

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«САРАТОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.Г. ЧЕРНЫШЕВСКОГО»**

Кафедра реабилитационных технологий на базе ГАУ СО «ЦАРИ»

**КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ
У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ
С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

АВТОРЕФЕРАТ
ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ РАБОТЫ
БАКАЛАВРСКОЙ РАБОТЫ

Студентки 4 курса 474 группы направления подготовки
44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование,
профиль подготовки «Логопедия»
факультета психолого-педагогического и специального образования

Олейник Ксении Александровны

Научный руководитель:

доцент, канд. психол. наук, доцент _____ Л.В. Шипова

Зав. кафедрой:

канд. мед. наук _____ Е. С. Пяткина

Саратов 2023

ВВЕДЕНИЕ

Детский церебральный паралич (ДЦП) — тяжелое заболевание центральной нервной системы, которое проявляется в виде двигательных, психических и речевых нарушений. Современная медицинская помощь обеспечивает большую выживаемость детей с тяжелыми травмами головы и позвоночника, недоношенных детей и др. Это приводит к росту числа детей с ДЦП, у большинства из которых наблюдаются нарушения речи: от полного отсутствия речи при алалии или анартрии до небольшого, обусловленного болезнью, своеобразия. При этом вызываются эти нарушения как биологическими причинами, в том числе нарушением развития смежных психических функций, так и социальными, поэтому логопедическая работа с детьми с ДЦП должна начинаться сразу после постановки диагноза.

Логопедическая работа по устранению у детей с ДЦП дизартрии, нарушений функций жевания, глотания и дыхания, обусловленных нарушением тонуса мышц речевого аппарата, является важной частью реабилитации ребенка, улучшающей качество жизни и обеспечивающей профилактику вторичных нарушений.

Младшие школьники с ДЦП имеют разную степень нарушения речи, обусловленную, как неврологическими проблемами, так объемом и качеством полученной логопедической помощи в дошкольный период. В данной работе будут рассмотрены особенности проявления нарушений тонуса мышц речевого аппарата и звукопроизношения, их диагностики и коррекции у младших школьников с ДЦП.

Нормализации тонуса артикуляционной мускулатуры и коррекции нарушений речи при ДЦП посвящены разделы научных работ Е.Ф. Архиповой, О.В. Правдиной, Е.Н. Винарской, Г.В. Бабиной, И.И. Панченко, М.В. Ипполитовой, Л.А. Даниловой, Н.Н. Малофеева, Л.Б. Халиловой и др.

Изучение нарушений звукопроизношения у младших школьников с ДЦП имеет важное значение для повышения эффективности логопедической работы с детьми данной категории, а также повышения их уровня жизни и успешности.

Актуальность данной выпускной квалификационной работы обусловлена потребностью логопедов в эффективной системе практических приемов работы с данной категорией детей.

Объект исследования – нарушения звукопроизношения младших школьников с ДЦП.

Предмет исследования – особенности коррекции нарушений звукопроизношения младших школьников с ДЦП, обусловленных нарушением тонуса, средствами логопедического массажа и пассивной гимнастики.

Цель исследования – изучить особенности коррекции нарушений звукопроизношения у детей с ДЦП младшего школьного возраста с использованием логопедического массажа и пассивной артикуляционной гимнастики.

Задачи исследования.

1. Изучить современные представления о нарушении звукопроизношения у младших школьников с ДЦП.
2. Разработать методику диагностики нарушений звукопроизношения у младших школьников с ДЦП.
3. Выявить особенности нарушений звукопроизношения у младших школьников с ДЦП.
4. Разработать программу коррекции нарушений звукопроизношения у младших школьников с ДЦП.

Экспериментальная база. Объединение родителей детей-инвалидов и инвалидов с детства, с заболеванием ДЦП и другими нарушениями опорно-двигательного аппарата «Радость движения».

Экспериментальная выборка. 8 детей младшего школьного возраста, имеющих диагноз ДЦП разных форм при сохранном слухе, зрении и интеллекте, проживающих в г. Маркс Саратовской области.

Методы исследования.

- теоретические: анализ литературы;

- эмпирические: эксперимент, беседа, наблюдение, анкетирование, анализ документов.

Структура работы. Данная выпускная квалификационная работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованных источников и приложения.

Во введении описаны актуальность исследования, обозначены цель и задачи, раскрыта экспериментальная база, выборка и методы исследования.

В первой главе «Теоретические основы изучения нарушений звукопроизношения у младших школьников с детским церебральным параличом» описаны теоретические основы изучения нарушений звукопроизношения у младших школьников с ДЦП. Рассматриваются современные представления о нарушении звукопроизношения у детей, их особенности в младшем школьном возрасте и при ДЦП. Обсуждаются проблемы диагностики и коррекции нарушений звукопроизношения у младших школьников с ДЦП.

Во второй главе «Диагностика и коррекция нарушений звукопроизношения у младших школьников с детским церебральным параличом» представлено эмпирическое исследование нарушений речи у младших школьников с ДЦП, описываются результаты констатирующего эксперимента. Раскрывается курс коррекционно-логопедических занятий с младшими школьниками с ДЦП, анализируются результаты контрольного эксперимента.

В заключении представлены выводы, обозначена практическая и теоретическая значимость проведенного исследования.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность работы, представлены цель и задачи исследования, дана характеристика экспериментальной базы и выборки детей, перечислены используемые методы.

Первая глава «Теоретические основы изучения нарушений звукопроизношения у младших школьников с детским церебральным

параличом» состоит из 5 параграфов.

В первом параграфе «Современные представления о нарушениях звукопроизношения у детей в логопедии» описаны классификации речевых нарушений, раскрыты нарушения звукопроизношения у детей. Дана характеристика видам неправильного произношения звуков, обозначены их причины, способы дифференциальной диагностики.

Второй параграф «Особенности нарушений звукопроизношения у младших школьников» посвящен характеристике нарушений звукопроизношения у детей младшего школьного возраста.

В третьем параграфе «Своеобразие речевых нарушений у школьников с детским церебральным параличом» описываются особенности развития речи у детей с ДЦП, рассматриваются неврологическая симптоматика и социальные факторы, оказывающие влияние на проявление речевых нарушений у школьников с ДЦП.

В четвертом параграфе «Диагностика нарушений звукопроизношения у школьников с детским церебральным параличом» описан ход построения логопедического обследования, обозначены его цель, задачи, используемые методы.

В пятом параграфе «Коррекция нарушений звукопроизношения у школьников с детским церебральным параличом» представлена система коррекционно-логопедической работы по преодолению дизартрии, обозначены ее этапы по Е.Ф. Архиповой и основные направления по И.А. Смирновой.

Вторая глава «Диагностика и коррекция нарушений звукопроизношения у младших школьников с детским церебральным параличом» состоит из 4 параграфов и раскрывает содержание и организацию диагностики и коррекции различных форм дизартрии у младших школьников с ДЦП:

В первом параграфе «Эмпирическое изучение нарушений звукопроизношения у младших школьников с детским церебральным параличом» обозначены цель, задачи, экспериментальная база и выборка; описан ход диагностики, приведены примеры заданий, предлагаемых детям;

введена бальная система для оценки результатов; представлена таблица распределения форм дизартрии у обследованных детей.

Во втором параграфе «Результаты изучения нарушений звукопроизношения у младших школьников с детским церебральным параличом» проанализированы результаты диагностики нарушений звукопроизношения младших школьников с ДЦП. Сначала описаны результаты обследования каждого ребенка, затем данные, полученные в ходе обследования, были представлены в виде таблиц, часть данных из которых преобразована для наглядности в диаграммы.

В ходе диагностики выявлено, что подвижность мышц артикуляционного аппарата и звукопроизношение нарушены у всех 8 детей, также присутствует неврологическая симптоматика. Звуки [л], [р], [рь] нарушены у всех детей, следующие по частоте нарушений – шипящие звуки. У некоторых детей было выявлено нарушение произношения гласных звуков [о], [у], [ы], что накладывает отпечаток на звучание всей речи. Недостаточная интонированность и смазанный характер звучания делают речь непонятной.

В третьем параграфе «Методика коррекции нарушений звукопроизношения у младших школьников с детским церебральным параличом» описана система коррекционно-логопедической работы с младшими школьниками с ДЦП, основанная на программе коррекции различных видов дизартрии, предложенных Е.Ф. Архиповой.

Основная цель коррекционной работы по данной программе — устранение патологической симптоматики в периферическом отделе речевого аппарата детей и взрослых с ДЦП в зависимости от ведущего синдрома.

В качестве задач коррекционной работы Е.Ф. Архипова рассматривает: нормализацию мышечного тонуса, преодоление гипертонуса в мимической и артикуляционной мускулатуре; устранение патологической симптоматики (тремор, синкенезии и девиации); улучшение качества артикуляционных движений (точность, объём, переключаемость); увеличение силы мышечных сокращений; общее мышечное расслабление и снижение тонуса в мускулатуре.

Используя рекомендованные программы, проводились коррекционные занятия 3 раза в неделю по 45 минут (15 занятий), в ходе которых решались поставленные задачи, а также велась постановка и автоматизация нарушенных звуков, работа над дикцией и интонацией.

Занятия проводились по следующему плану:

1. Организационный момент.

2. Подготовительная часть.

Логопедический массаж. В зависимости от формы дизартрии и клинических проявлений носит дифференцированный характер. В случае повышенного тонуса носит расслабляющий характер, сниженного тонуса – активизирующий (укрепляющий).

В логопедической практике широко используется инструментальный логопедический массаж. В качестве инструментов для такого массажа могут быть использованы логопедические зонды и зондозаменители, вибромассажеры, шпатели медицинские.

В ходе логопедического массажа большое внимание уделяется круговой мышце рта, что позволяет активизировать ее движения, избавиться от синкинезий, а также мышцам лица, связанных с ней.

Мышцы дна ротовой полости находятся в тесной связи с мышцами шеи, поэтому для наиболее качественной работы логопеду стоит обучиться массажу шейно-воротниковой зоны или подключить массажиста для совместной работы над поставленными задачами. В этой зоне так же, как и в работе с жевательными мышцами, эффективно разминание мышц при их максимальном растяжении.

На первом этапе логопедической работы при нормализации тонуса мышц артикуляционного аппарата практически сразу начинается работа по включению этих мышц в движение, то есть нормализация моторики артикуляционного аппарата. Это достигается с помощью приемов артикуляционной гимнастики, которая при нарушениях тонуса имеет свои особенности.

Нормализация моторики артикуляционного аппарата с помощью артикуляционной гимнастики (пассивной и активной). Пассивные упражнения направлены на вызывание кинестезии. Каждое простое пассивное движение является основой для программирования в дальнейшем схемы собственных движений.

Е.Ф. Архипова указывает, что каждое пассивное упражнение должно выполняться в три стадии: первая стадия — вход в артикуляционную позу (экскурсия); вторая стадия — фиксация артикуляционного уклада (выдержка); третья стадия — выход из артикуляционного уклада (рекурсия). Такая последовательность способствует созданию более прочных кинестезий, так как в движении задействованы мышцы, создающие уклад, а также мышцы-антагонисты, возвращающие органы артикуляции в исходное положение.

Особенностью работы при нарушениях тонуса является использование стимулирующих предметов и вкусовых раздражителей для вызывания рефлекторного движения, на основе которого формируется активный двигательный акт.

Активной гимнастикой называется система упражнений для органов артикуляции, которые проводятся по инструкции или показу логопеда. Активную артикуляционную гимнастику проводят с целью закрепить те движения, которые были получены пассивно, ввести их в самостоятельную активность ребенка, улучшить качество движений органов артикуляции, выработать более тонкие движения. В результате формируется кинестетическая и кинетическая основа артикуляционных движений, знаковых для конкретных звуков.

Следующим этапом активной гимнастики могут быть упражнения с сопротивлением, с нагрузкой. В этом же разделе о пассивной и активной гимнастике также важно упомянуть и о работе над нормализацией ротового дыхания. Часто на начальных этапах работа над дыханием также идет пассивно, параллельно с активизацией мышц небной занавески.

Развитие голоса. Использовались различные орфофонические упражнения, направленные на улучшение координации дыхания и фонации, улучшение работы мягкого неба, устранение назального оттенка.

Развитие дыхания. Применялись различные дыхательные упражнения, направленные на увеличение длительности и плавности ротового выдоха, дифференциацию ротового и носового выдоха, а также на формирование направленной воздушной струи, необходимой для постановки звуков.

Развитие слухового внимания. Упражнения на различение как речевых, так и неречевых звуков, например, поиск одинаково звучащих коробочек, распознавание источника звука, формирование фонематических процессов.

Развитие мелкой моторики. Использовались различные пальчиковые игры, направленные на развитие пальцевого праксиса, умение удерживать позу, менять позы.

3. Основная часть. Коррекция произносительной стороны речи начиналась с уточнения артикуляции гласных звуков и звуков раннего онтогенеза, работой над улучшением дикции. На материале доступных звуков происходила работа над интонацией и темпом речи. Постановка нарушенных звуков велась через формирование базовых для каждого звука навыков.

4. Итоговая часть. В последние минуты занятия подводятся итоги с обозначением проделанной на занятии работы, с обязательным подчеркиванием даже самых незначительных успехов ребенка.

Сохранение определенной структуры занятия повышает эффективность коррекционного курса и помогает ребенку чувствовать себя комфортно. Такая традиционная схема занятия позволяет в течение 30-40 минут пройти путь от подготовки мышц к работе и устранения неврологической симптоматики до активной мышечной работы и автоматизации звуков.

В четвертом параграфе «Анализ и обобщение результатов контрольного эксперимента» описаны результаты контрольного эксперимента в сравнении с результатами констатирующего этапа: у младших школьников с ДЦП улучшились двигательные возможности артикуляционного аппарата.

Использование логопедического массажа, пассивной и активной с элементами разнообразной стимуляции артикуляционной гимнастики привело к значительному расширению объема движений языка влево, вправо, вверх и вниз у большинства детей, что положительным образом сказалось на их произносительных возможностях: у всех детей отмечается количества уменьшение неправильно произносимых звуков.

Звуки [Л], [Р], [Ръ] остались нарушенными у всех детей, в той или иной степени у всех детей нарушено произношение шипящих звуков. В ходе курса занятий лишь у одного ребенка удалось поставить все шипящие звуки и у одного ребенка были вызваны звуки [Ш] и [Ж]. Наличие грубой неврологической патологии объясняет длительность процессов автоматизации, хотя у одного ребенка удалось поставить и автоматизировать звук [Ль].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ДЦП представляет сложное полиэтиологическое неврологическое заболевание, причиной которого является раннее органическое поражение центральной нервной системы. Поражение носит мозаичный характер, что определяет сложную структуру нарушений: сочетание двигательных нарушений с нарушениями корковых функций. Многие отечественные и зарубежные авторы отмечают, что при ДЦП наряду с нарушениями в системе опорно-двигательного аппарата часто наблюдаются различные психические, сенсорные и речевые расстройства. По мнению большинства исследователей, речевые расстройства наблюдаются у 70-80% данного контингента лиц с ОВЗ (К.А. Семенова, Л.А. Данилова; Е.М. Мастюкова, М.В.Ипполитова и др.).

Клинические формы речевых нарушений при ДЦП крайне разнообразны. Наиболее частой клинической формой речевых расстройств при ДЦП (от 65% до 85% случаев) выступают различные варианты дизартрии (М.Б. Эйдинова, Е.Н.Правдина-Винарская; Е.М. Мастюкова и др.).

Особенности нарушений речи и степень их выраженности зависят в первую очередь от локализации и тяжести поражения мозга. Отставание в

развитии речи у детей с ДЦП связано не только с более медленным темпом созревания поздноформирующихся корковых отделов мозга, и, в частности, корковых речевых зон, но и с ограничением объема знаний и представлений об окружающем мире, недостаточностью предметно-практической деятельности и социальных контактов. Ошибки воспитания могут утяжелять отставание в развитии речи.

Органическое поражение анализатора при ДЦП приводит к нарушениям артикулирования звуков речи, расстройствам голоса, дыхания, темпа и ритма речи, ее интонационной выразительности.

Особенностью дизартрии при ДЦП является общность нарушений речевой и общей моторики. По данным Е.Ф. Архиповой, не существует жесткой корреляции между формами ДЦП и определенными формами дизартрии, связь определенных дизартрических проявлений с соответствующими формами ДЦП присутствует.

Особенности проявления речевых нарушений при ДЦП характеризуются общей смешанностью дикции, наличием патологической симптоматики, рассогласованностью процессов дыхания, фонации и артикуляции. Это требует использования дополнительных техник логопедической работы в отличие от коррекции нарушений речи у детей, не страдающих ДЦП. К ним относятся техники дифференцированного логопедического массажа, приемы устранения неврологической симптоматики, пассивной и активной артикуляционной гимнастики.

Для проведения эмпирического исследования была использована методика коррекционной работы при различных формах ДЦП, разработанная Е.Ф. Архиповой, которая позволяет организовать курс логопедической коррекции дизартрии и в зависимости от ее формы выбрать необходимые направления работы.

В методике Е.Ф. Архиповой предложена схема логопедической диагностики детей с дизартрией, которая была адаптирована в соответствии с целью и задачами проведенного исследования. Обследование состояния мышц

речевого аппарата и звукопроизношения было проведено дважды – перед началом коррекционно-логопедических занятий и после проведения курса из 15 занятий.

По результатам первичной диагностики были составлены планы коррекционной работы, адаптированы программы, предложенные Е.Ф.Архиповой в соответствии с индивидуальными возможностями каждого ребенка. Затем проведен контрольный эксперимент.

Анализ полученных данных показал эффективность данной методики работы с использованием логопедического массажа, пассивной и активной артикуляционной гимнастики, комплексной работы над голосом, дыханием, интонацией и коррекцией нарушений звукопроизношения – у всех 8 детей была отмечена положительная динамика.

Улучшение подвижности мышц артикуляционного аппарата, устранение синкинезий, уменьшение гиперсаливации оказало положительное влияние на процесс постановки и автоматизации звуков, на общее звучание, разборчивость речи.