Муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение «Горковская специальная (коррекционная) общеобразовательная школа — интернат для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья»

Материал подготовила

учитель - логопед

Шмидт Т.А.

2023 г.

Актуальные проблемы коррекции стертой дизартрии

Стертая дизартрия встречается очень часто в ло­гопедической практике. Основные жалобы при стер­той дизартрии: невнятная невыразительная речь, плохая дикция, искажение и замена звуков в слож­ных по слоговой структуре словах и др.

Стертая дизартрия — речевая патология, прояв­ляющаяся в расстройствах фонетического и просодиче­ского компонентов речевой функциональной системы и возникающая вследствие невыраженного микрооргани­ческого поражения головного мозга (Л.В. Лопатина).

Обследование детей в массовых садах показало, что в старших и подготовительных к школе группах от 40 до 60% детей имеют отклонения в речевом раз­витии. Среди наиболее распространенных наруше­ний: дислалия, ринофония, фонетико-фонематическое недоразвитие, стертая дизартрия.

В коррекционных школах VIII вида более 60% учащихся имеют в диагнозе стёртую форму дизартрии.

Клинико-педагогическая характеристика детей со стертой дизартрией

Дизартрия — это нарушение звукопроизношения, голосообразования и просодики, обусловленное не­достаточностью иннервации мышц речевого аппара­та: дыхательного, голосового, артикуляционного. При дизартрии нарушается двигательный механизм речи за счет органического поражения центральной нервной системы. Структуру дефекта при дизартрии составляет нарушение всей произносительной сторо­ны речи и внеречевых процессов: общей и мелкой моторики, пространственных представлений и др.

В школьном возрасте стертая дизартрия проявля­ет себя не только в устной (невнятная, нечеткая), но и в письменной речи. Характерными дисграфическими ошибками на письме являются пропуски и замена гласных букв, пропуски согласных букв при стечении в слове нескольких согласных, недописывание окон­чаний. Эти ошибки обусловлены недостаточно чет­кой артикуляцией гласных, которые и в устной речи произносятся редуцированно. Помимо этих ошибок, встречаются и графические ошибки, в основе кото­рых лежит неполноценность оптико-пространствен­ных представлений.

Стертая дизартрия (легкая степень дизартрии, МДР — минимальные дизартрические расстройства) в логопедической практике — одно из самых распро­страненных и трудно поддающихся коррекции нару­шений произносительной стороны речи. Г. Гутцман впервые выделяет среди детей с полиморфным нару­шением звукопроизношения категорию детей, у ко­торых выявляется стертость артикуляции и у которых процесс коррекции звукопроизношения крайне за­труднен. Эйдинова анализирует случаи нарушения моторики.

При органических церебральных нарушениях звукопроизношения (стертой дизартрии) наблюдается недостаточная под­вижность отдельных мышечных групп речевого аппа­рата (губ, мягкого неба, языка), общая слабость всего периферического речевого аппарата вследствие пора­жения тех или иных отделов нервной системы. Изу­чая анамнез детей со стертой дизартрией, Мастюкова, Лопатина, Архипова, Карелина и др. выявляют следующие факторы: неблагоприятное течение бере­менности; асфиксия; низкий оценочный балл по шкале Апгар при рождении; наличие у подавляющего большинства детей в первый год жизни диагноза ПЭП — перинатальной энцефалопатии.

Фонетические и просодические нарушения при стертой дизартрии обусловлены паретичностью или спастичностью отдельных групп мышц артикуляци­онного, голосового и дыхательного отдела речевого аппарата.

Все перечисленные нарушения звукопроизношения сочетаются с разнообразными фонационными, просодическими и дыхательными нарушениями.

У рассматриваемой категории детей отмечается негрубая неврологическая симптоматика в виде стертых парезов, гиперкинезов, нарушений мышечного тонуса артикуляционной и мимической мускулатуры. При функциональной дислалии отклонений со сто­роны центральной нервной системы не отмечается. Нарушения вегетативной нервной системы в большей степени отмечаются при дизартрии, а в меньшей — при дислалии. Нарушение нервно-психических функ­ций (внимания, памяти, мышления), задержка темпа психического развития наиболее типична для стертой дизартрии.

У детей со стертой дизартрией кроме наруше­ния звукопроизношения отмечаются нарушение го­лоса и его модуляций, слабость речевого дыхания, выраженные просодические нарушения. Вместе с тем в разной степени нарушаются общая моторика и тон­кие дифференцированные движения рук. Выявленные моторная неловкость, недостаточная координирован­ность движений служат причиной отставания форми­рования навыков самообслуживания, а несформированность тонких дифференцированных движений пальцев рук является причиной трудностей при фор­мировании графомоторных навыков.

В исследованиях, посвященных проблеме речевых нарушений при стертой дизартрии, отмечается, что нарушение звукопроизношения и просодики являют­ся стойкими и во многих случаях не поддаются кор­рекции. Это отрицательным образом сказывается на развитии ребенка, на процессах его нервно-психического становления в дошкольном возрасте, а позднее может привести к школьной дезадаптации. Данные нарушения оказывают отрицательное влияние на фор­мирование и развитие других сторон речи, затрудняют процесс школьного обучения детей, снижают его эф­фективность. Установлена взаимосвязь между самим нарушением произносительной стороны и формиро­ванием фонематических и грамматических обобще­ний, формированием лексики, связной речи.

Этапы и направления логопедической работы

Вопросами коррекции дизартрии занимались мно­гие специалисты: О.В. Правдина, Е.М. Мастюкова, К.А. Семенова, Л.В. Лопатина, Н.В. Серебрякова, Е.Ф. Архипова, Г.В. Чиркина, И.И. Панченко, Э.Я. Сизова, Е.Ф. Соботович, И.Б. Карелина, О.А. Токарева, Л.В. Мелехова, Т.В. Сорочинская, О.Ю. Федосова и др.

Основоположники учения о дизартрии, определяя пути клинико-педагогической реабилитации, реко­мендовали комплексный подход в коррекционных мероприятиях.

Этот комплексный подход при устранении ди­зартрии включает в себя три блока.

Первый блок — медицинский, который определя­ет врач-невролог. Кроме медикаментозных средств, назначаются ЛФК, массаж, рефлексотерапия, физио­терапия и др.

Второй блок — психолого-педагогический. Основ­ным направлением этого воздействия будет развитие сенсорных функций. Развивая слуховое восприятие, формируя слуховой гнозис, тем самым подготавливаем базу для формирования фонематического слуха. Разви­вая зрительное восприятие, дифференцировки и зри­тельный гнозис, тем самым предупреждаем графиче­ские ошибки на письме. Реализуя это направление, развивают и стереогноз. Кроме развития сенсорных функций, психолого-педагогический блок включает упражнения по развитию и коррекции пространст­венных представлений, конструктивного праксиса, графических навыков, памяти, мышления. Этот ас­пект работы достаточно полно изучен и методически обеспечен (Л.А. Данилова, Н.В. Симонова, И.Ю. Лев­ченко и другие).

Третий блок — логопедическая работа, которая проводится преимущественно в индивидуальном пла­не. Учитывая структуру дефекта при дизартрии, ло­гопедическую работу рекомендуется планировать по следующим этапам:

Первый этап логопедической работы, носящий на­звание «подготовительный», содержит следующие на­правления:

— Нормализация мышечного тонуса мимической и артикуляционной мускулатуры. С этой целью лого­пед проводит дифференцированный логопедический массаж.

— Нормализация моторики артикуляционного ап­парата. С этой целью логопед проводит дифференци­рованные приемы артикуляционной гимнастики. Пассивные упражнения, выполняемые самим лого­педом, направлены на вызывание кинестезий. Актив­ная артикуляционная гимнастика постепенно услож­няется и добавляются функциональные нагрузки. Та­кого плана артикуляционная гимнастика направлена на закрепление кинестезий и на улучшение качества артикуляционных движений. Отрабатываются такие качества артикуляционных движений, как точность, ритмичность, переключаемость и др. (в приложении приводятся 20 артикуляционных упражнений с функ­циональной нагрузкой).

— Нормализация голоса. С этой целью проводят­ся голосовые упражнения, которые направлены на вызывание более сильного голоса и на модуляции го­лоса по высоте и силе. Интересные упражнения мож­но заимствовать из работ И.И. Ермаковой, Л.В. Лопатиной и др.

— Нормализация речевого дыхания. С этой целью логопед проводит кратковременные упражнения по выработке более длительного, плавного, экономного выдоха. Затем закрепляют новые навыки в ортофонических упражнениях, объединяющих артикуляци­онные, голосовые и дыхательные упражнения воеди­но. Такой тренинг готовит артикуляционный, голо­совой и дыхательный аппараты к формированию у детей новых произносительных умений и навыков.

— Нормализация просодики. Это направление на первом этапе является менее всего разработанным. В специальной литературе встречаются описания про­содической стороны речи у детей с дизартрией: это такие нарушения, как тихий и смодулированный голос, нарушения темпа речи и тембра голоса, бед­ные интонации, плохая разборчивость речи, отсутст­вие пауз и логических ударений и другие симптомы просодики. В методической литературе эти разделы представлены лишь декларациями о необходимости нормализации просодики. И только в работах Л.В. Лопатиной, Н.В. Серебряковой, Е.Ю. Румянцевой опре­делена некоторая последовательность в работе над формированием просодики при дизартрии.

— Нормализация мелкой моторики рук. С этой целью проводится логопедом пальцевая гимнастика, направленная на выработку тонких дифференциро­ванных движений в пальцах обеих рук. Из работ Н.А. Бернштейна, М.А. Кольцовой известна взаимо­связь ручной и артикуляционной моторики. Целе­направленная и последовательная стимуляция мел­кой моторики рук не только способствует улучшению артикуляционной базы, но и обеспечивает подготов­ку руки ребенка к овладению графомоторными навы­ками.

Все упражнения первого этапа постепенно услож­няются.

Вторым этапом логопедической работы при ди­зартрии является выработка новых произносительных умений и навыков. Направления второго этапа лого­педической работы проводятся на фоне продолжаю­щихся упражнений, перечисленных в первом этапе, но более сложных. Направлениями второго этапа яв­ляются:

— Выработка основных артикуляционных укладов (дорсального, какуминального, альвеолярного, нёб­ного). Каждая из этих позиций определяет соответ­ственно артикуляцию свистящих, шипящих, сонорных и нёбных звуков. Овладев на первом этапе рядом артикуляционных движений, на втором этапе перехо­дим к серии последовательных движений, выполняе­мых четко, утрированно, с опорой на зрительный, слуховой, кинестетический контроль.

В результате у ребенка подготавливается артикуля­ционная база для уточнения или вызывания нарушен­ных свистящих звуков. По аналогии формируют каку­минальную позицию, только логопед выбирает уже другой набор упражнений («Забор» — «Окно» — «Мост» — «Лопата» — «Лопата копает» — «Вкусное ва­ренье» — «Фокус» — «Теплый ветер»). Последователь­ное выполнение перечисленных упражнений обеспе­чивает базу для всех шипящих звуков. Для формиро­вания альвеолярной позиции логопед предлагает другой набор упражнений и т. д.

— Следующим направлением второго этапа является определение последовательности работы по кор­рекции звукопроизношения. При дизартрии у детей в зависимости от наличия патологической симптома­тики в артикуляционной области, от степени ее вы­раженности индивидуально определяют последова­тельность работы над звуками.

— Самым сложным направлением работы на вто­ром этапе является закрепление вызванного звука, т. е. его автоматизация. Часто в практике логопеды сталкиваются с тем, что изолированно дети произно­сят все звуки правильно, а в речевом потоке звуки теряют свои дифференцированные признаки, произно­сятся скаженно.

Третий этап логопедической работы посвящается выработке коммуникативных умений и навыков.

Одним из наиболее сложных направлений ра­боты является формирование у ребенка навыков са­моконтроля. Нередко специалисты сталкиваются с ситу­ацией, когда ребенок в условиях кабинета, в контакте с логопедом демонстрирует в речи приобретенные навыки. Но при смене обстановки, в присутствии других лиц навык, казавшийся прочным, исчезает, ребенок возвращается к прежнему стереотипному произношению. Для выработки коммуникативных навыков необходима активная позиция ребенка, его мотивация к улучшению речи.

Более традиционным направлением на этом этапе является введение звука в речь в учебной ситу­ации (заучивание стихов, составление предложений, рассказы, пересказы и т. п.).

Специфическим направлением этапа является включение в лексический материал просодических средств: различной интонации, модуляций голоса по высоте и силе, изменения темпа речи и тембра голо­са, определения логического ударения, соблюдения пауз и др.

Четвертый этап логопедической работы — предуп­реждение или преодоление вторичных нарушений при дизартрии. Имея в виду профилактику вторичных на­рушений, следует обеспечить раннюю диагностику дизартрии, определение группы риска по дизартрии, а также организовать раннюю коррекционную рабо­ту.

В настоящее время определены и диагностиче­ские критерии данного дефекта в раннем возрасте (даже в младенческом — Е.М. Мастюкова, Е.Ф. Архипова, О.Г. Приходько и др.). Выработаны техноло­гии коррекционной работы с детьми группы риска по дизартрии в разные возрастные периоды. Однако ре­ализация профилактической работы проводится с детьми, имеющими тяжелую органическую патоло­гию, в условиях стационара. Большинство же детей группы риска по дизартрии (легкой степени), имею­щих в анамнезе в первый год жизни диагноз невро­патолога «ПЭП» (перинатальная энцефалопатия), ли­шены возможности получать адекватную коррекционную пропедевтическую помощь, так как им не показано лечение в стационаре. К концу первого го­да жизни диагноз «ПЭП» невропатолог снимает. И только при диспансерном обследовании логопед поликлиники при тщательном обследовании видит симптомы МДР (минимальных дизартрических рас­стройств). Эти симптомы влекут за собой вторичные нарушения в формировании языковых средств (лек­сики, грамматики).

Следствием недостаточной профилактики вторич­ных нарушений является большое число детей с ди­зартрией, осложненной либо ОНР, либо ФФН.

Пятый этап логопедической работы. Основными направлениями логопедической работы являются: формирование графомоторных навыков, психологи­ческой готовности к обучению, профилактика дисграфических ошибок.

1. Архипова Е.Ф. Коррекционно-логопедическая работа по преодо­лению стертой дизартрии у детей / Е.Ф. Архипова. — М.: АСТ: Астрель, 2008. — 254, [2] с.: ил. - (Высшая школа).
2. Лопатина Л. В. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста с минимальными дизартрическими рас­стройствами: Учебное пособие/Под ред. Е. А. Ло­гиновой. — СПб.: Издательство «Союз», 2005. — 192 с. (Коррекционная педагогика)
3. Основы коррекционной педагогики. Учебно - методическое пособие / Авторы-сост. Зайцев Д.В., Зайцева Н.В., Педагогический институт Саратовского государственного университета им. Н.Г. Чернышевского. Саратов, 1999. 110 с.
4. Рубинштейн С. Я. Психология умственно отсталого школьника: Учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. № 2111 «Дефектология».— 3-е изд., перераб. и доп.—М.: Просвещение, 1986.—192 с.
5. Стребелева Е.А. Формирование мышления у детей с отклонениями в раз­витии: Кн. для педагога-дефектолога / Е.А. Стребелева. — М. : Гуманитар, изд. центр ВЛАДОС, 2005. — 180 с. : ил. — (Коррекционная педагогика).
6. Щербакова А.М. Воспитание ребенка с нарушениями развития. - М.: Изд-во НЦ ЭНАС. - 2004. - 40 с. - (Коррекционная школа).
7. Юрова Р.А. Формирование произносительных навыков у учащихся с нарушениями интеллектуального развития. — М.: В. Секачев, 2005.