функции периферического речевого аппарата», повторение основных положений и фиксация их в тетради.

Задания для самостоятельной работы

1. Нарисовать схему процесса звукопроизношения (см. учебник Беляковой Л. И., Волосковой Н. Н. Логопедия. Диктария (М.: Владос, 2009, с. 39).
2. Составить таблицу «Мышцы языка».

Тема 4. Психофизиологические механизмы звукопроизношения

Основные положения по теме лекции

Артикуляция звуков речи производится благодаря тому, что воздушная струя проходит между голосовыми складками, языком, зубами и губами. Каждой фонеме соответствует уникальная комбинация совместной работы органов артикуляции и фонации. Звуки человеческой речи делятся на две основные группы – гласные и согласные фонемы.

При артикуляции согласных звуков мышечные стенки резонаторных полостей расслаблены, а в ротовой полости выделяется участок сокращенных мышц, которые образуют преграды на пути выдыхаемого воздуха.

Гласные распознаются по подъему/опусканию языка и по ряду (по мере продвижения языка вперед).

Согласные звуки различаются в зависимости от места и способа образования преграды. Выделяют группу шумных звуков и сонантов, которые отличаются от шумов тем, что имеют наряду с шумовыми и тональные характеристики. В зависимости от места прохождения воздушной струи у сонантов различают: смычно-проходные звуки – *м, н, м', н'* (воздух проходит через нос); *л, л'* (между боковой поверхностью языка и твердым нёбом); дрожащие сонанты – *р, р'* (что достигается кратковременными приближениями кончика языка к твердому нёбу).

Шумные согласные подразделяются на глухие, которые произносятся в отсутствие голоса, и звонкие – при наличии голоса.

По признаку «место образования» все согласные делятся на *губные* и *язычные*, которые, в свою очередь, подразделяются на *переднеязычные*, *среднеязычные* и *заднеязычные*.

По признаку «способ образования» различают смычные (взрывные и смычно-проходные), щелевые и смычно-щелевые.

Звуки русской речи делятся на твердые и мягкие.

Каждый звук в связной речи несет в себе влияние предыдущего и последующего звуков.

Просодическая сторона речи

Немаловажное значение для произношения имеет речевая просодия, включающая просодические единицы (параметры) потока речи: целостные слоги, ритмические слоговые структуры, синтагмы (минимальные по смыслу высказывания) и фразы, динамические единицы целостного текста. Ритм входит в сложный комплекс просодических элементов, называемый интонацией. Интонация – сложное единство речевой мелодии, фразового ударения, ритма и качества голоса, а также временных характеристик (длительность высказывания, темп, паузирование) реализации высказывания. Одним из основных компонентов интонации является мелодика, т.е. тональный контур речи – модуляции высоты основного тона

голоса при произнесении частей предложения, предложений и текста. Мелодика речи служит для выражения различных смысловых, синтаксических и эмоционально экспрессивных значений. Она организует фразу, расчленяя ее на части, выделяет наиболее важный отрезок высказывания, а также служит для выражения эмоций.

Темп, или скорость, речи зависит от смысла речи, эмоционального состояния говорящего, эмоционального содержания высказывания и стиля произношения. Темп имеет значение в противопоставлении важного и неважного. За нормальный темп речи принимается произнесение 9–14 фонем в секунду.

Интонация тесно связана с ритмом речи. Ритм – это периодическое повторение соизмеримых речевых единиц. Мельчайшая единица ритма (ритмическая группа) – это ударный слог с примыкающими безударными слогами. Простая ритмическая группа включает один ударный слог. В сложную ритмическую группу входят два и более ударных слогов. Характер семантической связи в определенной степени влияет на характер ритма, который органически связан с семантико-синтаксической структурой предложения.

Врожденное чувство ритма помогает детям распознавать интонацию в речи своих родителей и таким образом улавливать смысл, не понимая слов. Также с помощью ритма дети понимают отличие родного языка от любого другого.

Основными функциями интонации являются:

- * различение части высказывания соответственно их смысловой важности;
- * оформление высказывания в единое целое;
- * расчленение высказывания на ритмические группы и синтагмы;
- * выражение конкретных эмоций;
- * вскрытие подтекста высказывания;
- * характеристика говорящего и ситуации общения.

Формирование таких просодических единиц, как ритмические слоговые структуры, связано с механизмом формирования двигательных навыков, которые являются навыками кинетического артикуляторного праксиса и обеспечиваются функциональными интеграциями премоторной коры доминантного полушария. Формирование функциональных единиц артикуляторного праксиса, или артикулем, обеспечивается выработкой навыков постцентрального артикуляторного праксиса.

Взаимодействие артикуляторных навыков премоторного и постцентрального праксиса является одним из важнейших механизмов речи. При его расстройстве нарушается как внятность звуков речи, так и ее просодическая организация.

Таким образом, изложенное показывает сложность функциональной системы речи, управление которой осуществляется центральной нервной системой. Для внятной, четкой, фонетически нормативной речи необходимо полноценное функционирование многих мозговых структур, таких как стволово-подкорковые ядра и их связи; мозжечок, его ядра и проводящие системы; структуры лимбико-ретикулярной системы; проводящие системы, обеспечивающие проведение им-пульсов от коры мозга к структурам нижележащих функциональных уровней двигательного аппарата речи (ядрам периферических двигательных нервов в стволе мозга и в спинном мозге); структуры мозговой коры.

Лабораторное занятие

1. Опрос студентов на выявление остаточных знаний по дисциплине «Логопедия» (раздел «Дислалия»).

2. Повторение основных положений лекции по вопросам:

а) чем отличаются артикуляционные уклады гласных и согласных звуков?

б) перечислить функции и элементы интонации.

Задания для самостоятельной работы

Составить таблицу «Состояние мышечного тонуса в артикуляционном аппарате при произношении звуков: *р, л, ш, ш, б, п, б', п', с, с'*».

Тема 5. Общие неврологические механизмы параличей

Основные положения по теме лекции

Полная утрата движения называется **параличом**, неполная утрата движения – **парезом** (например, ограничение объема и силы движения).

Моторные функции организма регулируются несколькими системами мозга. Периферический паралич наблюдается при поражении двигательного нерва или ядра двигательного нерва.

Патологические изменения этих нервов характеризуются следующими основными симптомами: отсутствием рефлексов или их резким снижением (гипорефлексия, арефлексия), отсутствием или снижением мышечного тонуса (атония, гипотония), утрата рефлексов и атония на стороне поражения.

При поражении двигательного нейрона в стволе, спинном мозге или нарушениях проводимости периферического нерва возникает периферический паралич, при котором движения и безусловные рефлексy отсутствуют. Периферические параличи являются, как правило, односторонними. К ним, например, относятся параличи, возникающие при полиомиелите. Односторонние периферические параличи не вызывают существенных изменений артикуляции.

Нарушения движений при поражении центральной нервной системы.

Органические нарушения центральной нервной системы у взрослых связаны с инсультами (кровоизлияниями), опухолями, травмами, инфекциями и т.п.

К центральному механизму произвольных движений относится кортико-нуклеарный (пирамидный) путь, который начинается от двигательной зоны коры головного мозга и заканчивается в ядрах ствола, двигательных ядрах черепно-мозговых нервов и ядрах спинного мозга (мотонейроны спинного мозга).

При повреждении пирамидного пути на любом его участке нарушается проведение импульса из коры больших полушарий или от моторных нейронов ствола мозга и спинного мозга к мышце. Мускулатура в этих случаях оказывается парализованной.

Бульбарный паралич связан с поражением ядер черепно-мозговых нервов, расположенных в продолговатом мозге. Это вялый паралич, т.е. паралич, при котором мышцы теряют свою упругость, возбудимость, питание; они истончаются, утрачивают силу и способность к сокращению. Все безусловные рефлексy резко снижены. Бульбарные параличи, которые обуславливают дизартрию, как правило, двусторонние.

Центральный паралич возникает при поражении центрального двигательного нейрона на любом его участке – двигательные зоны коры большой полушарий или пирамидальный путь на всем его протяжении. Этот паралич является спастическим: мышцы напряжены, на ощупь плотноваты, при пассивном движении ощущается их «сопротивление». Все

безусловные рефлексы резко повышены. Поражение, как правило, двустороннее.

В зависимости от степени тяжести и распространенности нарушений различают следующие виды параличей:

- моноплегия (нарушения движений в одной конечности);
- гемиплегия (нарушения движений в конечностях на одной стороне);
- параплегия (паралич обеих рук или конечностей);
- тетраплегия (параличи всех четырех конечностей).

Лабораторное занятие

1. Опрос по теме лекции «Общие неврологические механизмы параличей».

2. Контрольная работа по разделу I: нарушения нейрофизиологических механизмов речевой функции; значение различных структур мозга в реализации устной речи и значение мышечного тонуса для реализации звукопроизносительной стороны речи.

Задания для самостоятельной работы

Конспектирование

Подготовить конспекты:

- а) Белякова Л. И., Волоскова Н. Н. Логопедия. Дизартрия (М.: Владос, 2009, гл. 1);
- б) Бадалян Л. О. Невропатология (М.: Медицина, 2002).

РАЗДЕЛ II.

ДИЗАРТРИИ У ВЗРОСЛЫХ ЛИЦ

Тема 1. Психофизиологические механизмы дизартрии

Основные положения по теме лекции

Дизартрии представляют собой сложные нарушения речи, включающие расстройства звукопроизношения и просодики. Эти явления связаны с патологией нейромоторного аппарата мышц, обеспечивающих процессы производства устной речи. Признаки дизартрии специфичны для определенных типов параличей.

Клиническая картина и психолого-педагогическая характеристика лиц с дизартрией у детей и взрослых существенно различаются. У взрослых дизартрия развивается на фоне сформированных механизмов речевой деятельности. Она является приобретенным в постнатальном онтогенезе речевым нарушением.

Если у взрослых дизартрия, как правило, выражается нарушением артикуляции и просодической стороны речи, специфическим для поражения определенных отделов мозга или периферической нервной системы, то у детей, наряду с этими компонентами речи, может наблюдаться недоразвитие речи, а общая картина нейромоторных нарушений бывает мозаичной, что связано с диффузным поражением ЦНС.

Лабораторное занятие

Повторение основных положений лекций с уточнением различий психофизиологических механизмов дизартрий у детей и взрослых.

Задания для самостоятельной работы

Конспектирование

Подготовить конспекты:

а) Белякова Л. И., Волоскова Н. Н. Логопедия. Дизартрия (М.: Владос, 2009, гл. 2).

б) Винарская Е. Н., Пулатов А. М. Дизартрия и ее топико-диагностическое значение в клинике очаговых поражений мозга (Ташкент, 1973).

в) Винарская Е. Н., Шур С. Н. Нарушение звуковой стороны речи при бульбарной дизартрии взрослых // Очерки по патологии речи и голоса (М., 1967, с. 188–186).

Тема 2. Основные клинические формы дизартрии у взрослых лиц, связанные с очаговым органическим поражением мозга

Основные положения по теме лекции

При всем разнообразии причин и уровней поражения мозга можно проследить «родовую» общность дизартрии. Прежде всего все формы дизартрии представляют собой нарушение двигательной реализации устной речи. В свою очередь, нарушение речевых движений обусловлено патологией нейромышечной регуляции, а именно патологическим изменением мышечного тонуса или явлениями апраксии.

Психолого-педагогические проявления речевых нарушений при дизартрии у взрослых. Нарушения двигательной реализации устной речи при дизартрии связаны с патологическими изменениями мышечного тонуса или явлениями апраксии. Степень нарушений устной речи при дизартрии может быть самой различной: от еле уловимых слухом особенностей звукопроизношения до полной невозможности экспрессивной речи. В последних случаях, когда речь практически отсутствует либо практически непонятна, ее состояние квалифицируют как анартрию (от греч. «арто» – членораздельное произношение, «а» – отрицание).

Взрослые лица с дизартрией сохраняют понимание речи и письменную речь, но затрудняются выразить свою мысль в устной форме.

Лабораторное занятие

Повторение основных положений по теме лекции «Основные клинические формы дизартрии у взрослых лиц, связанные с очаговым органическим поражением мозга».

Задания для самостоятельной работы

1. Составить таблицу «Основные характеристики центрального и бульбарного параличей, неврологические и клинические признаки».
2. Подготовить доклад на тему «Произвольные и непроизвольные движения. Их нарушения при различных поражениях мозга» (с презентацией).

Конспектирование

Подготовить конспект соответствующей главы из учебника Беляковой Л. И., Волосковой Н. Н. Логопедия. Дизартрия (М.: Владос, 2009).

Контрольные вопросы

1. В чем состоит «родовая» общность различных форм дизартрии?
2. Какие речевые функции сохраняются у взрослых и какие нарушены?
3. По каким принципам классифицируются дизартрии?

Тема 3. Классификация дизартрий у взрослых

Основные положения по теме лекции

Дизартрия – сложное речевое нарушение, включающее расстройство звукопроизношения и просодики. Эти явления связаны с нарушением нейромоторного аппарата «речевых» мышц. Классификация дизартрии у взрослых отражает уровень очагового поражения центральной нервной системы.

Бульбарная форма дизартрии связана с очаговым поражением ядер черепно-мозговых нервов (изолированно одна или несколько пар), главным образом в продолговатом мозге.

Псевдобульбарная форма дизартрии является результатом двустороннего очагового поражения центральных кортиконуклеарных нейронов (пирамидный путь).

Мозжечковая форма дизартрии – результат поражения ядер и проводящих двигательных путей мозжечка.

Подкорковая форма дизартрии наблюдается при поражении базальных ядер. Под базальными ядрами понимают функциональное объединение хвостатого ядра, бледного ядра.

Корковая форма дизартрии представляет собой поражение вторичных двигательных зон доминантного полушария (нижней премоторной или нижней постцентральной зон коры больших полушарий).

При всем разнообразии причин и уровней поражения мозга можно проследить «родовую» общность форм дизартрии. Прежде всего, все формы дизартрии представляют собой нарушение двигательной реализации устной речи. В свою очередь нарушение речевых движений обусловлены патологией нейромышечной регуляции, а именно патологическим изменением мышечного тонуса или явлениями апраксии.

Степень нарушений устной речи при дизартрии может быть самой различной: от еле уловимых слухом особенностей звукопроизношения, до полной невозможности экспрессивной речи. В последних случаях, когда речь практически отсутст-

вует либо практически непонятна состояние речи квалифицируют как анартрию (греч. «арто» членораздельное произношение, «а» – отрицание).

Взрослые лица с дизартрией сохраняют понимание речи и письменную речь, но затрудняются выразить свою мысль в устной форме.

Лабораторное занятие.

1. Повторение основных положений по теме лекции «Классификация дизартрий у взрослых».

Контрольные вопросы

1. Этиопатогенез дизартрии.
2. Симптоматика дизартрии у взрослых.
3. Какие клинические явления сопутствуют спастическому параличу?
4. Какие клинические явления сопутствуют вялому параличу?

Тема 4. Псевдобульбарная дизартрия.

Психолого-педагогическая характеристика взрослых с псевдобульбарной формой дизартрии

Основные положения по теме лекции

Псевдобульбарная форма дизартрии обусловлена спастическим параличом мышц периферического артикуляционного аппарата. Симптомы псевдобульбарной дизартрии, как правило, развиваются при наличии двусторонних параличей.

Спастический характер паралича при псевдобульбарной дизартрии проявляется в избирательности артикуляторных нарушений. Прежде всего во всех случаях избирательно страдают наиболее сложные и дифференцированные по своим артикуляционным укладам звуки – **р, л, ш, ц, ч**. Смещение спастичного языка кзади вызывает акустический эффект «отодвинутости» назад согласных звуков, особенно переднеязычных (**р, л**) и заднеязычных (**х, к, г**).

Спастичность мышц речевого периферического аппарата приводит к отсутствию динамических перестроек в напряжении мышц голосовых складок в процессе устной речи. Голосовые складки практически не колеблются, а значит, отсутствуют функциональные изменения в мышцах, специфичные для произнесения тех или иных звуков. Это может приводить к

озвончению глухих согласных, что в некоторых случаях сочетается с оглушением звонких согласных.

При псевдобульбарной дизартрии может нарушиться функция глотания. С этим явлением связано попадание пищи в полость носа в силу снижения частоты глотательных движений и отсутствия произвольного контроля за наполнением ротовой полости слюной.

Слюнотечение может наблюдаться как в процессе речи, так и при письме, а также в покое и особенно при волнении. Чем более выражена спастичность мышц, тем более затруднены и замедлены глотательные движения.

У человека со спастическим параличом мимика обеднена, отражает нередко выражение застывших мимических движений: улыбки или, напротив, недовольного выражения лица.

У таких больных наблюдаются непроизвольные смех и плач, в более тяжелых случаях они приобретают характер стереотипа, их трудно отстоявить.

Все движения замедленны, имеют малый объем, вследствие чего и темп речи замедлен. Из-за того что фазы дыхательных циклов укорочены, укорочен и речевой выдох, поэтому наблюдаются обрыв фразы, обрыв «тона».

Лабораторное занятие

1. Опрос по теме лекции «Псевдобульбарная дизартрия», повторение основных положений и их фиксация в тетради:

- * псевдобульбарная дизартрия представляет собой один из симптомов центрального, т.е. спастического паралича, и выражается в расстройстве речевых движений.

- * избирательно нарушаются произвольные движения при сохранности непроизвольных (рефлекторных), в том числе сложных, эмоционально-выраженных двигательных реакций.

- * в любой языковой системе и при любой степени выраженности спастического паралича прежде всего нарушаются сложно артикулируемые звуки. При тяжелой степени паралича все согласные звуки конвергируют к щелевым, причем сложная форма щели заменяется упрощенной, т.е. плоской. Согласные звуки акустически отодвинуты назад, глухие могут быть озвончены, а звонкие оглушены. Гласные звуки акустически сдвинуты назад.

- * все звуки, в том числе и гласные, имеют назализованный оттенок (открытая назализованность). Голос сильный, напряженный, быстоистощаемый, не модулирован.

* речь в целом смазаная, невнятная. Темп замедлен. Фразы короткие. Просодическая характеристика речи резко обеднена. Речь монотонна, характеризуется отсутствием выразительных интонаций.

2. Контрольная работа: Определить соответствие между проявлениями псевдобульбарной дизартрии и механизмами нарушения.

Проявления псевдобульбарной дизартрии	Механизмы нарушения
1. Трудности лабиализации звуков	А. Спастичность голосовых складок
2. Назализация ротовых звуков, голоса	Б. Возникновение спазмов в межреберных мышцах и диафрагме в ходе выполнения дыхательных движений
3. Смягчение твердых согласных	В. Излишнее напряжение (спастичность) мышц губ
4. Озвончение глухих или оглушение звонких согласных	Г. Спастичность мышц языка
5. Короткий неплавный (толчкообразный) речевой выдох	Д. Значительное напряжение средней части спинки языка с продвижением к твердому нёбу
6. Поиск необходимого уклада при постановке звуков	Е. Недостаточный объем артикуляционных движений, замедленная переключаемость с одного движения на другое
7. Частое искажение переднеязычных звуков по типу плоскощелевых	Ж. Недостаточно плотное смыкание нёбной занавески с задней стенкой глотки из-за ее спастичности
8. Замедленный темп речи	З. Диспраксия в мышцах губ, языка

Ответы: 1В, 2Ж, 3Д, 4А, 5Б, 6З, 7Г, 8Е.

Задания для самостоятельной работы

1. Подготовить протоколы обследования моторных функций, звукопроизношения, просодической стороны речи у взрослых с дизартрией.

2. Подготовить доклад по теме «Псевдобульбарная дизартрия у взрослых» (по литературе, выбранной из рекомендованного списка).

Контрольные вопросы

1. Особенности двигательных (общих и артикуляторных) нарушений при псевдобульбарной дизартрии.

2. Характеристика нарушений звукопроизношения при псевдобульбарной дизартрии у взрослых.

3. Охарактеризуйте особенности проявлений спастического паралича.

4. Дайте характеристику просодической стороны речи.

Тема 5. Бульбарная дизартрия. Психолого-педагогическая характеристика взрослых с бульбарной формой дизартрии

Основные положения по теме лекции

В отличие от других форм, при бульбарной дизартрии могут быть поражены изолированные мышечные группы, что обусловлено нарушением функции конкретных черепно-мозговых или спинномозговых нервов (с двух сторон), а также их комбинацией.

Основные характеристики нарушений речи могут быть объяснены мышечной слабостью, пониженным мышечным тонусом и влиянием этих нарушений на темп, объем и точность речевых артикуляций. Именно состоянием мышц и объясняется другое название этой дизартрии – паретическая, т.е. вялая.

У пациента, страдающего бульбарной формой дизартрии, отсутствуют как произвольные, так и непроизвольные движения в том отделе речевого периферического аппарата, в котором имеются вялые параличи мышц. Отсутствие или резкое ослабление произвольных и непроизвольных движений обусловлены нарушением активности функций пораженного нейрона, от которого отходит аксон, являющийся периферическим нервом, иннервирующим непосредственно мышцу. Таким образом, мышца не получает нервных импульсов, передаваемых по периферическому нерву.

Речь таких больных звучит как невнятная, смазанная, неразборчивая, является трудной для восприятия слушателями.

При бульбарной дизартрии наблюдаются различные варианты упрощения речевых артикуляций, что связано с распределением и глубиной паралича в мышцах голосовых складок, мягкого нёба, языка, нижней челюсти и губ.

При бульбарной дизартрии нарушается способность пользоваться социальной речью, которая обусловлена звуковыми закономерностями национального языка и замещается набором звуков, объединяемых по принципу их анатомо-физиоло-

гической доступности. Характеристика артикуляторных возможностей в тяжелых случаях бульбарной дизартрии, по-видимому, не будет иметь существенных различий у пациентов разных национальностей.

Лабораторное занятие

1. Опрос по теме лекции «Бульбарная дизартрия»; повторение основных положений и их фиксация в тетради:

– бульбарная дизартрия характеризуется снижением тонуса мышц речевого аппарата в связи с органическим поражением моторных нейронов в продолговатом отделе мозга;

– нарушения моторной реализации фонологической системы речи, замещение ее набором звуков, нередко чуждых русской звуковой системе и объединяемых по принципу их анатомо-физиологической доступности. Динамика и варианты зависят от распределения и степени пареза мышц периферического речевого аппарата;

– у лиц со сформировавшейся до заболевания устной речью нарушается моторная реализация звуковой системы русского языка по следующим закономерностям:

а) парез мышц голосовых складок, резко снижающий амплитуду их колебаний и возможность достаточного накопления подскладочного давления воздуха, влечет за собой оглушение согласных и гласных звуков со стиранием в произношении фонологических противопоставлений по признакам: звонкий-глухой, шумный-сонант, гласный-согласный;

б) парез мышц мягкого нёба, вызывающего пассивное провисание нёбной занавески в ротовую полость, приводит к исчезновению моторной противоположности звуков по принципу рото-носовой (назализация);

в) парез мышц губ и языка (преимущественно в том или другом отделе) вызывает замену взрывных звуков и аффрикат соответствующими щелевыми, упрощение характера щели, замену звуков **р, л** на щелевые;

г) парез мышц языка, губ и нижней челюсти имеет следствием стирание различий в фонологических противопоставлениях гласных звуков по признакам высоты, ряда и огубленности.

2. **Контрольная работа:** Определите соответствие между проявлениями бульбарной дизартрии и механизмами нарушения.

Проявления бульбарной дизартрии	Механизмы нарушения
1. Назализация ротовых звуков, голоса	А. Парез мышц губ, нижней челюсти
2. Оглушение звонких согласных, преобразование сонорных согласных в шумные	Б. Парез мышц мягкого нёба (провисание нёбной занавески), отсутствие нёбно-глоточного затвора
3. Усредненная артикуляция гласных звуков, отсутствие лабиализации	В. Парез языка, губ
4. Речевой вдох неглубокий, речевой выдох истощаемый	Г. Парез мышц голосовых складок, что ведет к их несмыканию
5. Замена взрывных звуков и аффрикат щелевыми; дефекты смягчения (мягкие согласные проносятся как твердые)	Д. Парез межреберных мышц и диафрагмы

Ответ: 1Б, 2Г, 3А, 4Д, 5В.

Задания для самостоятельной работы

Конспектирование

1. Винарская Е. Н., Шур С. Н. Нарушение звуковой стороны речи при бульбарной дизартрии взрослых // Очерки по патологии речи и голоса (М., 1967, с. 188–186).

Контрольные вопросы

1. Каким тонусом мышц характеризуется речевой аппарат при бульбарной дизартрии?
2. Как нарушается фонологическая система речи?
3. Дать характеристику голоса при данной форме дизартрии.

Тема 6. Подкорковая дизартрия.

Психолого-педагогическая характеристика взрослых с подкорковой формой дизартрии

Основные положения по теме лекции

Подкорковая, или экстрапирамидная, дизартрия обусловлена очаговым поражением таких ядер, как хвостатое, чечевичное (скорлупа и бледный шар), таламус, субталамические, красная, черная субстанции, а также их связей с другими структурами мозга.

Поражения экстрапирамидной системы приводят к расстройствам локомоции, мышечного тонуса и тонической по-

зной активности, врожденных автоматизмов, в том числе различных мышечных синергий, к появлению гипокинезии или гиперкинезов (хореоатетозов, тремора, миоклонии). Экстрапирамидные гиперкинезы подчас имеют тенденцию к исчезновению в процессе выполнения произвольных движений. При грубых нарушениях возникают атетозы – застывание в особых позах.

В спокойном состоянии мышечный тонус может приближаться к норме.

Нарушаются модуляции, выразительность речи, изменяется голос, что подчеркивает диспросодические расстройства в картине экстрапирамидной дизартрии.

Просодические расстройства речи сочетаются с атаксией речевого дыхания.

Меняющийся мышечный тонус, и гиперкинезы обуславливают многообразие и непостоянство нарушений фонетической стороны речи и просодики.

Лабораторное занятие

1. Опрос по теме лекции «Подкорковая дизартрия», повторение основных положений и их фиксация в тетради:

- экстрапирамидная форма дизартрии связана с поражением подкорковых образований мозга;
- гиперкинезы и меняющийся характер тонуса мышц речевого аппарата грубо искажают речь;
- отсутствуют стабильность и однотипность артикуляторных (а значит, фонетических) нарушений;
- имеются рассогласования во времени сокращения дыхательной, голосовой и артикуляционной мускулатуры в процессе устной речи;
- нарушение голосообразования проявляется в трудностях произвольного подключения голоса и быстром его истощении в процессе речи;
- нарушается плавность речи и ее интонационно-мелодическая структура.

2. **Контрольная работа:** Определите локализацию дистонии (изменяющийся характер) мышц артикуляционного аппарата и/или гиперкинезов при подкорковой дизартрии.

Проявления подкорковой дизартрии	Локализация неврологических симптомов
1. Нестабильность нарушения одних и тех же звуков	А. Голосовые складки
2. Выраженные нарушения плавности речи: длительные паузы, удлинение фонем, добавочное ударение в словах	Б. Дыхательные мышцы
3. Прерывистая, толчкообразная, укороченная воздушная струя (при выдохе)	В. Голосовые складки, дыхательные мышцы
4. «Захлебывающаяся» речь на вдохе	Г. Мышцы артикуляционного аппарата
5. Слабый, истощающийся, сдавленный, тремолирующий, иногда визгливый голос	Д. Мышцы артикуляционного аппарата и дыхательные мышцы

Ответ: 1Г, 2Д, 3В, 4Б, 5А.

Задания для самостоятельной работы

1. Подготовить доклад «Ритмоинтонационные особенности речи при подкорковой дизартрии» (с презентацией).
2. Разработать протоколы обследования разных разделов: моторика, звукопроизношение, просодическая сторона речи, дыхание.

Контрольные вопросы

1. Какие неврологические структуры входят в экстрапиримидную систему?
2. Какие нарушения мышечного тонуса характеризуют патологию подкорковых образований?
3. Как нарушено голосообразование при подкорковой дизартрии?
4. Охарактеризовать особенности нарушений звукопроизводительной стороны речи при подкорковой дизартрии?

Тема 7. Корковая дизартрия. Психолого-педагогическая характеристика взрослых с корковой формой дизартрии

Основные положения по теме лекции

Авторы нередко рассматривают корковую дизартрию в рамках моторной афазии. По мнению других авторов, корковая дизартрия может быть связана со спастическим парезом некоторых мышц и сопровождаться апраксией. Различают

афферентную (постцентральная) и эфферентную (премоторная) формы корковой дизартрии.

Эфферентная форма корковой дизартрии

Артикуляторные движения замедленны, неловки, распадаются на отдельные звенья. Обобщенная схема движения заменяется суммой дезавтоматизированных актов. У пациентов с этой формой корковой дизартрии отмечаются трудности воспроизведения серий и последовательных движений по заданию. Наряду с нарушением тонуса мышц наблюдается снижение кинестетической и кинетической памяти, автоматизации. Артикуляция звуков искажается, появляются множественные синкинезии, отчетливо проявляющиеся в специализированных пробах: слежение глазами за движением пальца влево-вправо вызывает движение высунутого языка, при рисовании язык движется в сторону руки, глаза закрываются, морщится лоб и т.п.

Афферентная форма корковой дизартрии

Выделяют три варианта нарушения звукопроизношения. *Первый вариант* – спастический парез речевой мускулатуры. Страдают наиболее тонкие и сложные движения языка, в первую очередь движения кончика языка и произношение **ш, ж, р**. При более тяжелых формах нарушаются апикальные согласные – кончик языка (**с, з, л**).

Второй вариант – нарушения звукопроизношения непостоянны, что вызвано невозможностью запоминания и удержания в моторной памяти артикуляторной позы, связанной с образами правильного звучания звука.

Третий вариант – наблюдается сочетание симптомов первого и второго вариантов динамической кинестетической артикуляционной апраксии.

Лабораторное занятие

1. Опрос по теме лекции «Корковая дизартрия», повторение основных положений и их фиксация в тетради:

- общая замедленность речи;
- неплавность, обилие пауз внутри слова, особенно при стечении согласных;
- избирательное оглушение звонких смычных согласных – самый характерный симптом;
- вставляются дополнительные звуки в слово;
- громкий голос при разговоре.

Задания для самостоятельной работы

Конспектирование

Винарская Е. Н., Пулатов А. М. Дизартрия и ее топико-диагностическое значение в клинике очаговых поражений мозга (Ташкент, 1973, соответствующий раздел).

Контрольные вопросы

1. Дать характеристику формам корковой дизартрии – афферентной и эфферентной.
2. Как характеризуется голос при корковой дизартрии?
3. Какие звуки нарушены избирательно?
4. Как изменяется темп речи?

Тема 8. Мозжечковая дизартрия. Психолого-педагогическая характеристика взрослых с мозжечковой формой дизартрии

Основные положения по теме лекции

Мозжечковая дизартрия возникает при поражении мозжечка или его путей. Лицо у больных с поражением мозжечка амимично. Носогубная складка опущена, нарушены акты глотания и дыхания. При этой форме дизартрии часто возникает дисфагия.

Состояние мышц речевого аппарата: пониженный тонус в мышцах губ, мягкого нёба, щек, языка. Речь замедленна, толчкообразна, нарушена модуляция, к концу фразы – выкрики, что позволяет назвать речь скандированной. Неприятная на слух речь характеризуется диспросодией и нарушенной ритмикой, страдает и внятность речевого потока. Просодически выделяются ударения в слогах безударных позиций, речь делится на сегменты, не отвечающие целям выразительности.

Выражена назализация большинства звуков речи. Голос может быть слабым, глухим, неопределенного тембра, с колеблющейся звонкостью.

Характерна атония мышц, гиперметрия и дисметрия движений. При ходьбе наблюдается переразгибание коленок, нарушение равновесия, нарушение координации движений, движения рук не координируют с движениями ног. Походка шаткая.

Лабораторное занятие

1. Опрос по теме лекции «Мозжечковая дизартрия», повторение основных положений и их фиксация в тетради:

– при поражении мозжечка и его путей отмечаются: снижение тонуса мышц, дисметрия движений, произвольные и непроизвольные движения сохраняются;

– своеобразная просодическая характеристика: непостоянство силы голоса, его затухание, паузирование, скандированность речи;

– распад ударных слогов и согласных в конце слова обуславливает невнятность речевого потока;

– дыхательная атаксия представлена тремором дыхательных мышц, приводящим к толчкообразному характеру дыхания, дрожанию голоса;

– напряженная поза в процессе речевого высказывания, как правило, сопровождается вазомоторными реакциями (краснеет либо бледнеет).

2. Контрольная работа. Определите соответствие между проявлениями мозжечковой дизартрии и механизмами нарушения:

Проявления мозжечковой дизартрии	Механизмы нарушения
1. Значительное снижение силы голоса, его затухание к концу фразы; оглушение звонких звуков	А. Атаксия (нарушения равновесия и координации) в работе мышц артикуляционного и дыхательного аппаратов
2. Неоправданно частые паузы, растягивание слогов, скандирование, замедленное проговаривание	Б. Гипотония мышц мягкого нёба и нёбной занавески, ведущая к их провисанию и невозможности создания нёбно-глоточного затвора
3. Беззвучная артикуляция в начале и/или в конце фразы	В. Гипотония мышц голосовых складок, обуславливающая трудности их смыкания
4. Назализованный голос, назализация ротовых звуков	Г. Атаксия дыхательных мышц
5. Толчкообразный характер дыхания	Д. Асинхрония в работе артикуляционного, голосового и дыхательного отделов периферического речевого аппарата
6. Тенденция к твердому произношению мягких согласных	Е. Оральная апраксия или диспраксия
7. Поиск артикуляционного уклада	Ж. Гипотония мышц языка и/или губ, что обуславливает трудности напряжения средней части спинки языка или губ
8. Расстройство точности, скорости, амплитуды движений мышц речевого аппарата	З. Дисметрические и гиперметрические явления, иногда усугубляемые атаксией

Ответы: 1В, 2А, 3Д, 4Б, 5Г, 6Ж, 7Е, 8З.

Задания для самостоятельной работы

Терминологический диктант: дизартрия, паралич, парез, монопарез, тетрапарез, патогенез, этиология, центр Брока, центр Вернике, праксис, гнозис, агнозия, апраксия, назализация, гиперсаливация, дистония, гипотония, цианоз, структура речевого дефекта, произносительная сторона речи, анартрия, амимия, речевое дыхание, физиологическое дыхание, экспрессивная речь, импрессивная речь, синкенезии, гиперкинезы, атония, гемиплегия, моноплегия, параплегия или диплегия, тетрапаралич, резидуальное состояние, контр-актура, атаксия.

Контрольные вопросы

1. Чем характеризуется моторика при поражении мозжечка?
2. Что такое дыхательная атаксия?
3. Чем обусловлена невнятность речевого потока при мозжечковой дизартрии?

РАЗДЕЛ III.

ДИЗАРТРИИ У ДЕТЕЙ

Тема 1. Основные этапы развития речи у детей в норме

Основные положения по теме лекции

При анализе анамнестических сведений логопеду необходимо ориентироваться на знание основных этапов развития двигательных навыков, сенсорных функций психики и речи, что позволит адекватно оценить наличие отклонений в ЦНС. Нужно также учитывать, что снижение зрения и слуха могут тормозить развитие двигательного поведения ребенка, а позднее и речи, что нередко бывает при ДЦП.

В грудном возрасте условно выделяют три основных периода развития психомоторной деятельности:

– *таламо-паллидарный* (от рождения до 4–6 месяцев). Для таламо-паллидарных движений характерны беспорядочные и нескоординированные движения в конечностях, мышечный тонус повышен, руки согнуты во всех суставах, приведены к туловищу, кисти сжаты в кулачки, ноги согнуты также во всех суставах. Для этого периода характерен сосательный рефлекс новорожденных и хватательный рефлекс. К концу этого периода дети начинают наблюдать за предметом, движущимся в горизонтальной плоскости, поворачивают голову к источнику звука. Крик сменяется плачем. Появляется улыбка, обращенная к другому человеку. В это же время появляется гуление. Наряду с гулением наблюдаются эхолалические, эхопраксические, мимические реакции. Существуют и другие врожденные рефлексы, которые обнаруживаются в первые дни после рождения и исчезают после 4–6 месяцев жизни. В случаях, если эти рефлексы сохраняются длительное время, диагностируются двигательные нарушения центрального характера;

– *стриопаллидарный* (от 4–6 до 10–11 месяцев). Нормализуется двигательный тонус, развиваются активные движения в руках, ребенок берет игрушку и играет ею. К 6 месяцам самостоятельно сидит, фиксирует взором предмет и проследживает его движение во всех направлениях. Определяет направление звука в пространстве. Различает зрительно своих и чужих людей. Проявляет очередные эмоциональные реакции при появлении близких родных людей. Появляется лепет, который характеризуется произношением гласных губно-губ-

ных и некоторых переднеязычных звуков. Ребенок начинает слушать речь других, начинает понимать слова, обозначающие название предметов. Начальное понимание обращенной речи;

– *развитие корковых функций.* Движение рук контролируется зрением. Совершаются тонкие движения кисти рук и пальцев. Хорошо ползает, может стоять. К году начинает ходить. Полностью развито бинокулярное зрение. Распознает геометрические формы. Различает интонации, слушает музыку. Различает неприятные запахи. К году накапливается значительный словарный запас импрессивной речи. Произносит слова, обозначающие предметы.

По мере развития мозга в постнатальном онтогенезе вышележащие отделы мозга начинают контролировать и подчинять себе деятельность нижележащих структур.

Первый год жизни, несмотря на то что ребенок еще не говорит, является очень важным для развития тех систем мозга и психической деятельности, которые связаны с формированием произвольных движений и речи. Примерно до 3-летнего возраста моторные и речевые функции развиваются достаточно синхронно.

Крик здорового ребенка характеризуется звонким и продолжительным голосом, коротким вдохом и удлиненным выдохом. Уже вскоре после рождения голос приобретает различную обертоновую окраску.

К 2–3-му месяцу жизни крик ребенка значительно обогащается интонационно. При крике отмечается усиление нескоординированных движений рук и ног. С этого возраста ребенок начинает реагировать криком на прекращение общения с ним, удаление ярких предметов из поля зрения и т.п. Нередко дети реагируют криком на перевозбуждение, особенно перед засыпанием.

Интонационное обогащение крика свидетельствует о том, что у ребенка начала формироваться функция общения.

Период интенсивного интонационного обогащения крика совпадает с определенным этапом развития моторики. В 1,5–2 месяца жизни ребенок начинает держать голову вертикально, разжимать и сжимать кисть, удерживать вложенный в руку предмет. В это же время ребенок начинает прислушиваться к звукам речи, отыскивать взглядом источник звучания, поворачивать голову к говорящему, сосредоточивая свое внимание на лице, губах взрослого.

К 2–3 месяцам жизни появляются специфические голосовые реакции – гуление. К ним относятся звуки кряхтения, радостного повизгивания. Их с трудом можно идентифицировать со звуками родного языка. Однако выделяются звуки, которые напоминают гласные (*а, о, у, э*), наиболее легкие для артикуляции, губные согласные (*п, м, б*), обусловленные физиологическим актом сосания, и заднеязычные (*г, к, х*), связанные с физиологическим актом глотания.

В период гуления, помимо сигналов неудовольствия, выраженных криком, появляется интонация, сигнализирующая о состоянии благополучия ребенка, которая время от времени начинает носить выражение радости.

Одной из отличительных особенностей этого этапа развития психомоторики является прогрессирующая активизация движений рук. Со второго месяца ребенок все чаще приближает руки ко рту. С конца второго месяца он направляет руку к глазу или к носу, потирает их.

К концу этого этапа полностью нормализуется мышечный тонус, что способствует развитию произвольных движений, особенно в руках. Захватывание предмета – первое произвольное движение грудного ребенка. К 6 месяцам реакция хватания совершенствуется в точности и скорости захвата, что тесно связано с формированием зрительно-моторной координации.

Между 5-м и 6-м месяцами жизни начинается следующий этап развития моторики и речи. Этот период совпадает с формированием у ребенка функции сидения. Первоначально ребенок пытается присаживаться. Постепенно у него возрастает способность удерживать туловище в положении сидя, что обычно окончательно формируется к 6 месяцам жизни. Младенец не только фиксирует взором предмет, но и начинает прослеживать его движения во всех направлениях, определяет направление звука в пространстве. В этот период начинается развитие лепета, который состоит главным образом из губно-губных и некоторых заднеязычных звуков.

Голосовой поток, характерный для гуления, начинает распадаться на слоги, появляется признак локализованности и структуризации слога, постепенно формируется психофизиологический механизм слогообразования.

В первом полугодии жизни идет диффузная отработка координации фонаторно-дыхательных и артикуляторных механизмов, лежащих в основе формирования устной речи. Лепет-

ная речь, являясь ритмически организованной, тесно связана с появлением ритмических движений ребенка, потребность в которых появляется к 5–6 месяцам жизни.

Дальнейшее развитие речи связано с обязательным речевым (слуховым) и зрительным контактом с взрослым человеком, т.е. необходима сохранность слуха (в первую очередь) и зрения. На этом этапе онтогенеза лепетного языка у ребенка с сохранным слухом прослеживаются явления аутоэхолалии. Ребенок подолгу повторяет один и тот же открытый слог (**ва-ва-ва**, **га-га-га**). При этом можно заметить, как он сосредоточенно слушает себя (второй этап в развитии лепета).

Ребенок начинает слушать речь других людей, у него развивается понимание слов, обозначающих название предметов, собственных имен близких ему людей. Чем интенсивнее общение с взрослыми, тем лучше развивается понимание ребенком обращенной к нему речи.

После 8 месяцев звуки, не соответствующие фонетической системе родного языка, начинают постепенно угасать. Часть лепетных звуков, которые не соответствуют фонемам слышимой ребенком речи, утрачиваются, появляются новые речевые звуки, сходные с фонемами речевого окружения.

Выделяют и третий этап в развитии лепета, во время которого ребенок начинает произносить слова, образованные повторением одного и того же слога по типу: **ба-ба**, **ма-ма**.

Формирование фонологической системы языка в онтогенезе имеет свои закономерности. Считается, что в основе звукопроизводительной системы любого человеческого языка лежат четыре группы фонем: гласные, губные, переднеязычные и заднеязычные согласные. Именно они связаны с функцией генетического речезыкового аппарата и потому относятся к категории универсальных для языков разных национальностей.

С самого начала речевого онтогенеза ребенок активно использует в общении с окружающими глобальные фонетические структуры, которые являются функционально значимыми артикуляторными образованиями и представляют собой сплав двух и более фонем.

К концу второго года жизни формируется элементарная фразовая речь. Существуют также большие индивидуальные различия в сроках ее появления. Эти различия зависят от многих причин: генетической программы развития, интеллекта, состояния слуха, условий воспитания и т.д.

Элементарная фразовая речь включает в себя, как правило, 2–3 слова, выражающих требования («мама, дай», «папа, иди», «Лиле пить дать»). Если к двум с половиной годам у ребенка не формируется элементарной фразовой речи, считается, что темп его речевого развития начинает отставать от нормы.

К пяти годам ребенок полностью усваивает обиходный словарь и начинает овладевать контекстной речью, т.е. самостоятельно создавать текстовое сообщение.

Развитие речевого дыхания. Развитие речевого дыхания у ребенка начинается параллельно развитию речи. Уже в возрасте 3–6 месяцев идет подготовка дыхательной системы к реализации голосовых реакций, т.е. уже на ранней стадии онтогенеза речи идет диффузная отработка координации фонаторно-дыхательных механизмов, лежащих в основе экспрессивной речевой функции.

В дошкольном возрасте у детей в процессе речевого развития одновременно формируются связная речь и речевое дыхание. К третьему году жизни у детей в процессе выдоха наблюдается произнесение лишь отдельных одно-двухсловных слов. Фразовая речь детей этого возраста характеризуется неплавностью, задержкой дыхания как в фазе вдоха, так и в фазе выдоха, дополнительными вдохами в процессе произнесения. Это свидетельствует о незрелости координаторных взаимоотношений между артикуляцией и дыханием в процессе устной речи, об отсутствии развитого речевого дыхания. К шести годам дети произносят на речевом выдохе простые трех-четырёхсловные фразы, состоящие из знакомых слов. Усложнение содержания высказывания как в семантическом, лексическом, так и в грамматическом плане разрушает речевой выдох: появляются дополнительные вдохи, задержки дыхания, т.е. высказывание прерывается и, соответственно, не имеет интонации завершенности.

Лабораторное занятие

1. Опрос студентов по теме лекции «Онтогенез психомоторной и речевой деятельности», повторение основных положений и их фиксация в тетради. Вопросы:

– какие отделы мозга участвуют в обеспечении речевой деятельности?

– каковы психофизиологические механизмы звукопроизношения?

- в чем сущность онтогенетического развития звукопроизводительной стороны речи?
- каковы психофизиологические механизмы просодической стороны речи?
- в чем состоит различие между произвольными и непроизвольными движениями?
- к какому типу движений относится речевая артикуляция?
- каковы основные этапы психомоторного развития детей?
- в чем особенность речевого дыхания по сравнению с физиологическим?

Задания для самостоятельной работы

Подготовить доклады на темы «Этапы развития детской речи», «Эволюция речевого дыхания», «Онтогенез моторных функций», «Онтогенез общего психического развития» (с презентацией).

Конспектирование

Белякова Л. И., Гончарова Н. Н., Шишкова Т. Г. Методика развития речевого дыхания у дошкольников с нарушениями речи (М.: Книголюб, 2005).

Контрольные вопросы

1. В чем сущность онтогенетического развития звукопроизводительной стороны речи?
2. К какому типу движений относится речевая артикуляция?
3. Особенности речевого дыхания по сравнению с физиологическим дыханием.
4. Этапы развития устной речи.
5. Этапы развития произвольных движений у ребенка.

Тема 2. Детский церебральный паралич как причина и этиопатогенетический механизм дизартрии у детей

Основные положения по теме лекции

Под термином «детский церебральный паралич» (ДЦП) объединяется группа синдромов, возникших в результате повреждения мозга на ранних этапах онтогенеза и характеризующихся двигательными расстройствами.

ДЦП является результатом органического поражения мозга, перенесенного во внутриутробном периоде жизни, во время родов и в период новорожденности. Это полиэтиологическое заболевание (генетическая предрасположенность, асфиксия, кровоизлияния и т.д.). Осложненная беременность и роды чаще всего являются отягощающими факторами. К основным вредоносным воздействиям на пренатальной стадии развития относятся:

- факторы, действующие на плод опосредованно, например патология плаценты, которая меняет состояние плода в силу нарушения ее питательной и дыхательной функций, ранний и поздний токсикозы беременности, заболевания матери, ее плохое питание и др.);

- факторы, непосредственно влияющие на мозг плода. Это инфекции и другие вредоносные воздействия (корь, токсикозы беременности и т.п.).

Характерной особенностью синдромов при ДЦП является динамика и трансформация одних форм в другие. Начальные симптомы нарушений могут быть различными и по-разному проявляться по мере созревания и формирования структур и функций аномально развивающегося мозга.

Лабораторное занятие

Опрос студентов по теме лекции «ДЦП и его этиопатогенетические механизмы», повторение основных положений и их фиксация в тетради:

- ДЦП является следствием органического поражения мозга во внутриутробном, перинатальном или раннем постнатальном периодах жизни ребенка;

- при ДЦП происходит нарушение программы нейроонтогенеза, что вызывает следующие феномены:

- а) отклонения в развитии функциональных систем на каждом этапе последующего развития, что особенно четко проявляется в критические периоды;

- б) по мере развития ребенка выявляется функциональный дефицит, обусловленный структурными изменениями мозга;

- в) клинические проявления не являются симптомами изолированного очагового поражения мозга, а представляют собой результат патологического хода развития двигательных, перцептивных, интеллектуальных, речевых и коммуникативных процессов.

Задания для самостоятельной работы

Подготовить доклады «ДЦП, причины и проявления: моторика», «ДЦП, причины и проявления: речь», «ДЦП, причины и проявления: психика» (с презентацией).

Конспектирование

1. Мастюкова Е. М. Клиническая характеристика задержки психического развития учащихся с церебральным параличом // Дефектология. 1988. № 4.

2. Семенова К. А. Детские церебральные параличи. – М., 1972.

3. Семенова К. А., Мастюкова Е. М., Смуглин М. В. Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей. – М., 1972.

4. Журба Л. Т., Мастюкова Е. М. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни. – М., 1981.

5. Кещан Е. В. К вопросу о некоторых сторонах развития экспрессивной и импрессивной речи у детей второго года жизни, страдающих церебральными параличами // Вопросы логопедии. – М., 1978. – С. 51–54.

6. Кудряшов В. В. Формирование движений с предметами у учащихся глухих, умственно отсталых, с церебральными параличами на уроках физической культуры: Автореф. дис. ... канд. пед. наук. – М., 1978.

Контрольные вопросы

1. Основные характеристики центрального паралича.
2. Основные характеристики периферического паралича.
3. В чем заключается основное различие проявлений параличей у детей и взрослых?
4. Перечислите формы детского церебрального паралича.
5. В чем состоит особенность онтогенетической классификации ДЦП?
6. В чем проявляются нарушения программы нейроонтогенеза при ДЦП?
7. Назовите общие черты психического развития у детей с ДЦП.

Тема 3. Дизартрия у детей

Основные положения по теме лекции

Классификация дизартрий у детей сложна и не может быть полностью соотнесена с клинической картиной параличей, т.е. с уровнем поражения мозга. Это приводит к тому, что классификации дизартрий у детей и взрослых построены с разных позиций.

Не представляется возможным дать единую психолого-педагогическую характеристику детей с дизартрией, что связано с мозаичностью поражения ЦНС (разная локализация и разная степень поражения мозга).

Классификация собственно речевых нарушений при дизартрии у детей до настоящего времени является дискуссионной. С одной стороны, речевые нарушения при дизартрии у детей, как правило, не могут быть соотнесены с локализацией органического поражения мозга, т.е. диффузное поражение ЦНС, характерное для детских церебральных параличей, обуславливает смешанную клиническую картину. С другой стороны, развивающийся мозг и различного рода декомпенсационные и компенсационные нервные процессы меняют клинические проявления изначального поражения ЦНС. Многие исследователи, тем не менее, считают возможным выделение форм дизартрий у детей, связанных с локализацией органического поражения ЦНС и преимущественного поражения функций. Классификация по этому принципу характеризуется возможностью соотнести симптоматику речевых нарушений с нарушением функции определенных структур мозга, участвующих в речеобразовательном процессе. Такой подход позволяет в теоретическом плане достаточно очевидно представить себе механизм нарушения речи (моторики и психических функций в том числе), а значит, и аргументировать выбор логопедических технологий для коррекционной работы.

Лабораторное занятие

Опрос по теме лекции «Дизартрия у детей», повторение основных положений лекции и фиксация их в тетради:

– общие клинические признаки дизартрий у детей достаточно близки к тому, что имеется у взрослых, а именно: нарушение мышечного тонуса, нарушение артикуляционной моторики, нарушение голосообразования, нарушение дыхания;

– классификация по принципу локализации органического поражения ЦНС характеризуется возможностью соотнести симптоматику речевых нарушений с нарушением функции определенных структур мозга, участвующих в речеобразовательном процессе, что нецелесообразно в детском возрасте, так как органическое поражение ЦНС у детей, как правило, является диффузным;

– другим принципом классификации дизартрии у детей является синдромологический подход. Диагностика по этому принципу связана с выделением ведущего неврологического синдрома и ведущих феноменов нарушения моторики. Такая систематика требует не только углубленного неврологического исследования, но и всестороннего учета динамики неврологического состояния в процессе постнатального онтогенеза ребенка;

– в настоящее время выделяются следующие формы дизартрии: спастико-паретическая, спастико-ригидная, гиперкинетическая, атактическая.

Задания для самостоятельной работы

Подготовить доклады «Классификация дизартрий у детей», «Признаки дизартрий у детей», «Общие проявления дизартрий у взрослых и детей», «Чем отличается дизартрия у детей от дизартрии у взрослых?» (с презентацией).

Контрольные вопросы

1. Обосновать, почему у детей не бывает бульбарной формы дизартрии.
2. Обосновать, почему дизартрия у детей носит смешанный характер.

Тема 4. Психолого-педагогическая характеристика детей со спастико-паретической формой дизартрии

Основные положения по теме лекции

Симптоматика этой формы дизартрии наиболее часто диагностируется у детей дошкольного возраста с признаками псевдобульбарного паралича.

Эта форма дизартрии у детей возникает при двустороннем поражении пирамидных путей. Чаще всего она наблюдается

при двусторонней спастической диплегии центрального паралича. Основные характеристики нарушения движений сходны с теми, что характеризуют псевдобульбарную дизартрию у взрослых. В первую очередь это нарушения фонетической стороны устной речи, нарушение сложных и дифференцированных артикуляций, сохранность непроизвольных рефлекторных движений, затруднение формирования произвольной моторики. Поражение центральных двигательных путей, как правило, не бывает у детей изолированным. Нередко они сочетаются с очаговыми поражениями коры больших полушарий мозга (нижняя треть передних центральных извилин лобной доли) и подкорковых ядер. Выделяют следующие варианты этой формы дизартрии:

- *спастический* – ведущий синдром обусловлен высоким тонусом мышц;
- *паретический* – ведущий синдром обусловлен высоким тонусом мышц в сочетании с низким тонусом отдельных мышц речевого аппарата;
- *гиперкинетический* – ведущий синдром обусловлен высоким тонусом мышц и наличием насильственных движений главным образом в виде тремора.

Лабораторное занятие

Опрос студентов по теме лекции, повторение основных положений и их фиксация в тетради:

- спастико-паретическая форма дизартрии обусловлена сложным патогенетическим механизмом, в основе которого лежит центральный спастический паралич с единичными проявлениями других параличей;
- спастико-паретическая форма дизартрии имеет три варианта, в каждом из которых имеются поражения разных структур мозга: спастический; спастико-паретический; спастико-гиперкинетический;
- нарушение звукопроизводительной стороны речи касаются прежде всего сложноартикулируемых звуков, которые конвергируют к щелевым;
- гласные и согласные звуки назализованы;
- голос не модулирован, часто сиплый;
- просодика обеднена;
- задержка развития речи, нередко отмечается фонетико-фонематическое недоразвитие речи.

Задания для самостоятельной работы

Составить таблицу по признакам спастико-паретической формы дизартрии у детей (см. учебник Л. И. Беляковой и Н. Н. Волосковой «Дизартрия»).

Тема 5. Психолого-педагогическая характеристика детей с гиперкинетической формой дизартрии

Основные положения по теме лекции

Гиперкинетическая форма (подкорковая, экстрапирамидная) дизартрии связана с очаговым поражением ядер стриопаллидарной системы, а также их связей с другими структурами мозга. При таком уровне поражения ЦНС возникают симптомы нарушения функций экстрапирамидной системы: непостоянство мышечного тонуса (дистония) и трудности сохранения позы. Нарушается последовательность осуществления программы сокращений мышц в процессе реализации движений (дискинезия). Для этой формы дизартрии нередко присуще снижение слуха, преимущественно на высокие тона. В связи с этим у детей отмечаются трудности в развитии фонематического восприятия и избирательные нарушения опознавания звуков высоких тонов, что нарушает понимание слов со звуками высокой частоты (*т, д, к*).

Лабораторное занятие

Опрос по теме лекции, повторение основных положений и фиксация их в тетради:

- симптомокомплекс гиперкинетической формы дизартрии включает дистонию (неустойчивость мышечного тонуса), дискинезию (неплавность переключения артикуляторных движений), гиперкинезы;

- основным симптомом подкорковой дизартрии является нарушение просодической стороны речи: изменчивый характер темпа и ритма речи, нарушение голосообразования и речевого дыхания;

- произношение речевых звуков неустойчиво. Нарушенные звуки сосуществуют наряду с нормальными вариантами, что в большой степени зависит от распространенности и тяжести гиперкинезов и эмоционального состояния в момент речевой деятельности;

- гиперкинетическая форма дизартрии у детей практически не бывает изолированной и чаще всего сочетается со спастическим симптомокомплексом;
- речевое развитие – на границе возрастной нормы.

Задания для самостоятельной работы

Составить таблицу по признакам гиперкинетической формы дизартрии у детей (см. учебник Л. И. Беляковой и Н. Н. Волосковой «Дизартрия»).

Тема 6. Психолого-педагогическая характеристика детей с атонически-астатической формой дизартрии

Основные положения по теме лекции

На первый план при этих нарушениях выходит мышечная гипотония и нарушение координации движений органов артикуляции. Язык тонкий, распластаный в полости рта, его подвижность ограничена, темп движений замедлен. Все движения органов артикуляции ограничены. В то же время существенно, что наряду с атонией присутствуют как произвольные, так и непроизвольные движения, что принципиально отличает вялый паралич при мозжечковых нарушениях от бульбарных параличей. При этом, несмотря на резкое снижение тонуса мышц, не отмечается атрофических явлений в мышцах языка. Движения языка неточные, отмечается как избыточность, так и недостаточность объема движений (гипер- или гипометрия). Иногда наблюдаются провисания мягкого нёба.

Лабораторное занятие

Опрос студентов по теме лекции, повторение основных положений и фиксация их в тетради:

- наряду со снижением тонуса мышц, симптомом поражения мозжечка является дискоординация речевых движений (атаксия, адиадохокинезия, асинергия);
- нарушения плавности речи: толчкообразность ритмики речи (*ткач* – *т-к-ач*), немотивированное замедление или ускорение речи, немотивированное изменение модуляции, колебания громкости и звучности, а иногда тремор голоса;
- нерегулярность расстройств артикуляции, равное выделение слогов, замедление темпа речи;

- несформированность просодической стороны речи;
- развитие речи соответствует низкой норме.

Задания для самостоятельной работы

Составить таблицу по признакам атонически-астаксической формы дизартрии у детей (см. учебник Л. И. Беляковой и Н. Н. Волосковой «Дизартрия»).

Тема 7. Степени нарушения речи при дизартрии у детей

Основные положения по теме лекции

1. Анартрия

Тяжелая степень дизартрических расстройств, при которой отсутствуют либо имеются лишь слабовыраженные звукопроизносительные возможности, называется *анартрией*. В основе недоразвития звукопроизносительных способностей лежат резидуально-органические изменения ЦНС, аналогичные тем изменениям, которые наблюдаются у детей с ДЦП.

У детей может отмечаться полное отсутствие речи и голоса, наличие только голосовых реакций, возможности звуко-слового произношения. Отмечается, что при обследовании произносительной попытки ребенка при речевом стимулировании демонстрируется более высокий уровень речевого развития, чем при спонтанных произносительных попытках детей по собственному побуждению. В условиях собственной мотивационно-поведенческой активности появляется большее количество «случайно воспроизведенных» звуков, слогов и их сочетаний.

Дети с анартриями понимают обращенную речь, обучаются пользоваться наборной азбукой, что свидетельствует об определенной сформированности фонематического восприятия.

У таких детей формируют жестовые, голосовые, мимические и звукопроизносительные реакции для общения с окружающими.

2. Минимальные проявления дизартрии

У многих детей к пяти годам жизни звукопроизношение не соответствует звуковым нормам родного языка. Несмотря на то что звукопроизносительные нарушения выражены негрубо, словарь и грамматические структуры соответствуют низкой границе нормы, такие дети характеризуются определен-

ными особенностями речевого анамнеза в раннем возрасте и трудностями обучения письму и чтению в школе. Первые слова у них появляются с некоторой задержкой. Словарь накапливается медленно, при этом хуже усваивается эмотивная лексика, в дошкольном возрасте отмечаются ошибки в грамматическом структурировании.

Мышечный тонус, как правило, несколько снижен, главным образом в артикуляторной, мимической и тонкой моторике рук. Моторика у таких детей несколько отстает в своем развитии, отличается снижением пластичности и грациозности. Точность движений нарушена. Особенно страдают движения пальцев рук. При обследовании обнаруживается диспраксия разного характера.

Лабораторное занятие

Опрос студентов по теме лекции, повторение основных положений.

Задания для самостоятельной работы

Подготовить доклады на темы «Различная степень выраженности речевых расстройств при дизартрии» (оценка расстройств речи, отсутствие речи, стертые проявления дизартрии), «Минимальная степень дизартрии» (подобрать самостоятельно литературу в рамках изучаемой темы) (с презентацией).

Тема 8. Минимальная степень проявления дизартрии

Основные положения по теме лекции

Стертая дизартрия в настоящее время обозначается в литературе как *минимальные* проявления дизартрии.

Основной симптом стертой дизартрии представляет собой стойкое нарушение звукопроизношения, которое с трудом поддается коррекции. Для детей со стертой дизартрией характерна полиморфность нарушений фонетической стороны речи. Чаще всего это проявляется в наличии искажений, а также в отсутствии различных групп звуков, реже – в заменах звуков. Для них характерны следующие виды звукопроизносительных нарушений: межзубный сигматизм свистящих и шипящих, боковой сигматизм свистящих и шипящих, ротацизм, ламбдацизм, дефекты смягчения, реже – дефекты озвончения.

Фонематическое восприятие парциально нарушено и касается тех звуков, которые искажены или отсутствуют в устной речи. Фонематическое восприятие при дизартрии обладает особым свойством: дети хорошо слышат ошибки звукопроизношения в чужой речи и не ощущают своих.

Облигатным признаком стертой дизартрии, в отличие от дислалии, является то, что автоматизированный в изолированном звучании звук нарушается снова при введении его в связную речь.

Темп речи чаще ускорен. В развернутом высказывании отмечается некоторая его аритмия, связанная с ошибками последовательности произнесения слогов в словах. Внятность произношения в речевом потоке недостаточно четкая. В процессе речи накапливают слюну во рту. Затруднено формирование автоматизации сглатывания слюны.

Интонация несколько обеднена. Между фразами отсутствует пауза. Особенно затруднена повествовательная интонация.

Речевое дыхание замедлено в своем развитии. В процессе связного речевого высказывания делаются дополнительные вдохи, вследствие чего возникает необоснованное паузирование.

Особенностью психического развития таких детей является недостаточность оптико-пространственного гнозиса, затрудненное формирование ориентировки в схеме тела. Большинство детей неточно определяют цвета, не знают их оттенков, внимание недостаточно устойчиво.

У большей части детей страдают переднеязычные звуки, требующие точных изолированных движений кончика языка.

В некоторых случаях нарушение может быть связано с одним звуком, чаще это Р. Несмотря на минимальность проявления, постановка звука и в особенности автоматизация, требует длительной коррекционной работы.

У части детей нарушаются преимущественно шипящие и аффрикаты. Дети с трудом находят и удерживают заданную артикуляторную позу. Коррекция успешна при условии контроля.

При обследовании моторики артикуляционного аппарата выявляется недостаточность сложных параметров движения (темпоральная составляющая, ритмическая, пространственная, а также праксис позы).

Лабораторное занятие

Опрос по теме лекции, повторение основных положений и фиксация их в тетради:

- минимальные (стертые) проявления дизартрии имеют ту же структуру речевого дефекта, что и при выраженной степени: нарушения звукопроизношения и просодической стороны речи;
- неясное произнесение гласных с легким носовым оттенком;
- искажение сложных по артикуляции звуков;
- изолированное произнесение звуков осуществляется лучше, чем в речевом потоке;
- автоматизация звуков затруднена. Поставленный звук часто не используется в спонтанной речи;
- темп речи ускорен или замедлен;
- дыхание поверхностное. Фонационный выдох укорочен, речь на вдохе;
- страдает координация и темпоритм движений в разной степени.

Задания для самостоятельной работы

1. Составить таблицу «Дифференциальная диагностика дизартрии и дислалии у детей».
2. Подготовить доклады «Особенности звукопроизношения при дислалии и дизартрии», «Состояние мышечного тонуса артикуляторных мышц при минимальных проявлениях дизартрии у детей» (с презентацией).

Конспектирование

Подготовить конспекты:

- Гуровец Г. В., Маевская С. Н. К вопросу диагностики стертых форм псевдобульбарной дизартрии // Вопросы логопедии. – М., 1978.
- Лопатина Л. В., Серебрякова Н. В. Логопедическая работа в группах дошкольников со стертой формой дизартрии: Учебное пособие. – СПб, 1994.
- Лопатина Н. В. Приемы обследования дошкольников со стертой формой дизартрии и дифференциации их обучения // Дефектология. – 1996. – № 2. – С. 64–66.
- Архипова Е. Ф. Стертая дизартрия у детей. – М., 2006.

Контрольные вопросы

1. Принципы классификации дизартрии у детей.
2. Перечислить основные отличия классификации дизартрии у детей от классификации у взрослых. С чем это связано?
3. Почему дизартрию у детей можно назвать «дизартрией развития»?
4. Перечислить основные признаки и пояснить патогенетические механизмы спастико-паретической формы дизартрии.
5. В чем заключаются патогенетические механизмы гиперкинетической дизартрии? Почему нарушения звукопроизношения при этой форме непостоянны?
6. Каковы признаки атонически-астатической дизартрии? Чем отличается сниженный тонус мышц при этой форме дизартрии от бульбарного паралича? Как характеризуется речь детей с этой формой дизартрии?
7. Каковы особенности речи детей с минимальными проявлениями дизартрии?
8. Перечислить отличия стертой дизартрии от дислалии.
9. В чем состоит основная трудность логопедической работы при коррекции дизартрии у детей?

Тема 9. Обследование детей с дизартрией.

Основные направления коррекционно-педагогического воздействия при дизартрии

Основные положения по теме лекции

Основной целью комплексного обследования является квалификация главного звена в структуре дефекта. При этом необходим анализ системной картины нарушения, возникшей в результате взаимообусловленных факторов воздействия (экзогенные, эндогенные и социальные).

Основные направления коррекционно-педагогического воздействия при дизартрии связаны с результатами квалификации главного звена в структуре дефекта и системной картины нарушения. Чем полнее будет проведено обследование, тем более обоснованными и точными будут выбраны план и методы коррекционного воздействия.

Логопедическое обследование включает анализ состояния физического слуха, особенностей фонематического восприятия, речевого слуха, речевого контроля за собственной речью, мотивацию, интенцию к общению, особенности речевой ком-

муникации, понимание и использование лексических и грамматических средств языка.

Чем меньше ребенок, чем ниже общий уровень психомоторного и речевого развития, тем большее значение в диагностике имеет анализ неречевых и моторных нарушений.

К наиболее значимым разделам обследования относятся артикуляционная и мимическая моторика, звукопроизношение, речевое дыхание, состояние просодической стороны речи.

В отечественной логопедии разработаны методики обследования психофизического состояния детей, подростков и взрослых (Г. В. Чиркина, Т. Б. Филичева, Л. В. Лопатина, О. Г. Приходько, Е. Ф. Архипова, Р. И. Лалаева и др.).

Логопедическое обследование

Изучение анамнестических сведений. Анализ анамнестических данных осуществляется на основе сбора данных у родных ребенка. К приемам ранней диагностики дизартрии относятся сведения о том, как проявляется крик, сосание, глотание, безусловные врожденные (сосательный, поисковый, хваточковый, ладонно-рото-головной) рефлексy. Анализируются сведения о раннем периоде речевого развития ребенка. Отмечается появление первых слов, фразовой речи; понятна ли была речь ребенка для окружающих в дошкольном возрасте; занимался ли он с логопедом, посещал ли логопедическую группу; как характеризовалась речь ребенка логопедом при поступлении в школу; имелись ли трудности обучения письму и какого характера.

Обследование моторных функций направлено на определение следующих показателей:

- * статическая координация движений;
- * динамическая координация движений;
- * скорость движений;
- * возможность осуществления одновременных движений;
- * выполнение усложненной двигательной программы.

Оценка выполнения тестов дается описательно. Отмечаются следующие показатели:

- * повышение напряженности мышц, не участвующих в выполнении теста;
- * тремор и другие виды гиперкинезов;
- * синкинезии;
- * полнота и точность выполнения;
- * согласованность движений рук и ног;

- * двигательная память;
- * качество статической координации;
- * качество динамической координации.

Обследование состояния артикуляционного аппарата и мимической мускулатуры включает описание анатомического строения и двигательной функции. Обследование начинается с осмотра органов артикуляции, в ходе которого выявляются особенности строения и дефекты анатомического характера следующих органов: губ, языка, зубов, мягкого нёба, подъязычной уздечки, челюстей, твердого нёба. Оценивается состояние мышц лица.

Анализируются мышечный тонус губ, языка, мягкого нёба. Отмечаются: асимметричное положение вытянутого вперед языка, тремор, изменение конфигурации, гиперкинезы языка, истонченность, вялость губ, провисание/подтянутость мягкого нёба.

При обследовании отмечают следующие параметры:

- * объем движений (полный – выполнены все движения; неполный – выполнена часть движений; объем движения нарушен – искажена серия движений или опущены движения);
- * точность выполнения (сохранена – все движения выполнены в данной последовательности; нарушена – поиск артикуляции или дополнительные движения);
- * тонус (сохранен – движения выполнены с необходимой силой и напряжением; нарушен – движения или часть движений выполнены вяло, без достаточного напряжения артикуляционных мышц);
- * темп движений (нормальный – одно движение выполняется за другим без пауз; замедленный – между отдельными движениями наблюдаются паузы в 3–5 секунд; ускоренный – движения выполняются настолько быстро, что предыдущее движение еще до конца не выполнено, а испытуемый уже начинает выполнять последующее движение);
- * синкинезии (нет; есть – при выполнении упражнения появляются дополнительные движения как в артикуляторных, так и в мимических мышцах).

Обследование звукопроизношения осуществляется по традиционным методикам, широко представленным в логопедии (Н. С. Жукова, Е. М. Мастюкова, Т. Б. Филичева, Л. В. Лопатина, Н. В. Серебрякова, Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина, Е. Ф. Архипова). Выявляются нарушенные звуки, характер нарушения произношения звуков (искажение, отсутствие,

замена, смешение) в различных фонетических условиях: при изолированном произношении; в слогах – прямых, обратных, со стечением согласных; в словах (в начале, в середине, в конце слова); во фразах; в спонтанной речи.

Обследование просодической стороны речи. Отмечаются и анализируются следующие критерии:

- голос: сила, высота, тембр, назализованность, твердая или мягкая атака;
- темп: быстрый, медленный, ускоренный, замедленный;
- ритмоинтонационная сторона речи: интонация повествования, интонация восклицания, вопросительная интонация;
- разборчивость речи: нечетко произносимые звуки, нечетко произносимые слоги, нечеткое ударение в словах.

Обследование фонематического восприятия состоит в предъявлении следующих проб:

* узнавание и дифференциация (на слух и в произношении) оппозиционных звуков, слогов и слов с данными звуками, а также слов, близких по звуковому составу;

* навыки фонематического анализа и синтеза.

Лабораторное занятие

Проведение деловой игры с моделированием ситуации логопедического приема ребенка с дизартрией.

Цель игры: уточнение и расширение знаний студентов о психолого-педагогических критериях, дифференциации форм дизартрии при ДЦП, о минимальных проявлениях дизартрии.

В процессе деловой игры вырабатываются первоначальные умения сбора анамнеза и анализа психомоторного и речевого развития ребенка с дизартрией.

Программа деловой игры

Преподаватель объясняет задачу – моделирование ситуации логопедического приема ребенка с дизартрией для логопедического обследования его речи.

Активно участвуют все студенты. Три студента являются ведущими, 1-й студент – «мать ребенка», 2-й студент – «ребенок с дизартрией», 3-й студент – «логопед».

Порядок проведения игры

1. «Логопед» задает вопросы, направленные на выявление признаков дизартрии.

2. «Мать ребенка» дает развернутое описание клинических проявлений и психолого-педагогическую характеристику ребенка.

3. «Ребенок» в ответ на обследование, проводимое «логопедом», демонстрирует основные признаки дизартрии в речи, моторике, мимике.

В процессе игры студенты меняются ролями, все студенты в группе должны внимательно следить за «приемом логопеда» и могут заменить любого участника по указанию преподавателя. Преподаватель делает развернутое заключение по содержанию деловой игры.

Задания для самостоятельной работы

1. Перечислить основные пункты анамнеза в речевой карте, которые помогут получить сведения о факторах риска дизартрии в первые два года после рождения.

2. Охарактеризовать ранние этапы развития моторики (общая, тонкая) у ребенка 4–5 лет со спастико-паретической формой дизартрии (все три варианта).

3. Охарактеризовать речевое развитие ребенка со спастико-паретической формой дизартрии, перечислить особенности нарушения звукопроизношения (все три варианта).

4. Подобрать дидактический материал для диагностики уровня речевого развития у ребенка 4–5 лет со спастико-паретической формой дизартрии.

5. Подобрать речевой материал для обследования ритмоинтонационной стороны речи у дошкольников.

Конспектирование

Подготовить конспекты по самостоятельно выбранной литературе в рамках изучаемой темы.

Контрольные вопросы

1. Перечислить признаки, характеризующие спастико-паретическую форму дизартрии у ребенка дошкольного возраста.

2. Каковы признаки нарушения просодической стороны речи при спастико-паретической форме дизартрии у дошкольников?

Лабораторное занятие

1. Проанализировать ранние этапы развития моторики (общая, тонкая) у ребенка 4 лет с явлениями подкорковой формы дизартрии.

2. Охарактеризовать речевое развитие ребенка с явлениями подкорковой формы дизартрии, перечислить особенности нарушения звукопроизношения (все три варианта).

3. Подобрать дидактический материал для диагностики уровня речевого развития у ребенка 4 лет с явлениями подкорковой формы дизартрии.

4. Подобрать упражнения для выявления нарушений ритмической организации речи.

5. Подобрать упражнения для развития ритмических процессов в речи и движениях.

Контрольные вопросы

1. Перечислить признаки, характеризующие подкорковую форму дизартрии у ребенка дошкольного возраста.

2. Как выявить уровень несформированности речевого дыхания?

3. Чем характеризуются движения детей с подкорковой формой дизартрии?

4. Чем отличаются нарушения звукопроизношения у детей с подкорковой дизартрией от детей с другими формами дизартрии?

5. Дать характеристику уровня речевого развития ребенка 4 лет с подкорковой формой дизартрии.

Лабораторное занятие

1. Подобрать упражнения для выявления особенностей нарушения моторных функций у ребенка 4–5 лет со спастико-паретической дизартрией.

2. Подобрать задания для развития мелкой (общей) моторики у дошкольников.

3. Подобрать задания для развития артикуляционной моторики.

4. Подобрать задания для развития пространственной ориентации у детей с дизартрией.

5. Подобрать упражнения для развития речевого дыхания у дошкольников с дизартрией.

6. Подобрать упражнения для развития голоса у дошкольников с дизартрией.

Тема 10. Основные направления комплексной реабилитации детей и подростков с дизартрией

Основные положения по теме лекции

Система помощи детям с дизартрией предусматривает раннюю диагностику и раннее начало систематической медицинской, психологической, педагогической, логопедической и социальной помощи. Еще в родильном доме начинается лечебная помощь в отношении детей, страдающих церебральным параличом, которая включает целый ряд мероприятий, направленных на сохранение жизни новорожденных. При выраженных нарушениях ЦНС лечение продолжается в неврологических отделениях больниц, где с самого начала носит комплексный характер, включая специальную педагогическую помощь. В это же время необходимо психологическое сопровождение родителей, а также обучение их методам воспитания детей с церебральным параличом.

Принципы реабилитации детей с дизартрией

1. Этиопатогенетический принцип связан с учетом преимущественного поражения тех или иных структур мозга. Ему предшествует диагностика состояния речевых и психофизиологических функций, позволяющая определить преимущественное поражение структур мозга и связанный с этим характер нарушения мышечного тонуса, моторных, сенсорных и речевых функций.

2. Принцип раннего воздействия. Раннее воздействие на ребенка с риском дизартрии способствует более полному развитию компенсаторных возможностей мозга, а значит, усиливает эффективность коррекционной работы.

3. Системность воздействия, направляющегося:

- на моторное развитие.
- на психическое развитие.
- речевое развитие.
- на личность ребенка.

4. Комплексность воздействия, которое состоит в согласованной работе специалистов: невропатолог–логопед–психолог.

Система коррекционного воздействия, в свою очередь, учитывает следующие аспекты:

- закономерности и последовательности развития моторных, психических и речевых функций;

- структуру речевого нарушения: выделение ведущего дефекта в структурно-функциональной организации речевой деятельности; вторичные расстройства;
- возрастные и индивидуальные особенности ребенка;
- детско-родительские отношения, их максимально полное использование.

Основные направления логопедической работы по коррекции нарушений речи при дизартрии у детей дошкольного возраста

1. Нормализация мышечного тонуса и развитие движений органов артикуляционного аппарата, моторики в целом и в особенности движений пальцев рук.

2. Развитие дыхательной функции.

3. Коррекция фонетической стороны речи. Применение упражнений для развития фонематического восприятия и различные приемы постановки звуков, их автоматизации и дифференциации.

4. Формирование физических характеристик голоса, компонентов интонации и интонационных конструкций высказывания.

5. Развитие сенсорных и высших психических функций.

6. Развитие всех уровней языковой системы.

Задания для самостоятельной работы

1. Составить таблицы по основным направлениям клинической реабилитации:

- а) при преобладании спастического нарушения тонуса;
- б) при снижении тонуса.

2. Составить таблицу по основным направлениям логопедической работы с приложением списка литературы, где опубликованы соответствующие методики.

3. Контрольная работа:

А. Диагностика (ребенок 4 лет, речь элементарная, фраза состоит из двух слов, тонус мышц высокий, нарушения произношения почти всех звуков, артикуляторные пробы не выполняет). Какое логопедическое заключение можно сделать?

Б. С чего начнется коррекционная работа? Составить план индивидуального занятия.

Тема 11. Профилактика дизартрий у детей

Основные положения по теме лекции

Первичная профилактика – предупреждение развития дизартрии у детей. Сложная система мозга формируется еще до рождения. Материнский организм может стать источником повреждения мозга и нарушения программы его развития. Недостаток кислорода замедляет развитие мозга. В этих случаях к моменту рождения не созревают те структуры мозга, которые обеспечивают дыхание, глотание, сосание, т.е. жизнь новорожденного.

Специалисты считают, что период от рождения до 8–12 недель является критическим. Тяжелые дефекты не всегда становятся явными на первом году жизни, а проявляются лишь по мере роста ребенка.

Согласно последним данным, долговременное влияние на младенца оказывают два важных пренатальных фактора – наследственность и питание матери.

Психосоматическое развитие младенца – сложный процесс, на который оказывают влияние многие условия жизни ребенка. Наряду с врожденными качествами ЦНС, огромное значение имеет оптимальная социальная среда, которая стимулирует или депривирует врожденные качества его организма.

Профилактическое направление здравоохранения и специальной педагогики начинается с рождения ребенка. Биологические факторы риска развития дизартрии могут действовать на организм ребенка в период внутриутробного развития и родов. Такое же значение имеют мозговые инфекции и травмы, перенесенные вскоре после рождения. Эти биологические факторы могут вызывать органическое поражение ЦНС, вследствие чего в качестве первичного дефекта могут выступать нарушения двигательной сферы, нередко сочетающиеся с патологическими изменениями зрения и слуха.

Ранние коррекционные мероприятия включают в себя развитие рефлексов орального автоматизма, ориентировочных познавательных реакций, фиксацию взора и его слежение, слуховое сосредоточение, вызывание голосовых реакций, стимуляция двигательной активности.

Если двигательные нарушения диагностируются в рамках ДЦП, то медицинская помощь таким детям регламентирует-

ся соответствующими законами оказания лечебной помощи и обеспечивается всей службой охраны здоровья матери и ребенка.

Поскольку дизартрия является одним из признаков наличия ДЦП, то все мероприятия, связанные с коррекцией и развитием двигательной и психической сфер таких детей, служат профилактикой речевых нарушений.

К ранним профилактическим мерам относится максимальное использование такого этапа в развитии ребенка, как эхολалия и эхопраксия. Эти феномены в норме появляются уже на первом месяце жизни и проявляются в виде ответной вокализации на вокализацию взрослых, мимические и даже артикуляторные (высовывание языка) в ответ на соответствующие движения взрослых. Способность младенца различать знакомых и незнакомых людей – еще одно важное достижение ранних месяцев жизни. Поэтому для детей с параличами требуется частое общение с взрослыми, что развивает их перцептивные способности. Особое значение имеет пространственная близость к матери, возможность ее касаться, обонять, видеть.

Развитие акта сосания, стимуляция силы и продолжительности сосания играют важную роль для развития пластичности мышц и активных движений артикуляторного аппарата. Попытки гуления, а в дальнейшем и лепета должны не только поддерживаться, но и стимулироваться окружающими.

Лингвистическое воспитание ребенка должно начинаться рано и в первые годы жизни проходить на родном языке. Применение в общении с ребенком одной языковой системы позволяет формировать устойчивые образцы интонации, различаемые образцы фонетического ряда речи, устойчивые образцы слышимых фонематических единиц, а позже слов и словосочетаний. Всё это способствует переходу на втором этапе лепета от врожденных артикуляций к артикуляциям родного языка.

Наличие церебрального паралича у детей задерживает и нарушает естественный ход развития речи. В этих случаях кормление, одевание ребенка и тем более игра должны сопровождаться речевыми комментариями взрослого, в которых повторяются одни и те же звуки, звукоподражания, слова, выражения.

Симптомы отклонений от языковой нормы в развитии фоновой системы являются прямым показанием для начала направленной логопедической работы.

На дальнейших этапах развития речи и психики большое значение имеет сенсорное воспитание и развитие игровой деятельности, осуществляемое параллельно с изучением окружающей среды. Правильное восприятие предметов, накопление представлений и знаний о них происходят благодаря теснейшему взаимодействию речевого и сенсорного развития.

Важнейшее средство психического развития – детская игра, которая у детей с органическим поражением мозга остается основным видом деятельности значительно более продолжительное время, чем у детей без отклонений в развитии.

Вторичная профилактика. Степенью и характером речевой недостаточности и психических отклонений определяются возможности ребенка обучаться в школе. Недоразвитие звуковой стороны речи, недостаточная сформированность фонематических процессов и звукопроизношения препятствуют своевременному формированию предпосылок к спонтанному овладению практическими навыками анализа и синтеза звукового состава слова.

У детей с дизартрией даже при полной компенсации речевых нарушений в дошкольном возрасте, как правило, отмечается дислексия и дисграфия.

В старшей и подготовительной группах детского сада на первом году обучения чтению дети овладевают анализом звуковой стороны речи: делить фразы на слова, слова на слоги, выделять звук на фоне произносимого слова и определять его место. На втором году обучения дети знакомятся с буквами. На первом этапе – это гласные **а, у, о, и, е, ы**. На втором этапе дети овладевают согласными в следующей последовательности: **л, в, к, п, н, р, м, с, т, д**. Такая последовательность овладения буквами позволяет быстро включать чтение детьми коротких осмысленных фраз, что создает важную для ребенка мотивацию к чтению.

В тех случаях, когда подобная профилактическая работа у детей с дизартрией не проведена и дети не владеют практическими навыками анализа и синтеза звукового состава слова, это состояние можно рассматривать как первую причину, создающую значительные трудности на пути овладения детьми грамотой.

Логопедическая работа по коррекции дислексии и дисграфии должна проводиться систематически и комплексно, с включением психотерапевтических методов воздействия.

Третичная профилактика. Третичная профилактика связана с профессиональной ориентацией подростков и их дальнейшим обучением. Дети с дизартрией, оканчивающие общеобразовательную школу, практически не имеют сколько-нибудь серьезных ограничений. Очень важно воспитание у подрастающего поколения мотивации к участию в труде и отсутствию рентных установок.

Взаимосвязь между интересами подростка, его способностями и выбором профессии как в теоретическом, так и в практическом плане остаются недостаточно разработанными.

Лабораторное занятие

Опрос студентов по теме лекции, повторение основных положений и фиксация их в тетради.

Принципы первичной профилактики дизартрии у детей.

Значение здоровья матери для нормального развития плода:

- синхрония развития моторных и предречевых функций с нуля до трех лет жизни;
- использование в профилактических целях этапов эхолалии и эхопраксии;
- использование врожденных рефлексов для предупреждения нарушений движения;
- необходимость речевого и зрительного контакта с взрослым человеком для развития речи;
- особенности воспитания ребенка с фактором риска дизартрии.

Принципы вторичной профилактики дизартрии у детей:

- предупреждение недоразвития звуковой стороны речи связано с формированием фонематических процессов и овладением навыками анализа и синтеза звукового состава слова;
- при подготовке к школе необходимо владение элементарными навыками чтения и письма.

Принципы третичной профилактики связаны с профессиональной ориентацией подростков и их дальнейшим обучением.

Контрольные вопросы

1. Какие факторы вызывают кислородное голодание у плода?
2. Какие факторы влияют на протекание процесса родов?

3. Какие симптомы у новорожденного могут свидетельствовать о возможности появления дизартрии в будущем?

4. Какие меры первичной профилактики следует применять у ребенка до двух лет, имеющего факторы риска дизартрии?

5. Какие структуры мозга обеспечивают синхронность развития моторных и предречевых функций?

6. Какие условия воспитания способствуют развитию речи у ребенка с дизартрией?

7. Что включает подготовка к школе детей с дизартрией?

Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

Основная литература

1. Архипова Е. Ф. Стертая дизартрия у детей. – М., 2006.
2. Белякова Л. И., Волоскова Н. Н. Логопедия. Дизартрия. – М.: Владос, 2009.
3. Белякова Л. И., Гончарова Н. Н., Шишкова Т. Г. Методика развития речевого дыхания у дошкольников с нарушениями речи. – М.: Книголюб, 2005.
4. Белякова Л. И., Филатова Ю. О. Диагностика речевых нарушений // Дефектология. – 2007. – № 3.
5. Винарская Е. Н. Дизартрия. – М., 2005.
6. Дьякова Е. А. Логопедический массаж. – М., 2005.
7. Логопедия / Под ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской. – М., 2009.
8. Лопатина Л. В. Логопедическая диагностика и коррекция нарушений речи у детей. – СПб., 2006.
9. Мамайчук И. И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – СПб., 2006.
10. Чиркина Г. В. Методы обследования речи детей: Пособие по диагностике речевых нарушений. – М., 2005.
11. Хватцев М. Е. Логопедия / Под ред. С. Н. Шаховской, Р. И. Лалаевой. – М.: Владос, 2009.

Дополнительная литература

1. Бадалян Л. О. Невропатология. – М.: Медицина, 2002.
2. Бортфельд С. А., Рогачева Е. И. Лечебная физкультура и массаж при ДЦП. – М., 1986.
3. Василенко Н. А. Психопатологическая характеристика учащихся с церебральными параличами // Дефектология. – 1980. – № 1. – С. 12–16.

4. Винарская Е. Н., Пулатов А. М. Дизартрия и ее топико-диагностическое значение в клинике очаговых поражений мозга. – Ташкент, 1973.

5. Винарская Е. Н., Шур С. Н. Нарушение звуковой стороны речи при бульбарной дизартрии взрослых // Очерки по патологии речи и голоса. – М., 1967. – С. 188–186.

6. Гуровец Г. В., Маевская С. Н. К вопросу диагностики стертых форм псевдобульбарной дизартрии // Вопросы логопедии. – М., 1978.

7. Данилова Л. А. Методы коррекции речевого и психического развития у детей с церебральным параличом. – Л., 1977.

8. Журба Л. Т., Мастюкова Е. М. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни. – М., 1981.

9. Ишполитова М. В., Бабенкова Р. Д., Мастюкова Е. М. Воспитание детей с церебральным параличом в семье. Книга для родителей. – М., 1993.

10. Кещан Е. В. К вопросу о некоторых сторонах развития экспрессивной и импрессивной речи у детей второго года жизни, страдающих церебральными параличами // Вопросы логопедии. – М., 1978. – С. 51–54.

11. Корнев А. Н. Логопатология. – СПб., 2006.

12. Кудряшов В. В. Формирование движений с предметами у учащихся глухих, умственно отсталых, с церебральными параличами на уроках физической культуры: Автореф. дис. ... канд. пед. наук. – М., 1978.

13. Левченко И. Ю., Приходько О. Г. Технология обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. – М., 2001.

14. Лопатина Л. В. Приемы обследования дошкольников со стертой формой дизартрии и дифференциация их обучения // Дефектология. – 1986. – № 2.

15. Лопатина Л. В. Логопедическая работа по преодолению нарушений звукопроизношения у дошкольников со стертой формой дизартрии. Дис. ... канд. пед. наук. – Л., 1989.

16. Лопатина Л. В., Серебрякова Н. В. Логопедическая работа в группах дошкольников со стертой формой дизартрии: Учебное пособие. – СПб., 1994.

17. Лопатина Л. В. Приемы обследования дошкольников со стертой формой дизартрии и дифференциации их обучения // Дефектология. – 1996. – № 2. – С. 64–66.

18. Малофеев Н. Н. Характеристика лексического запаса у учащихся с церебральным параличом. – М., 1991.

19. Мамайчук И. И., Бахматова Е. Н. Комплексное психологическое исследование больных со спастической формой детского церебрального паралича // Дефектология. – 1984. – № 6.

20. Мастюкова Е. М. О развитии познавательной деятельности у детей с церебральными параличами // Дефектология. – 1973. – № 6.

21. Мастюкова Е. М. Медицинское обоснование логопедической работы в доречевом периоде для детей с церебральными параличами // Расстройства речи и методы их устранения. – М., 1975. – С. 75–83.

22. Мастюкова Е. М., Бабенкова Р. Д. Роль комплексной оценки дефекта учащихся с гиперкинезами для разработки плана педагогического воздействия // Дефектология. – 1981. – № 3. – С. 75–83.

23. Мастюкова Е. М. Клиническая характеристика задержки психического развития учащихся с церебральным параличом // Дефектология. – 1988. – № 4.

24. Мастюкова Е. М., Ипполитова М. В. Нарушения речи у детей с церебральным параличом. – М., 1985.

25. Мастюкова Е. М. Ребенок с отклонениями в развитии. – М., 1992.

26. Организация и содержание воспитательной работы в школе-интернате для детей с последствиями полиомиелита и церебральным параличом / Под ред. Т. А. Власовой, М. В. Ипполитовой. – М., 1981.

27. Особенности психофизического развития учащихся специальных школ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / Под ред. Т. А. Власовой. – М., 1985. – С. 3–100.

28. Особенности умственного и речевого развития учащихся с церебральным параличом / Под ред. М. В. Ипполитовой. – М., 1989.

29. Панченко И. И. Особенности фонетико-фонематического анализа расстройств звукопроизношения и некоторые принципы лечебно-коррекционных мероприятий при дислалических и дизартрических нарушениях речи // Расстройства речи и голоса в детском возрасте. – М., 1973.

30. Панченко И. И. Дизартрические и анартрические расстройства речи у детей с церебральными параличами и особенности логопедической работе с ними. Автореф. дис. ... канд. пед. наук. – Л., 1974.

31. Панченко И. И., Щербакова Л. А. Медико-педагогическая характеристика детей с дизартрическими расстройства-

ми и анартрией, страдающих церебральными параличами, и особенности логопедической работы // Нарушение речи и голоса у детей и взрослых. – М., 1975. – С. 17–42.

32. Рогачева Е. И., Лаврова М. С. Лечебная физкультура и массаж при детских церебральных параличах. – Л., 1977.

33. Румянцева Е. Ю. О формировании чувства ритма в процессе логоритмического воздействия при устранении дизартрии у детей с церебральным параличом // Методы изучения и преодоления речевых расстройств. – СПб., 1994. – С. 52–60.

34. Семенова К. А. К патогенезу вторичной задержки развития интеллекта при детских церебральных параличах // Обучение и воспитание детей с недостатками в физическом и умственном развитии. – М., 1970.

35. Семенова К. А. Детские церебральные параличи. – М., 1972.

36. Семенова К. А., Мастюкова Е. М., Смуглин М. В. Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей. – М., 1972.

37. Семенова К. А. Лечение двигательных расстройств при детских церебральных параличах. – М., 1976.

38. Семенова К. А., Махмудова Н. М. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом: Руководство для врачей / Под ред. Н. М. Маджидова. – Ташкент, 1979. – 488 с.

39. Семенова К. А., Штеренгерц А. Е., Польская Е. В. Патогенетическая восстановительная терапия больных детским церебральным параличом. – Киев, 1986.

40. Сереброва Н. И. Из опыта работы с детьми, страдающими псевдобульбарной дизартрией // Специальная школа. – 1966. – Вып. 3. – С. 13–19.

41. Серебрякова Н. В. Логопедическая работа по формированию лексики у дошкольников со стертой формой дизартрии // Методы изучения и преодоления речевых расстройств. – СПб.: Образование, 1994. – С. 61–70.

42. Симонова Н. В. Психолого-педагогическая оценка детей с церебральными параличами в раннем возрасте: Автореф. дис. ... канд. пед. наук. – М., 1974. – 28 с.

43. Симонова Н. В. Состояние пространственно-временных отношений у детей с церебральным параличом // Дефектология. – 1980. – № 6.

44. Симонова Н. В. Формирование пространственно-временных представлений у детей с церебральными параличами // Дефектология. – 1981. – № 4. – С. 82–88.

45. Спирова Л. Ф. Особенности нарушения речи при псевдобульбарной дизартрии // Школа для детей с тяжелыми нарушениями речи. – М., 1961.

46. Титова Т. А. Особенности воспроизведения звукослоговой структуры слов детьми с церебральными параличами // Методы изучения и преодоления речевых расстройств. – СПб., 1984. – С. 35–52.

47. Токарева О. А. Дизартрия // Расстройства речи у детей и подростков. – М., 1969. – С. 144–156.

48. Футер Д. Ц. Заболевания нервной системы. – М., 1958.

49. Халилова Л. Б. Состояние первоначальных морфологических обобщений у учащихся начальных классов, страдающих церебральными параличами // Дефектология. – 1979. – № 1.

50. Халилова Л. Б. Основные направления лексической работы в специальной школе для детей с церебральным параличом // Дефектология. – 1986. – № 5.

51. Чиркина Г. В. Воспитание правильной речи у детей с дизартрией // Дошкольное воспитание. – 1980. – № 8. – С. 50–52.

52. Шипицына Л. М., Мамайчук И. И. Детский церебральный паралич. – СПб., 2001.

53. Эйдинова М. Б., Правдина-Винарская Е. Н. Детские церебральные параличи и пути их преодоления. – М., 1959.

54. Эйдинова М. Б. Обоснование лечебно-компенсаторного комплекса при детских церебральных параличах // Проблема компенсаторных приспособлений: Доклад на конф. филиала лаборат. АН СССР. – М., 1960.

Мультимедийные средства: презентации практического материала, систематизированного студентами.

Интернет-ресурсы:

<http://logopediya.com/>

<http://www.logoped.ru/index.htm/>

Приложение 1

ОБСЛЕДОВАНИЕ РЕБЕНКА С ДИЗАРТРИЕЙ

Логопедическое обследование ребенка с дизартрией проводится в соответствии с принципами анализа речевой патологии в традиционной последовательности и традиционном содержании. В ходе логопедического изучения каждого ребенка составляется карта обследования речи, включающая следующие разделы:

1. Общие сведения.
2. Состояние общей моторики.
3. Исследование произвольной моторики пальцев рук.
4. Артикуляционный аппарат:
 - а) состояние моторики артикуляционного аппарата;
 - б) исследование динамической организации движений артикуляционного аппарата;
 - в) состояние мимической мускулатуры.
5. Фонетическая сторона речи:
 - а) звукопроизношение;
 - б) состояние просодики.
6. Слоговая структура.
7. Фонематический слух.
8. Звуковой анализ слова.
9. Понимание речи.
10. Активный словарь.
11. Грамматический строй речи.
12. Техника чтения (для школьников).
13. Техника письма (для школьников).

СХЕМА СБОРА АНКЕТНЫХ И АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ

- Дата обследования
- Анкетные данные
1. Фамилия, имя ребенка
 2. Дата рождения.....
 3. Домашний адрес, телефон.....
 4. Ходит ли в детский сад (если да, то какого типа, если ли трудности в коммуникации
 5. Ф.И.О. родителей, место работы, должность; имели ли дело с вредными химическими препаратами, радиоактивностью и другими вредными факторами.
 6. Сведения о семье (сколько человек в семье, какого возраста, наличие двуязычия, квартирные условия, обстановка в семье, отношение к ребенку).
 7. Оказывалась ли раньше логопедическая помощь (где? когда? как долго? результаты).
- Данные анамнеза:
1. От какой по счету беременности.
 2. Чем закончились предыдущие беременности.
 3. Как протекала данная беременность (токсикоз в 1-й, 2-й половине; травмы в 1-й, 2-й половине – какие; другие заболевания, воздействие вредных факторов).
 4. Как протекали роды (недоношенность, неблагоприятные роды, асфиксия, родовые травмы).
 5. Когда закричал (сразу, после стимуляции).
 6. Вес при рождении.
 7. Приложен к груди (сразу, на ____ сутки), на грудном (искусственном) вскармливании до ____ .
 8. Когда появились первые зубы.
 9. Когда стал держать голову.
 10. Когда начал сидеть, стоять, ходить.
 11. Когда появились гуление, лепет, первые слова, фраза.
 12. Были ли хирургические вмешательства (в каком возрасте, сколько раз, по какому поводу, результаты).
 13. Период до 1-го года: детская нервность, семейные условия, сон, аппетит, инфекционные заболевания, соматические заболевания, мозговые заболевания, мозговые травмы, моторное развитие: отставание, норма, опережение.
 14. Период от 1-го года до 3 лет: детская нервность, семейные условия, инфекционные заболевания, соматические забо-

левания, мозговые заболевания, мозговые травмы, моторное развитие: отставание, норма, опережение, адаптация в детских яслях, саду.

15. Не прерывалось ли речевое развитие (если да, то по какой причине, как долго длилось? с какими последствиями?).

16. Как накапливался словарный запас: быстро, медленно.

17. Когда родители обратили внимание на речевой дефект? Отношение ребенка к своему дефекту.

18. Наследственность (ведущая рука у родителей, наличие алкоголизма, нервно-психические заболевания, ускоренный темп речи, задержка речевого развития, заикание у родителей и других родственников по линии отца и матери, наличие нарушений в строении артикуляционного аппарата: расщелины губы, нёба и т.д.)

19. Ведущая рука у ребенка при выполнении привычных действий.

20. Акты жевания, кусания и глотания (в процессе еды и питья).

21. Наличие/отсутствие вегетативных расстройств.

22. Повышенное слюноотделение (гиперсаливация).

23. Усиление (снижение или отсутствие) глоточного и нёбного рефлексов.

24. Заключение специалистов: психоневролога, отоларинголога, окулиста, стоматолога, ортодонта и других по необходимости.

ОБСЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ОБЩЕЙ МОТОРИКИ

1. Движения и серии движений для рук:

– бросить мяч логопеду и поймать его в обратном броске;
– выполнить кругообразные движения рукой (левой и правой поочередно) с лентой над головой;

– руки вперед, вверх, в стороны, на пояс (руки на пояс, к плечам, вперед, вниз; правая рука на поясе, левая – к плечу, левая рука вверх, правая к плечу; руки на пояс, руки в замок на животе, к плечам, вниз; руки вперед, в замок на затылке, в стороны, на пояс и т.д. и т.п.);

– выполнить ту же серию движений (по образцу), за исключением одного, заранее обусловленного запретного движения;

– держа руки над головой, переложить из одной кисти в другую три ленты по очереди;

– поднять руку с каким-либо предметом вверх, затем поднять вверх другую руку, переложить предмет из руки в руку.

2. Другие движения:

- прыгать на двух ногах и на каждой;
- впрыгнуть двумя ногами в лежащий на полу обруч и выпрыгнуть из него;
- катить обруч, передвигаясь рядом с ним.

3. Произвольное управление движениями (произвольное торможение движения, переключение с одного движения на другое):

- остановиться по сигналу во время ходьбы, пробежки, прыжков;
- изменить вид движения в зависимости от сигналов (ходьба на носочках под тихие удары в бубен, переход на ходьбу на полной ступне с увеличением громкости ударов, при прекращении звучания бубна – остановка движения).

4. Статическая координация:

- стоять с открытыми, потом с закрытыми глазами, стопы ног поставить на одной линии так, чтобы носок одной ноги упирался в пятку другой, руки вытянуты вперед;
- стоять с открытыми, потом с закрытыми глазами на одной, затем на другой ноге, руки вытянуты вперед.

5. Динамическая координация:

- маршировать;
- маршировать, чередуя шаг и хлопок ладонями;
- выполнять подряд 3–5 приседаний на носочках стопы;
- проскакать на обеих ногах, на одной (от стола к окну);
- катить обруч, передвигаясь рядом с ним;
- пройти по одной линии, приставляя носок к пятке.

Все задания выполняются по несколько раз, например, ходьба–хлопок, пройти через всю комнату в обе стороны, маршировать (то же самое) и т.д. Во время обследования в начале года нет возможности посмотреть детей в полном объеме, поэтому некоторые упражнения по общей моторике смотрят на музыкальных и физкультурных занятиях, когда они занимаются в группе.

6. Пространственная организация движений (по инструкции или по образцу):

- ходить по кругу, а в обратном направлении – через круг;
- ходить от центра круга направо, потом налево по кругу;
- пройти кабинет из правого угла через центр по диагонали;

– повернуться на месте вокруг себя через правое плечо, через левое;

– последовательное выполнение пробы: кулак – ребро ладони – ладонь правой, левой, двумя руками, на плоскости и без.

7. Темп выполнения движений:

– удерживать заданный темп в движениях рук после демонстрации логопеда;

– изменять темп выполнения серии движений от медленного к быстрому, и наоборот (по сигналу логопеда): движения рук вперед, вверх, в стороны, на пояс, опустить;

– выполнение графических движений: чертить на бумаге палочки в строчку в течение 15 секунд в произвольном темпе; в течение следующих 15 секунд чертить как можно быстрее; в течение следующих 15 секунд чертить в первоначальном темпе.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОИЗВОЛЬНОЙ МОТОРИКИ ПАЛЬЦЕВ РУК

(Задания выполняются отдельно каждой рукой и обеими, уточняется ведущая рука)

1. Статическая координация движения:

– распрямить ладонь со сближенными пальцами на правой руке и удерживать в этом положении под счет до 10–15;

– распрямить ладонь, развести пальцы в стороны и удерживать в этом положении под счет 10–15;

– выставить первый и пятый пальцы и удерживать эту позу под счет до 10–15;

– выставить второй и третий пальцы и удерживать под счет до 5–8;

– выставить второй и пятый пальцы и удерживать под счет до 5–8;

– сложить первый и второй пальцы в кольцо и удерживать под счет до 5–8;

– положить вторые пальцы на третьи на обеих руках и удерживать под счет до 5–8;

– положить третьи пальцы на вторые и удерживать под счет до 5–8.

2. Динамическая координация движений:

– пальцы сжать в кулак, разжать (5–8 раз);

– выполнить серию: кулак-ребро ладони-ладонь (5–8 раз);

- положить ладони на стол, разъединить пальцы, соединить вместе (5–8 раз);
- одновременно менять положение обеих рук: одна кисть сжата в кулак, другая разжата (5–8 раз);
- сложить пальцы в кольцо (все пальцы приблизить к большому), раскрыть ладонь (5–8 раз);
- по очереди выставить 2-й и 3-й пальцы, затем 2-й и 5-й (5–8 раз);
- по очереди соединять все пальцы рук с большим пальцем правой руки, левой руки, обеих рук одновременно;
- по очереди касаться каждым пальцем стола;
- по очереди перекачивать карандаш каждым пальцем, начиная со 2-го.

3. Совместное выполнение движений кистью/пальцами руки и органами артикуляции:

- движения кончика языка в левый/правый угол рта + движение кисти руки/указательного пальца влево/вправо;
- движение кончика языка вверх-вниз (за верхние – за нижние зубы, на верхнюю губу – на нижнюю губу) + движения кисти руки/указательного пальца вверх-вниз;
- круговые движения языка по губам + круговые движения кисти/указательного пальца;
- губы в улыбке + кисть руки расположена горизонтально, губы трубочкой + кисть руки расположена вертикально.

ОБСЛЕДОВАНИЕ МИМИЧЕСКОЙ МОТОРИКИ (Объем и качество движений)

1. Мышцы лба:

- нахмурить брови;
- поднять брови;
- наморщить лоб.

2. Мышцы глаз:

- легко сомкнуть веки;
- плотно сомкнуть веки;
- закрыть правый глаз, затем левый;
- подмигнуть.

3. Мышцы щек:

- надуть левую щеку;
- надуть правую щеку;
- надуть обе щеки одновременно;
- перекачивать воздух из одной щеки в другую.

4. Исследование возможности произвольного изображения мимикой лица определенных эмоциональных состояний:

- удивление;
- радость;
- испуг;
- грусть;
- недовольство.

5. Исследование символического праксиса лицевой мускулатуры:

- свист;
- поцелуй;
- улыбка;
- оскал;
- плевок;
- цоканье.

ОБСЛЕДОВАНИЕ МОТОРИКИ АРТИКУЛЯЦИОННОГО АППАРАТА

1. Исследование двигательной функции губ:

- сомкнуть губы;
- округлить губы, как при произнесении звука «о», удерживать под счет до 10;
- вытянуть губы в трубочку, как при произнесении звука «у», удерживать под счет до 10;
- вытянуть губы, сомкнуть их («хоботою»), удерживать под счет до 10;
- растянуть губы в улыбке (зубов не видно), удерживать под счет до 5;
- максимально растянуть губы в улыбке (зубы обнажены), удержать под счет до 10;
- поднять верхнюю губу, видны верхние зубы;
- опустить нижнюю губу, видны нижние зубы;
- многократно произносить губные звуки (**б-б-б; п-п-п**).

2. Исследование двигательной функции челюсти:

- широко раскрыть рот, как при произнесении звука **а**, и закрыть;
- сделать движение нижней челюстью вправо;
- сделать движение нижней челюстью влево;
- сделать движение нижней челюстью вперед.

3. Исследование двигательных функций языка:
 - положить широкий язык на нижнюю губу и удерживать под счет до 5;
 - положить широкий язык на верхнюю губу и удерживать под счет до 5;
 - переводить кончик языка из правого угла рта в левый, не касаясь губ;
 - высунуть язык (лопаточкой, иголочкой);
 - кончик языка по очереди приближать к верхним и нижним зубам с внутренней стороны при средне открытом рте;
 - поднять кончик языка к верхним зубам, подержать под счет до 5, опустить к нижним зубам;
 - оттопырить правую, затем левую щеку языком;
 - закрыть глаза, вытянуть руки вперед, кончик языка положить на нижнюю губу;
 - движение языком вперед-назад.
4. Исследование двигательной функции мягкого нёба:
 - широко открыть рот и четко произнести звук **а** (на твердой атаке);
 - провести шпателем или зондом по мягкому нёбу;
 - при высунутом между зубами языке надуть щеки и сильно подуть так, как будто задувается пламя свечи.

ОБСЛЕДОВАНИЕ РИТМИЧЕСКОГО ЧУВСТВА

1. Простучать карандашом по инструкции, по образцу, по графической схеме соответствующие ритмические рисунки без акцентуации и с акцентуацией (I II; II III; I II II; II III II; I II III I; III I III II).
2. Оттопать (одной ногой или поочередно двумя) определенный ритмический рисунок, например: правой ногой II удара, левой – I удар; правой ногой удары без акцентуации, левой – с акцентуаций.
3. Отхлопать в ладоши определенный ритмический рисунок без акцентуации и с акцентуацией (I II; II III; I II II; II III II; I II III I; III I III II).
4. Выполнение ритмически организованных движений, включающих попеременные удары руками и ногами, например: 2 удара ногой, 1 хлопок; 2 хлопка, 2 удара ногой.

РЕКОМЕНДАЦИИ К АНАЛИЗУ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ МОТОРНЫХ ФУНКЦИЙ

1. Доступность/недоступность выполнения заданий.
2. Замена данного движения другим.
3. Качество выполнения движений (объем – полный/неполный, точность, возможность фиксации той или иной позы, уверенность, целенаправленность, удержание первоначальной амплитуды, инертность, истощаемость, скованность, вялость, расторможенность, недифференцированность, симметрия).
4. Особенности переключаемости: доступность переключения с движения на движение, плавность, наличие персевераций, замирание в одной позе, скорость, последовательность;
 - особенности двигательной памяти, внимания, самоконтроля;
 - количество попыток при выполнении движений, с какой попытки удастся движение, возможности обучения;
 - темп нормальный, замедленный, ускоренный; возможности произвольного изменения темпа; качество выполнения движений при заданном ускоренном темпе;
 - ошибки в пространственной ориентации: незнание, неуверенное знание сторон тела;
 - праксис позы (возможность нахождения уклада), свободное удержание позы или напряженное, раскачивание из стороны в сторону, балансировка туловищем, руками, головой, сход с места или рывки в стороны, касание пола другой ногой, иногда падение, отказы от выполнения задания;
 - соответствие двигательной реакции сигналу;
 - наличие сопутствующих, насильственных движений;
 - наличие саливации (в обследовании артикуляционного аппарата);
5. В особый раздел можно выделить анализ сложных параметров движения, к которым относятся (по А. Р. Лурия):
 - праксис позы;
 - ритмическая организация движений;
 - темпоральные характеристики движений;
 - пространственная организация движений.

Рекомендации к анализу материалов обследования ритмического чувства: ошибки при воспроизведении ритмического рисунка (повторяет в ускоренном или замедленном

по сравнению с образцом темпе; нарушает количество элементов в данном ритмическом рисунке; не соблюдает паузы внутри ритмического рисунка и т.д.).

ОБСЛЕДОВАНИЕ ГРАФОМОТОРНЫХ НАВЫКОВ

1. Возможности обводки:

- обводка геометрических фигур (квадраты, круги);
- обводка линий (волнистые, ломаные);
- обводка сложной фигуры, состоящей из множества элементов (линий, изогнутых под разными углами в различном направлении).

Варианты выполнения заданий:

- по пунктирам, по точкам, по готовому контуру;
- в произвольном (умеренном) темпе, в ускоренном темпе;
- в заданном ритме.

2. Возможности штриховки:

- штриховка геометрических фигур (заштриховать контуры простых фигур – круг, квадрат, треугольник);
- штриховка сложных фигур (заштриховать фигуры со сложным контуром – гриб, звезда, машина).

Варианты выполнения заданий:

- в вертикальной, горизонтальной, диагональной позициях;
- пунктирная, сплошная;
- в произвольном (умеренном) темпе, в ускоренном темпе;
- в заданном ритме.

3. Возможности копирования:

- копирование узора (предлагается рисовать узор, составленный из двух сменяющихся звеньев);
- копирование сложной фигуры (предлагается скопировать трехмерное изображение домика);
- копирование букв и цифр (предлагается скопировать буквы и цифры: **б, в, г, е, з, и, к, р, с, ч, ь, э, я**; 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9).

4. Самостоятельное рисование:

- * домика;
- * дерева;
- * снеговика;
- * человека.

Рекомендации к анализу материалов обследования графомоторных навыков

1. Метрические характеристики – размер и пропорции изображения.
 2. Топологические (локальные) характеристики – наличие всех частей рисунка, положение деталей рисунка относительно друг друга, расположение деталей в пространстве.
 3. Координаторные характеристики – соблюдение строки, плавность, четкость и точность выполнения линий.
 4. Возможность переключения – выполнение узора без повторения элементов графической программы.
 5. Устойчивость программы – возможность устойчивого следования программе.
 6. Контроль – возможность контроля собственных действий испытуемого.
 7. Стратегия деятельности – последовательность выполнения рисунка.
 8. Скорость выполнения – техническая характеристика, учитывается скорость, с которой ребенок выполняет задание: укладывается в предложенное время или ему требуется больше времени для полного завершения задания.
 9. Сила нажима – техническая характеристика, оценивается, как ребенок нажимает на карандаш при выполнении задания, и учитывается выраженность линий.
 10. Ритмическая составляющая графомоторных действий.
- Примечание.** Для обследования необходимы письменные принадлежности: шариковая ручка, простой карандаш, цветные карандаши или фломастеры, чистые листы А4, тетрадные листы в клеточку (мелкую и крупную), узкая линейка.

ОБСЛЕДОВАНИЕ РИТМОИНТОНАЦИОННОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ

I. Обследование голосообразующей функции как базы для реализации интонационных компонентов речевого поступка:

1. Произнесение цепочек слогов типа *ма-мо-му...* на одном выдохе.
2. Проверка умения изменять силу голоса:
 - а) произнесение гласных звуков и их сочетаний с разной степенью громкости: средняя, громко, тихо;

б) произнесение гласных звуков и их сочетаний с изменением силы голоса: усиление голоса от беззвучной артикуляции к шепоту, а затем к среднему и громкому звучанию; ослабление голоса от громкого к тихому, а затем от шепота к беззвучному артикулированию;

в) проговаривание автоматизированных словесных рядов – порядковый счет, алфавит, дни недели, месяцы года – с постепенным усилением и последующим ослаблением голоса и наоборот;

г) чтение стихотворений с постепенной сменой силы голоса;

д) произнесение текстов с утрированным изменением силы голоса. Например:

Шел по лесу бурый мишка
И рычал: «Мои все шишки!».
Тихо мышка отвечала:
«Обойди весь лес сначала!»,
Ударь тихонечко:
Стук-стук-стук.
И тогда услышишь нежный звук.
Ударь сильнее:
Стук-стук-стук.
И тогда услышишь громкий звук.

Громко, громко, громко, громко
У печи стучит заслонка.
А за печкой шепчут мыши:
«Тише, тише, тише, тише!».

3. Проверка умения изменять высоту голоса:

а) произнесение гласных и их сочетаний с повышением и понижением силы голоса, игры с имитацией звучания предметов, звукоподражания;

б) произнесение автоматизированных рядов с изменением высоты голоса от высокого к низкому и наоборот;

в) произнесение текстов с утрированным изменением высоты голоса. Например, фрагмент из сказки «Теремок»:

Логопед: – Стоит в поле теремок. Бежит мимо мышка-норушка и говорит:

Ребенок: – Что за терем-теремок?

– Кто-кто в теремочке живет?

Высокий голос: – Кто-кто в невысоком живет?

Логопед: – Бежит мимо лисичка-сестричка и спрашивает:

Ребенок: – Что за терем-теремок?

– Кто-кто в теремочке живет?

Средний голос: – Кто-кто в невысоком живет?

Логопед: – Идет мимо медведь и говорит:

Ребенок: – Что за терем-теремок?

– Кто-кто в теремочке живет?

Низкий голос: – Кто-кто в невысоком живет?

4. Проверка умения управлять темпом звучания:

а) произнесение гласных и слоговых рядов, автоматизированных словесных рядов, скороговорок в заданном темпе, со сменой темпа;

б) соединение произнесения указанных структур с движениями рук или ног, выполняемыми в определенном темпе), например:

Еле-еле, еле-еле
Завертелись карусели.
А потом, потом, потом
Всё бегом, бегом, бегом!
Всё быстрее, быстрее бегом,
Карусель кругом, кругом!
Тише, тише, не спешите!
Карусель остановите.

Блещут молнии всё ярче.
Тучи гуще, гуще, гуще.
Капли чаще, чаще, чаще.
Дождик пуще, пуще, пуще.

5. Проверка умения воспроизводить ритм звучания:

а) произнесение цепочек слогов в заданном ритме (отражённо и по схеме);

б) произнесение слоговых рядов со сменой ритма (изменение количества слогов, смена ударения).

Материал для исследования умения одновременно использовать все необходимые компоненты интонации:

У меня зазвонил телефон.
Кто говорит?
Слон.

Что вам надо?
Шоколада.
Для кого?
Для сына моего.
А много ли прислать?
Да пудов этак пять
Или шесть:
Больше ему не съесть,
Он у меня еще маленький!

II. Обследование восприятия и воспроизведения интонационных структур:

1. Обследование умения узнавать ритмоинтонационный рисунок слов и фраз (восприятие):

а) соотнесение предложенного ритма с конкретным словом (подбор одного слова из ряда данных, отличающихся друг от друга количеством слогов, местом ударения);

б) узнавание интонационного рисунка конкретной фразы (сообщение, вопрос, приказ);

в) определение места логического ударения в данной фразе;

г) узнавание фраз, содержащих вопрос, сообщение, просьбу, приказ по татакированию (без опоры на содержание);

д) соотнесение предложенного в виде татакирования стихотворного текста с конкретным текстом (выбор одного из двух контрастных по интонационному рисунку текстов).

Татакирование. Любой тип интонационных конструкций (ИК) можно искусственно отвлечь от лексико-семантического состава высказывания и произнести на каком-либо сочетании звуков: та-та-**та**-та, та-та-**та**-та. Слушающие обычно ассоциируют эти конструкции с одним из высказываний, для которого характерно употребление данного типа ИК: та-та-**та**-та: Он **всегда** так; та-та-**та**-та – Он **всегда** так? Синтаксическое строение и лексический состав подставляемых под определенный тип ИК высказываний разнообразны и варьируются у разных говорящих. Эти подстановки – одно из доказательств того, что интонационные конструкции проявляются как средства выражения смысловых отношений лишь во взаимодействии с синтаксическим строением и лексическим составом высказывания).

2. Обследование умения составлять графическую схему текста:

а) составление графической схемы (после объяснения) стихотворного текста и выразительное чтение с опорой на нее;

б) составление графической схемы (после объяснения) прозаического текста и использование ее при выразительном чтении;

3. Обследование возможностей передачи ритмоинтонационных рисунков слов и фраз:

а) подобрать к данной схеме подходящее слово из ряда данных и произнести его;

б) произнести предложенную фразу с интонацией сообщения, вопроса, просьбы, удивления, недовольства и др.

в) ответить на данную фразу-вопрос согласием, несогласием, встречным вопросом, переспросом и др.;

г) в заданной ситуации задать вопрос; выразить требование, удивление, недовольство, побуждение;

д) передать во фразе интонацию перечисления (составить по картинке, прочитать);

е) проговорить предложенную фразу несколько раз со смелой логического ударения;

ж) преобразовать фразу-сообщение во фразу-вопрос, побуждение, и наоборот;

з) изобразить голосом особенности произнесения одной и той же фразы (фраз) героями какой-либо сказки.

ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРОФИЛЯ МЕЖПОЛУШАРНОЙ АСИММЕТРИИ

(определение асимметрии в использовании рук)

1. Есть ли левши среди родственников?
2. Какой рукой удобнее пользоваться?
3. Переплести пальцы рук – руки сжать в «замок» (сверху лежит большой палец ведущей руки).
4. Скрестить руки на груди (кисть ведущей руки обычно лежит сверху на плече противоположной руки).
5. Взять мяч со стола и бросить его.
6. Завести будильник.
7. Отрезать ножницами полоску бумаги.
8. Вдеть нитку в иголку.
9. Подмести веником пол.
10. Показать, как чистить зубы.
11. Как забивать гвозди?
12. Нарисовать или написать что-нибудь.
13. Сосчитать скрепки или пуговицы.

14. Нарисовать на скорость 10 кружков правой, потом левой рукой (меньшее время – у ведущей руки).

15. Нарисовать на скорость в квадрате 10 вертикальных линий правой, потом левой рукой.

16. Завинтить на скорость болты сначала правой, потом левой рукой.

17. Сжать динамометр несколько раз правой и левой рукой.

Примечание. В случае преобладания в пробах той или иной руки можно говорить о ее ведущей позиции.

Приложение 2

Выписка из истории болезни и результаты психолого-педагогического обследования ребенка с ДЦП (мальчик, 7 лет)

Анамнестические данные

Ребенок от первой беременности, которая протекала нормально. Роды затяжные, раннее отхождение вод, стимуляция родовой деятельности, применение щипцов. Закричал через одну-две минуты после оживления. К груди приложен на пятый день, так как был ослаблен. Выписан на 16-е сутки.

Раннее развитие: голову держит с 1 г. 3 мес., сидит с 1 г. 7 мес., стоит с поддержкой с 1 г. 7 мес., ходить начал в 3 г. 6 мес.

Раннее речевое развитие: гуление с 1-го года, лепетные слова с 1 г. 6 мес., фраза – в 3 года.

Анамнез заболевания: выписан из роддома с диагнозом «родовая травма», с 3-х до 5-ти мес. отмечались судорожные приступы. После 3-месячного возраста заметили ограничения активных движений в правых конечностях.

Ребенок лечился амбулаторно, под наблюдением невропатолога находился с 1 г. 10 мес.

Неврологический диагноз: детский церебральный паралич, спастический правосторонний гемипарез; задержка психического развития.

Речевое заключение: спастико-паретическая дизартрия, общее недоразвитие речи (2-й уровень).

Результаты психолого-педагогического обследования ребенка в возрасте 7 лет

1. Общие психические реакции.

Ребенок контактен, на заданные вопросы отвечает, однако активность в общении не проявляет, редко обращается с вопросами. Игровые и познавательные интересы снижены.

2. Сенсорные функции.

Зрительное восприятие. Фиксация взора на объекте возможна, удается отслеживание предмета, узнавание знакомых предметов и их изображений в пределах нормы. Для детального обследования зрительного внимания предлагались задания на узнавание изображений предметов по частям, недорисованных и врисованных друг в друга предметов. С первым заданием ребенок справился, второе и третье вызвали выраженные затруднения, что свидетельствует о нарушении зрительного восприятия.

Слуховое восприятие, в том числе фонематическое. Отмечается нарушение произвольного речевого внимания, а также внимание к звукам и голосу. Характерна недостаточная сформированность фонематического восприятия: страдает дифференциация ряда оппозиционных фонем по глухости-звонкости, по месту образования.

Кинестетическое восприятие. Локализация прикосновения возможна, ощущение позы и движения в лицевой и скелетной мускулатуре, в том числе пальцев рук, лишены точности, наблюдается поиск нужного уклада, позы или движения.

3. Моторные возможности.

Общая моторика. Отмечается нарушение осанки: правое плечо выше левого, укорочена правая плече-лопаточная линия, перекос таза, атрофия правой половины туловища. Голову удерживает, сидит и ходит самостоятельно. При ходьбе потаскивает левую ногу, не может прыгать на двух ногах и на правой, не стоит на правой ноге. Активные движения конечностей в полном объеме, с хорошей мышечной силой; контрактур и деформаций нет. Правые конечности: атрофия плеча и предплечья, бедра и голени; деформация и укорочение руки на 3–5 см, ноги на 1,5 см. Патологические тонические рефлексy не выражены.

Функция рук. В левой руке проявляются все три функции: опорная, хватательная и манипулятивная. При этом манипулятивная функция руки развита недостаточно, отсутствуют

движения слепки предметов, слабо выражена длительная моторная связь. В правой руке отмечаются только попытки опорных и хватательных движений, манипулятивная функция отсутствует, что объясняется наличием пареза.

Зрительно-моторная координация и тонкая моторика пальцев рук. Возможность пальцевого захвата выражена только в левой руке. Ведущая рука – левая (вынужденное левшество), так как правая парализована. Тонкая моторика ведущей руки страдает. У ребенка отмечаются трудности при застегивании пуговиц, нанизывании бус, зашнуровывании обуви.

Мимическая и артикуляционная моторика. Лицо амимично, сглажена правая носогубная складка, рот в покое полуоткрыт. Движения «поднять и нахмурить брови» удаются, но картина нечеткая. Возможна фиксация бровей в поднятом или нахмуренном положении. Надувание щек возможно. Недоразвитие нижней челюсти, прогнатия. Обследование движений губ показало, что попытки выполнения движений «хоботок», «кружочек» оказались неудачными. Движение «оскал» возможно, однако положение губ при этом асимметрично, движение не в полном объеме, резко истощаемо, позиция неустойчивая; при движении нижняя губа отклоняется влево. Продвижение языка вперед (за пределы нижней губы) выполняется с выраженной дистонией, с девиацией в левую сторону; затруднено удержание высунутого языка; движение языка вбок реализуется как попытка к отведению его в левую сторону, при этом отмечаются поиски нужной траектории движения, характерна быстрая истощаемость; движение языка вверх не удается, при попытке язык просовывается между сжатыми губами; выполнение более сложных движений, в особенности динамических (пощёлкать, переключиться с одного уклада на другой), недоступно.

4. Дыхание.

Физиологическое и речевое дыхание нарушено. Дыхательные движения неглубокие, аритмичные, несколько учащенные. Дыхание прерывистое, особенно во время речи. Преобладает ключичный тип дыхания. Диафрагма практически не включается в осуществление акта дыхания.

5. Фонация.

Голос недостаточной громкости и звонкости. Интонации в спонтанной речи бедные, речь маловыразительна, темп несколько замедленный, ритм постоянный. Голос маломодули-

рованный, лишенный полетности, основной тон голоса – высокий, длительность фонаторного периода 2–4 секунды.

6. Сокращение мягкого нёба.

Для оценки движений мышц мягкого нёба ребенку предлагалось покашлять и произносить звук «а» на твердой атаке. Движения мышц мягкого нёба достаточные.

7. Фонетико-фонематическая сторона речи.

Отмечается нарушение звукопроизношения в группе соноров, фрикативных и аффрикативных звуков по типу искажений и замен:

с, с' – плоскощелевое произношение (п/щ); **ц-т'**, **з-с** (п/щ), **ж-с** (п/щ), **ш-с** (п/щ), **ч-т'**, **щ-с'** (п/щ), **р-л** (или гласный), **р'-л'** (или слабый звук **р'**).

Наиболее частые фонетические замены в словах, содержащих фонемы-корреляты по глухости-звонкости, по месту образования.

8. Лексика.

Для обследования лексического запаса использовались предметные картинки, в также картинки, изображающие действия. Полученные данные распределялись по лексическим тематическим группам: названия предметов (с указанием рода), название действий, признаков предметов, качеств предметов и действий.

Предметная лексика исследовалась с помощью предметных картинок, распределенных по классификационным группам: животные, одежда, мебель, игрушки, продукты питания, фрукты, овощи, транспорт, части человеческого тела, цветы, посуда.

При обследовании отмечены лексико-семантические замены внутри классификационных групп:

- а) верблюд = олень, волк = лисица;
- б) перчатки = варежки, галстук = шарф;
- в) малина = вишня;
- г) лодка = корабль, паровоз = поезд;
- д) плечо = рука, локоть = рука – перенос названия целого на часть;
- е) скамья = диван, люстра = лампа, шкаф = вешалка, одежда, кресло = диван, дверь = окошко и т.д.

Иногда слово-обозначение ребенок заменяет на слово-назначение предмета:

- ванна = ...которой мыться;
- раковина = ...которой руки моют.

Внутри классификационной группы «одежда» выявились своеобразные замены: слова-названия предметов заменялись словом, обозначающим обобщающее понятие, например куртка = одежда, блуза = одежда, шуба = одежда, пиджак = одежда и т.п.

При обследовании глагольной лексики выяснилось, что в активном словаре ребенка есть только глаголы, обозначающие наиболее часто совершаемые ребенком действия.

Слабо представлены в словаре ребенка прилагательные, мальчик плохо знает названия основных цветов, часто путает их, активная наречная лексика отсутствует.

Необходимо еще отметить, что у ребенка имеются большие расхождения между активным и пассивным словарным запасом. Так, например, в активной лексике мальчика отсутствуют следующие слова, обозначающие предметы: олень, коза, воротник, чулки, шоколад, сардельки, лимон, трактор, тапочки и т.д. В пассивном словаре все эти слова представлены.

Обследуемый не знает слов, обозначающих понятия по классификационным группам, типа: одежда, обувь, посуда и т.п.

Данные обследования говорят о том, что словарный запас ребенка обиходный, ограниченный, ниже возрастной нормы.

9. Грамматический строй речи.

В собственной речи мальчик пользуется полной, но недостаточно распространенной фразой. Чаще всего ребенок использует предложения, состоящие из подлежащего и сказуемого, реже – грамматическая основа распространена дополнениями, совсем отсутствуют определения и обстоятельства. В речи преобладают простые конструкции, сложносочиненные предложения крайне редки, а сложноподчиненные не встречаются вовсе.

В конструкции фразы отмечается морфологический и синтаксический аграмматизм. Часто искажаются флексии («...дуплу» вместо «в душло»), заменяются префиксы («слетел» вместо «взлетел»; «вышло» вместо «взошло»), опускаются или заменяются предлоги («...который моются» вместо «в которой моются»; «...дупло» вместо «в душло»; «по дороге сошли» вместо «сошли с дороги»), опускаются знаменательные части речи (примеры таких замен будут представлены ниже, в данных обследования связной речи).

У ребенка страдает конструктивная деятельность: он не обладает способностью устанавливать грамматические отношения в предложении, не может строить словосочетания и предложения по заданию.

В речи ребенок пользуется грамматическими категориями и формами, при этом в более сложных формах проявляется агграмматизм. Так, ребенок владеет изменениями имен существительных по числам и падежам, но при склонении встречаются ошибки, касающиеся окончаний существительных в некоторых косвенных падежах единственного и множественного числа (род. п. мн. ч. – «нож**ов**», предл. п. ед. ч. – «о яблок**о**», предл. п. мн. ч. – «о собак», род. п. мн. ч. – «яблок**ов**», предл. п. мн. ч. – «о яблок**ов**» и т.п.).

Глаголы по лицам и числам ребенок изменяет, при изменении глаголов по временам имеют место единичные ошибки, касающиеся будущего времени. Видовые и залоговые отношения глагола усвоены.

Отмечается выраженное нарушение связной речи. Пример самостоятельного пересказа сказки К. Д. Ушинского «Петух и собака». (Ребенок пересказывает сказку после чтения ее логопедом и подробного совместного разбора в вопросно-ответной форме.)

Логопед: Жили-были...

Ребенок: ...дед и баба. У них петушок был и собачка. Они очень плохо кормили. Они велели, наверно, в лес. Тут очень плохо – пошли в лес. Они по дороге сошли. Вдруг увидели душло. А когда они поспали, солнышко вышло. И закричал: «ка-ка-ре-ку-ку». А потом лиса захотела съесть его. И они... она... перышки... И вот какой гребешок... Я... как это называется, ой какие лапки тут хорошие (жест). Там мой друг. Она заглядела и хватъ, и завала, и схватила. (В данном тексте не фиксировались ошибки фонетического характера.)

Анализ самостоятельного пересказа.

Отмечается нарушение цельности, связности, информативности, структурной организации и завершенности высказывания. Ребенок допускает ошибки синтаксического, лексического, морфологического характера. Страдает логика высказывания. Примеры:

1) *Они очень плохо кормили* – не ясен субъект действия, отсутствует объект действия.

2) *Они велели, наверно, в лес* – фраза лишена смысла. Надо: «Они решили уйти в лес».

3) *Тут очень плохо – пошли в лес* – прямая речь, но нет автора.

4) *Петушок слетел* – надо «взлетел», налицо неправильное употребление приставки. Кроме того, не указано место действия – «на сук».

5) *Они по дороге сошли* – неправильное употребление предлога. Надо: «с дороги».

6) *А потом сошла дупло* – фраза лишена смысла, пропущен субъект действия («собака») и предлог («в») – «в дупло», неправильное употребление приставки: «*со*шла» вместо «*во*шла».

7) *И они... она...* (ищет нужный глагол, не нашел). Надо: «Она стала хвалить петушка».

8) *Она заглядела и хватъ, и завала, и схватила*. Надо: «Лиса заглянула в дупло, а собака схватила и разорвала ее». Из предложения ребенка невозможно понять, кто и куда «заглянул» и кто кого «разорвал». Нарушена последовательность действий («схватила и разорвала») – у ребенка наоборот.

Из обследования и анализа видно, что связная речь является наиболее пострадавшим звеном в структуре речевого дефекта. Необходимо отметить, что особые трудности ребенок испытывает при описании сюжетных картин, страдает логика высказывания, ребенок не может выделить главного и второстепенного, нарушена последовательность описания. Мальчик не в состоянии разложить серию сюжетных картин в нужном порядке, не может рассказать и раскрыть смысл изображенного на этих картинах.

10. Импрессивная речь.

Обращенная речь понимается на уровне обиходного словаря, понимание простых логико-грамматических конструкций доступно, а сложных – затруднено.

11. Отраженная речь.

Повторение ребенком обращенной речи в пределах нормы.

12. Чтение и письмо.

Читать и писать ребенок не умеет.

13. Счет. Знание количества.

Автоматизированный счет до пяти. Мальчик затрудняется при показе того или иного количества по образцу (на пальцах, палочках, счётках и т.п.). Не всегда правильно определяет количество частей на предметах и на живых существах (сколько ножек у стола, стула, сколько глаз у человека, лапок у кошки, гуся, у кого больше, меньше). Ответы носят угадывающий характер. Элементарный счет на конкретном материале с ошибками, счетными операциями в пределах четырех не владеет.

14. Практис, стереогноз, пространственные и временные представления.

Исследования праксиса руки пальцевого стереогноза (данные обследования касаются только левой руки, так как правая

парализована) были направлены на выявление изменения силы, точности движений, особенностей мышечного тонуса, явлений атаксии, гиперкинезов, патологических синкинезий (пересчет пальцев, длительное сведение и разведение, сгибание и разгибание пальцев); на обследование динамической организации двигательного акта руки (кулак-пальцы, кисть-кулак и наоборот: кулак-ребро ладони-ладонь, «игра на рояле»).

При обследовании выявилось следующее: движения носят диффузный ха-рактер, ребенок старается прибегать к помощи другой руки, что указывает на нарушение кинестетической основы движения и на признаки афферентной апраксии.

При выполнении проб типа «кулак-ребро ладони-ладонь» смена движений неплавная, движения выполняются как изолированные, иногда имеет место застревание на одной из позиций.

Для обследования зрительно-пространственного гнозиса ребенку предлагались складывание разрезных картинок, тесты Равена, конструктивная деятельность, требующая соотношения фигур по цвету, форме и величине, доски Сегена. С заданиями ребенок самостоятельно не справился. При выполнении заданий пользуется методом проб и ошибок. Из данных обследования видно, что у ребенка значительно страдает оптико-пространственный гнозис.

Временные представления у ребенка не сформированы: не знает времен года, не может назвать дни недели, месяцы года, время суток и др.

15. Мыслительная деятельность.

О состоянии мыслительной деятельности ребенка говорят данные складывания доски Сегена, собирания разрезных картинок.

Дополнительно ребенку предлагались задания по выделению четвертого лишнего, по включению в ряд с учетом величины (в разборных матрешках); методика исключения «лишних» понятий типа: нос, глаза, уши, очки; методика «простые аналогии» и т.п. С заданиями обследуемый не справился.

Из результатов обследования можно сделать вывод, что у ребенка – задержка психического развития.

Речевое заключение.

Общее недоразвитие речи (2-й уровень), спастико-паретическая дизартрия.

Приложение 3

Выписка из истории болезни и результаты психолого-педагогического обследования ребенка с ДЦП (девочка, 8 лет)

Анамнестические данные

Ребенок родился от пятой беременности (роды вторые, от первой беременности – здоровый ребенок). Беременность протекала с токсикозом. Роды в срок, быстрые. Закричала после оживления через 10 минут. К груди приложили на вторые сутки, сосала плохо.

Раннее развитие: голову держит с 3 месяцев, сидит с 6 мес., не ползала, стоять стала с 1 г. 6 мес., ходит с двух лет.

Речевое развитие: данных о гулении и лепете нет, первые лепетные слова с 1 г. 8 мес.

Неврологический диагноз: детский церебральный паралич, спастическая диплегия; врожденная энцефалопатия, компенсированная гидроцефалия.

Речевое заключение: общее недоразвитие речи (1-й уровень), псевдобульбарная дизартрия.

Результаты психолого-педагогического обследования ребенка в возрасте 8 лет

1. Общие психические реакции.

Речевой контакт затруднен, психически расторможена. Познавательные интересы ниже возрастной нормы. Внимание неустойчивое, быстро истощается. Работоспособность значительно снижена.

2. Высшие психические функции.

Зрительное и слуховое внимание у ребенка нарушено. Наблюдаются расстройства кинестетического восприятия: неточные ощущения позы и движения в речевой мускулатуре, в пальцах рук, поиски нужной позы и нужного движения.

3. Моторные возможности.

Общая моторика. Голову держит нормально, наблюдается нарушение осанки. Девочка сидит и ходит самостоятельно, но не умеет быстро ходить, прыгать, стоять на одной ноге. Активные движения в верхних конечностях в полном объеме со сниженной мышечной силой. Отмечается слабость мелких мышц кисти, диспраксические явления в пальцах, переразгибание пальцев.

Функция рук. Для обеих рук характерны функции более низкого уровня – опорная и хватательная. Манипулятивная функция находится на уровне манипулирования с одним предметом или с одной деталью предмета. Манипулирование, обеспечивающее формирование сенсорного эталона, не развито: затруднено соотнесение предметов и их деталей. Это отрицательно влияет на формирование предметной деятельности, снижает возможности творческой игры, сдерживает реализацию познавательного интереса.

Зрительно-моторная координация и тонкая моторика пальцев рук. Возможность пальцевого захвата выражена в обеих руках. Ведущая рука – левая, однако доминантность руки выражена слабо. Нарушены координированные движения пальцев, страдают движения кисти в разных плоскостях. Все это оказывает патологическое влияние на формирование зрительно-моторных связей. Мелкая моторика рук затруднена.

4. Дыхание.

Дыхание частое, шумное, преимущественно ключичное.

5. Фонация.

Голос назализованный, зажатый, слабый, страдает звонкость, отсутствует полнота. Голос маломодулированный, основной тон голоса – низкий. Во время эмоционального возбуждения голос становится более громким. Отмечаются трудности изменения голоса по высоте и силе.

6. Мимика и артикуляция.

Лицо гипомимично. Носогубные складки сглажены, больше – слева. Рот в покое закрыт. Произвольные движения – поднять и нахмурить брови, закрыть глаза – отсутствуют. Надувание щек возможно.

Движения мышц мягкого нёба слабые, не в полном объеме, произнесение звука «а» на твердой атаке характеризуется провисанием нёбной занавески. Из-за этого – назализованный оттенок голоса.

Движения мышц губ и языка.

Губы: движения «хоботок» выполняет хорошо, но при этом наблюдаются синкинезии (закрываются глаза). Движение «оскал» отсутствует.

Язык (широкий, несколько беспокойный):

- движение языка вперед – язык высовывает за пределы нижней губы, но при этом усиливается беспокойство языка, саливация; поза удерживается довольно долго, но отмечается отклонение языка влево;

- боковые движения языка – неточные (кончик языка не доводится до углов рта), с каждым движением сокращается их амплитуда, движения недостаточные по объему. Отмечаются синкинезии – поворот головы в соответствующую сторону;

- движение языка вверх не удается, данные движения девочка заменяет синкинетическим запрокидыванием головы назад;

- недоступны альвеолярная и дорсальная позиции языка (вверх и вниз), не умеет щелкать языком.

Отмечается плохая переключаемость с движения на движение. Часто предыдущее движение персеверировать. Для всех движений органов артикуляции характерно снижение мышечной силы.

7. Фонетико-фонематическая сторона речи.

Звукопроизношение характеризуется фонетическими и фонетико-фонематическими нарушениями. Так, отмечается дефектное произношение звуков в группе щелевых и аффрикат: *с, з, ш, ж* – плоскощелевые; *ц-т, ч-т* (по типу замен), замены и отсутствие звуков в группе соноров: *л, л`-j, р, р`-о*.

Для звукопроизношения характерны дефекты смягчения (мягкие звуки заменяются твердыми), непостоянные замены звонких звуков глухими.

При стечении согласных опускается первый звук. Слоговая структура слов часто сокращается за счет опускания первого слога.

Фонематическое восприятие нарушено: отмечаются трудности дифференциации ряда оппозиционных фонем по глухости-звонкости, твердости-мягкости.

8. Лексика.

Страдает качество и объем словаря. Сокращение объема словаря идет за счет ограниченного использования глагольной лексики. Речь включает в основном только предметный словарь. Объем предметного словаря намного ниже возрастной нормы. Прилагательные и наречия не представлены. Имеется несоответствие между активным и пассивным словарным запасом.

9. Грамматический строй речи.

Девочка общается на уровне слов и словосочетаний. Фразы как таковой нет, потому что в речи ребенка нет предикатов. В собственной речи заменяет предикаты жестами: «Тота Галя (жест) книжка (указательный жест на себя)». Из данного примера видно, что местоимения тоже заменяются жестами. Предлоги в речи опускаются, флексии обычно соответствуют именительному падежу. Данное обстоятельство указывает на так называемый «телеграфный стиль». При описании сюжетных картинок ребенок ограничивается названием отдельных предметов. Из вышесказанного следует, что грамматический строй страдает по всем параметрам, аграмматизм касается всех грамматических категорий и форм.

10. Связная речь.

Особенно пострадавшим звеном является связная речь. Связь между предметами устанавливает, но во внешней речи это словесно не выражается. Составить рассказ по серии сюжетных картин не может, имеют место трудности в установке логической последовательности. Пересказ прочитанного невозможен; причины в невозможности удержания сюжетной линии, в затруднениях логико-грамматического характера.

11. Импрессивная речь.

Понимание обращенной речи ограничивается уровнем обиходного словаря. Страдает понимание сложных логико-грамматических конструкций.

12. Отраженная речь.

Повторение за логопедом затруднено, большие трудности возникают при повторении предикатов.

13. Чтение и письмо.

Актами чтения и письма не владеет.

14. Счет.

Считает до трех, автоматически. Ошибается при определении количества данных предметов, частей предметов. Лучше справляется с заданиями типа «Отложи палочек столько же, сколько у меня карточек» (в пределах трех). Счетными операциями не владеет.

15. Ручной праксис и пальцевой стереогноз нарушены, страдает *пространственный и временной синтез*.

Речевое заключение.

Общее недоразвитие речи (1–2-й уровень), псевдобульбарная дизартрия.

Приложение 4

1. Результаты психолого-педагогического обследования ребенка с дизартрией (мальчик, 6 лет 7 месяцев)

Мальчик 6 лет 7 месяцев, посещает детский сад, пребывание в детском саду ограничено (2–2,5 часа) в связи с соматическим заболеванием и необходимостью соблюдать диету.

Консультация ребенка проводилась в присутствии матери. Результаты объективных медицинских исследований с заключениями специалистов представлены не были.

Со слов матери в анамнезе у ребенка анартрия и апраксия, поставленные в возрасте 4 лет.

В ходе обследования установлено:

– в спонтанной речи (в ходе беседы) пользуется фразой, отвечает на вопросы односложно, после стимуляции дает более развернутые ответы; оформление устного высказывания характеризуется замедленным, скандированным проговариванием слов и фразы в целом, удлинением гласных, подстановкой гласных между согласными в стечениях; отмечается недоговаривание концов слов, монотонность; разборчивость речи зависит от длины высказывания, степени его самостоятельности (повторение за логопедом улучшает разборчивость); длинные предложения к завершающей фазе становятся малопонятными; при воспроизведении наизусть небольшого стихотворного текста регистрируется аморфность и недостаточная раздельнооформленность лексических единиц, общая ритмичность и практически полная неразборчивость;

– обследование звукопроизношения показало многообразие искажений и замен согласных и гласных звуков: **с, с'** → **ш** плоско-щелевой (п/щ) или → **т'; з, з'** → **ж** п/щ; **ц** – п/щ или → **с** п/ш; **ш, ж, ц** – п/щ; **ч** → **ц** п/щ; **т, т'** – межзубные (м/з); **д** → **т** м/з; **д'** → **т'** м/з; **л'** – м/з; **л** → **л'** м/з; **р** → **л'** м/з, → **аы; р'** → **л'** м/з; **ј** → **л'** м/з; **е, и** → **а**; оглушение всех звонких согласных. Указанные нарушения звуков зафиксированы в изолированном прого-

варивании слов и слогов, в речевом потоке отмечается большее разнообразие искажений, замен и взаимозамен звуков;

- фонематическое восприятие с трудом поддается проверке;
- недостаточная сформированность слоговой структуры слова: отмечаются пропуски или подстановка лишних слогов и/или звуков, незавершенность слов, слова усложненной слоговой структуры изменяются до неузнаваемости; указанные трудности нарастают в предложениях;

- нарушение голоса, речевого дыхания и ритмоинтонационной стороны речи: речевой вдох неглубокий, выдох укороченный, лишенный плавности, отмечается преимущественно верхний тип дыхания; голос ослабленный, приглушенный, тихий, иногда назализованный, маломодулированный; отмечается ограничение и/или своеобразие использования всех компонентов интонации – темп замедленный, ритм скандированный, изменения голоса по высоте и силе малодоступны; интонационные рисунки фраз отличаются однообразием, ограничены возможности паузирования, отсутствует акцентуация;

- выраженные нарушения артикуляционной и мимической моторики: страдает статическая и динамическая координация движений языка, губ, нижней челюсти, щек; сложные параметры движений (праксис позы, серийная, ритмическая и темпоральная организация движений) не сформированы; отмечается кинестетическая диспраксия, проявляющаяся в поиске многих артикуляционных укладов;

- при обследовании общей и тонкой моторики пальцев рук выявляется симптоматика, относящаяся к подкорковым, в том числе мозжечковым, явлениям;

- отмечается ограничение активного и пассивного словарного запаса, трудности семантического ассоциирования, недостаточная сформированность грамматического строя речи на морфологическом, синтаксическом и словообразовательном уровнях – сформированными являются более частотные и регулярные формы словоизменения и модели словообразования; предложения малораспространенные, удлинение и усложнение предложений ведет к аграмматизму; характерны трудности генерализации синтаксических конструкций предложений (при отсутствии постоянного подкрепления предложение упрощается);

- связная речь не сформирована.

Заключение: дизартрия смешанного характера с преобладанием спастико-паретической и атонически-астатической симптоматики; диспраксия; общее недоразвитие речи (II уровень).

2. Фрагмент психолого-педагогического обследования ребенка с дизартрией (мальчик, 4 года 5 месяцев)

Обследование звукопроизношения

Группа свистящих звуков:

– **с-з**: а) межзубные, б) плоскощелевые, в) замены на **с`-з`** межзубные;

– **с`-з`**: межзубные;

– **ц**: а) межзубный; б) замена на **т`** межзубный.

Группа шипящих звуков:

– **ш-ж** – замена на **с`-з`**: а) межзубные, б) плоскощелевые;

– **щ** – замена на **с`** межзубный;

– **ч** – замена на **ц** межзубный.

Группа сонорных звуков:

– **л** – двугубный;

– **л`** – замена на **ј**;

– **р** – отсутствует;

– **р`** – замена на **ј**;

– **н** – межзубный.

Другие звуки:

– **т-д** – межзубные.

3. Фрагмент психолого-педагогического обследования ребенка с дизартрией (девочка, 5 лет)

Обследование звукопроизношения.

Группа свистящих звуков:

– **с**: а) норма, б) **с`**, в) **с`** плоскощелевой;

– **з** – замена на **с`** или на **с`** плоскощелевой;

– **с`**: а) норма, б) **с`** плоскощелевой;

– **з`** – замена на **с`**: а) норма, б) плоскощелевой;

– **ц**: а) плоскощелевой, б) замена на **ч** нижний.

Группа шипящих звуков:

– **ш, ж, щ** – замена на **с`**;

– **ч**: а) нижний, б) замена на **ц** плоскощелевой.

Группа сонорных звуков:

– **л**: а) отсутствует, б) замена на **в**;

– **л`** – замена на **ј**;

– **р** – отсутствует;

– **р`** – замена на **ј**;

– **н** – межзубный.

Другие звуки:

– **в** – замена на **ј, б**;

– **ф** – замена на **х**.