

образовательного процесса у них формируются виды речевой деятельности: слушание, обеспечивающее восприятие и понимание звучащей речи, и говорение на основе умения использовать средства языка в устной речи в соответствии с условиями общения. Однако педагогам специального (коррекционного) образования предстоит решить ряд задач, прежде чем идея инклюзивного обучения детей с нарушенным слухом станет реальностью с определенным выше результатом.

Литература

1. Королева, И. В. Развитие слуха и речи у глухих детей раннего и дошкольного возраста после кохlearной имплантации / И. В. Королева. – СПб. : С. – Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи, 2010.
2. Сатаева, А. И. Значение первоначального периода реабилитации слухого дошкольника после кохlearной имплантации / А. И. Сатаева // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2012. – № 5.
3. Сошникова, Н. Г. О проблемах обучения и воспитания детей после кохlearной имплантации / Н. Г. Сошникова // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2010. – № 3.

ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА С ДОШКОЛЬНИКАМИ, СТРАДАЮЩИМИ ПСЕВДОБУЛЬБАРНОЙ ДИЗАРТРИЕЙ

*О. Р. Дубцова,
ГБУ ЦСРДИ и ДОЖ «Солнышко»;
Московский педагогический государственный университет,
г. Москва*

Современный подход к преодолению дизартрии требует разработки и применения дифференцированных методов коррекции данной речевой патологии. Актуальность изучения этих вопросов связана с необходимостью совершенствования путей коррекционного обучения дошкольников с дизартрией и, следовательно, повышения эффективности логопедической работы с ними. Использование комплексного (психолого-медико-педагогического) подхода к изучению и преодолению псевдобульбарной

дизартрии у дошкольников будет способствовать повышению эффективности логопедической работы, повышению качества её результатов, позволит более полно решать вопросы социальной реабилитации и адаптации детей, страдающих псевдобульбарной дизартрией.

Комплексный подход, массаж, активная и пассивная артикуляционная гимнастика, развитие речевого дыхания, звукопроизношение, просодика.

Дизартрия-нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточной иннервацией речевого аппарата. Ведущим дефектом при дизартрии является нарушение звукопроизносительной и просодической стороны речи, связанное с органическим поражением центральной и периферической нервной систем [3, с.122].

В настоящее время ее значение для детской практики резко возросло в силу того, что недостаточность двигательного отдела центральной нервной системы в раннем детском возрасте становится все более обычным явлением. В частности, дизартрия является одним из симптомов детского церебрального паралича. [2, с. 3].

В литературе имеется описание различных методик коррекционной работы с детьми страдающими дизартрией (А. Г. Ипполитовой, 1973; О. В. Правдиной, 1973; М. В. Ипполитовой, 1973; Л. А. Даниловой, 1977; Л. С. Волковой, 2003; Л. В. Лопатиной, 2005; Е. В. Новиковой, 2005 и др.).

В методиках приводятся общие указания на необходимость всестороннего воздействия на детей с дизартрией.

Задачи логопедического воздействия заключается в следующем

- а) преодолеть имеющиеся нарушения речевой моторики;
- б) преодолеть, затормозить неправильные речевые навыки;
- в) создать взамен их новые — правильные;
- г) закрепить новые навыки до степени автоматизации.

Основные направления логопедической работы по коррекции нарушений речи при дизартрии у детей дошкольного возраста [2, с.178].

Первое направление. Нормализация мышечного тонуса и развитие движений органов артикуляционного аппарата, моторики в целом и в особенности движений пальцев рук. Методическими приемами для решения задач данного этапа является массаж органов артикуляционного аппарата и мышц кистей рук, а также пассивная и активная гимнастика этих органов.

При необходимости логопедическая работа начинается с затормаживания гиперкинезов и формирования произвольного сглатывания слюны.

Второе направление. Развитие дыхательной функции, а также силы, модуляции и выразительности голоса. На этом этапе применяются различные комплексы дыхательной гимнастики, голосовые и фонетические упражнения, которые позволяют увеличить объем вдыхаемого воздуха, развить фонационный выдох и голосоведение.

Третье направление. Коррекция фонетической стороны речи. Применяются упражнения для развития фонематического восприятия и различные приемы постановки звуков и их автоматизации.

Четвертое направление. Развитие сенсорных и высших психических функций как основы речи.

Пятое направление. Развитие словарного запаса и грамматического строя речи. Развитие устной речи, речевого дыхания, формирование просодической стороны высказывания.

Все эти направления не являются строго последовательными этапами, а реализуются в различных сочетаниях, а иногда одновременно.

При формировании новых произносительных способностей у детей с апартиями и при нормализации произношения у детей с дизартриями нужно стремиться сначала ослабить проявления расстройств иннервации речевого аппарата.

Расширяя возможности движений речевых мышц, можно рассчитывать на лучшее спонтанное включение этих мышц в артикуляционный процесс, что в свою очередь повысит качество звуковой системы

Для развития артикуляционной моторики проводятся:

1) Массаж. Массаж служит для возбуждения иннервации речевой и лицевой мускулатуры. Перед массажем следует провести консультацию с врачом по лечебной физкультуре или невропатологом о сохранности или отсутствии кожно-мышечной реакции у данного ребенка (у ребенка может быть чрезмерная напряженность мышц при прикосновении к лицу ребенка).

Массаж проводится теплой рукой; начинается он обычно с поглаживания, этим же приемом его хорошо и закончить. Другими приемами будут легкое похлопывание и пощипывание. Более энергичное проведение их может усиливать гиперкинезы и спастичность.

В зависимости от состояния мышечного тонуса проводится расслабляющий массаж (при спастичности мышц – с целью расслабления) и стимулирующий (укрепляющий) массаж (при гипотонии – с целью активизации мышечного тонуса). (4, с.60-64)

Массируют мышцы щек, губ, верхней поверхности языка, мягкого нёба (в зависимости от места поражения).

2) Работа по использованию произвольных движений. Имеющиеся произвольные движения (например, оскал, получаемый при улыбке, вытягивание губ при сосании круглого леденца или даже чисто вымытого пальца, поднятие языка при пощелкивании) производятся перед зеркалом; при этом нужно привлечь внимание ребенка к наблюдению движения в зеркале, как у себя, так и у логопеда; дать ему пощупать напряжение в соответствующем органе, например гортани — при звучании голосовых связок, при зевании и т. п., послушать получаемый звук стопа, покашливания.

Движение многократно повторяется сначала сопряженно, затем отраженно и, наконец, самостоятельно по речевой инструкции логопеда

3) Пассивная гимнастика с постепенным переходом в пассивно-активную. Пассивной гимнастикой называется такая форма гимнастики, когда ребенок производит движение только при помощи механического воздействия — под нажимом руки логопеда или соответствующего зонда, шпателя. Движения следует выполнять медленно, плавно, ритмично, с постепенным увеличением амплитуды. Например, ребенок шире открывает рот, для этого большой палец правой руки, тщательно вымытый, кладется на нижние зубы, а четыре пальца — под подбородок. Или дальше высовывается язык, для этого кончик языка охватывается марлевой салфеткой, и ребенок рукой выдвигает его вперед. По мере того как пассивные движения делаются менее затрудненными, можно уменьшать механическую помощь и переходить к удержанию достигнутого положения.

4) Активная артикуляционная гимнастика. Активной артикуляционной гимнастикой называется система упражнений для различных речевых органов, которые проводятся по инструкции логопеда, под его счет. Они должны проводиться ритмично, плавно, с достаточным напряжением и силой. Логопед считает, меняя темп (то замедляя, то ускоряя его), но всегда следя за тем, чтобы движение оставалось правильным, точным, ненапряженным. После приобретения некоторого навыка в такой гимнастике логопед требует,

чтобы ребенок проводил упражнения и дома, сначала под наблюдением взрослых, а затем самостоятельно, но всегда контролируя себя при помощи зеркала.

Упражнения для различных частей речевого аппарата языка, губ, жевательных мышц объединяются, что дает возможность очень скоро переходить от беззвучных упражнений к упражнениям с включением речевых звуков [5, с. 98-100].

Примерные виды упражнений:

Для нижней челюсти: открывание и закрывание рта; удерживание рта открытым, закрытым (при закрывании рта следует следить за тем, чтобы оно происходило симметрично). Для получения свободного и в полном объеме открытия рта и длительной фиксации его используют жевательные движения; через зрительный зеркальный контроль эти движения переходят затем в план произвольных движений. Выдергивание закушенной чистой марлевой салфетки, ощупывание движения головки нижней челюсти в суставе способствует усилению напряжения мышц, большей силе данного движения. Звуки, в артикуляцию которых входит это движение, следующие э, и, т, с, ш, л, р. [5, с.100-104].

Для выработки движений губ. Под счет производится поочередно оскал губов (от улыбки) и вытягивание хоботком (от сосательного движения губ). В качестве механической помощи для движения оскала можно употребить оттягивание пальцами уголков губ. Для укрепления мышц губ можно рекомендовать удержание губами бумажных трубок различного диаметра (все уменьшающегося), круглой каучуковой палочки, зонда.

Работа по преодолению саливации (в случае необходимости). Нужно объяснить ребенку, что он должен глотать накапливающуюся у него во рту слюну, не дожидаясь, пока она потечет. Это необходимо сделать перед тем, как начать говорить, или перед тем, когда нужно произвести какое-нибудь артикуляционное упражнение. На первых порах, когда затруднен еще и сам акт глотания, следует предложить пожевать, несколько закидывая голову назад, что облегчает акт глотания. Кроме глотания слюны, ребенок должен научиться закрывать рот и удерживать его закрытым. Напоминания об этом нужно делать и дома. С этих же указаний начинается работа перед зеркалом [2, с.184].

Для того чтобы активизировать у ребенка желание преодолеть свое слюнотечение, можно после первых успехов (что отмечается примерно через неделю) предложить снять нагрудник.

Упражнения должны проводиться длительно и систематически, они легко могут надоесть ребенку, поэтому от логопеда требуется много умения и такта, чтобы заставить ребенка их производить, а, кроме того, много изобретательности, чтобы варьировать форму их преподнесения. Одной из таких форм являются подвижные и настольные игры.

«Воздушные шарики».

Дети садятся полукругом, логопед произносит следующий текст – Раздувайся, пузырь, раздувайся, большой, Ну, еще, ну, еще, вот такой! Да смотри... не ло-пай-ся!

Под эти слова дети надувают щеки, с последними словами они хлопают себя по щекам — пузырь лопнул. Игра применяется для упражнения в плотном смыкании губ, направлении воздушной струи в рот и надувании щек.

«Лодочки». На стол ставится большой таз с водой, на воду опускаются легкие нетонущие лодочки (из бумаги, пластмассы, скорлупок грецких орехов). Дети стоят вокруг таза и дуют на свои и чужие лодочки. Чья лодочка пристанет к другому берегу, тот выигрывает.

Игра способствует активизированию нёбной занавески и выработке сильной, правильной направленной воздушной струи.

Рассмотрим работу по развитию дыхания. Работа над дыханием начинается с общих дыхательных упражнений, цель которых увеличить объём дыхания и нормализовать его ритм. Ребёнка учат дышать при закрытом рте, попеременно зажимая то одну, то другую ноздрю, для усиления глубины вдоха перед ноздрями ребёнку создается «веер воздуха». Проводятся упражнения по тренировке носового выдоха. Инструкция: «Вдыхай глубоко и выдыхай длительно через нос». Упражнения на развитие ротового вдоха: логопед закрывает ноздри ребенка и просит его вдыхать через рот до того момента, когда он его попросит произнести отдельные гласные звуки или слоги. Используются упражнения с сопротивлением. Ребенок вдыхает через рот. Логопед кладет руки на грудную клетку ребенка, как бы препятствуя вдоху в течение 1-2 секунд. Это способствует более глубокому и быстрому вдоху и более удлиненному выдоху. Ребенка просят задержать вдох, добиваясь быстрого и глубокого вдоха и медленно продолжительного выдоха.

В процессе отработки речевого дыхания большое значение имеют и специальные упражнения-игры: выдувание мыльных пузырей, задувание свечей, сдувание со стола мелких пушинок и бумажек и т.д. Игры подбираются дифференцированно в зависимости от возраста, характера нарушения дыхания и др. Работа над дыханием, фонацией и артикуляцией проводится в тесном единстве; большое значение в этой работе имеют также и специальные логоритмические упражнения, игры. 3. Работа над голосом:

Для коррекции голоса большое значение имеет активизация движений мягкого неба и укрепления мышц небной занавески для этого используют следующие упражнения с чередованием расслабления и напряжения:

- произвольное глотание капель воды,
- стимуляция зевания и кашлеподобных движений,
- произнесение гласного А на твердой атаке (далее слогов со звонкими согласными – ба, да, га, ва),
- попеременное произнесение: м-па-м-па..., м-бай-м-бай ... [3, с.149].

Пример упражнения для развития силы голоса:

Игра «Эхо». Детей распределяют на две группы. Одна из групп - «эхо». Первая группа детей громко произносят гласные звуки- а, о, у или сочетание согласных: ау, уа, оа, ао, уи. Вторая группа «эхо» – тихо повторяет. Затем группы меняются ролями.

Развитие голоса и формирование просодической стороны речи неразрывно связаны между собой. При развитии мелодико-интонационной стороны речи особое значение имеет навык управления движением голоса вверх – вниз.

При формировании мелодико-интонационной стороны речи важной составляющей является работа над логическим ударением (выделение слов, наиболее важных по смыслу). Детям предлагается выделять слово, на которое падает смысловое ударение, голосом и движением: хлопаньем в ладоши, прихлопыванием (Мама мыла Диму.. Мама мыла Диму... Мама мыла Диму).

Развитие у детей естественных интонаций, выражающих различные эмоциональные состояния: радость, удивление, испуг. Одним из средств выражения эмоций является произнесение междометий. Их воспроизведение ребенок может сопровождать различными произвольными движениями и мимическими реакциями [4, с.72-73].

- Ай! (руки прижимает к себе, на лице выражение испуга)
Ай-я-яй! (укоризненно качает головой и грозит пальцем)
Ой! (на лице - радость, всплескивает руками, подносит их к лицу)
Ой-е-ей! (качает головой с сожалением, руки разводит в стороны)
Эй! (радостный окрик, руку вытягивает вверх)

Нормализации речевого дыхания и улучшению артикуляции в начальный период помогают «сценки без слов». В «сценках без слов» присутствуют элементы пантомимы, а речевой материал специально сведен к минимуму, чтобы дать основы техники речи и исключить неправильную речь. Во время этих «представлений» используются только междометия (А! Ах! Ох! и т. д.), звукоподражания, отдельные слова (имена людей, клички животных), позже – короткие предложения. Постепенно речевой материал усложняется: появляются короткие или длинные (но ритмические) фразы, когда речь начинает улучшаться. Внимание детей постоянно обращается на то, с какой интонацией следует произносить соответствующие слова, междометия, какими жестами и мимикой пользоваться. В ходе занятий поощряются собственные фантазии детей, их умение подобрать новые жесты, интонацию и т. д.

Коррекция звукопроизношения (осуществляется по структуре занятий постановки, автоматизации и дифференциации звуков).

Особенности постановки и отработки звуков:

- 1) не рекомендуется сразу добиваться полной чистоты звука; шлифовка каждого звука должна проводиться длительно, на фоне все развивающейся, усложняющейся работы над другими звуками;
- 2) необходимо одновременно работать над несколькими звуками, принадлежащими к различным артикуляционным установкам;
- 3) последовательность работы над звуками диктуется постепенным усложнением артикуляционных установок.

Оптимизирующим процесс автоматизации звуков при стертой дизартрии является включение пальцевых упражнений, выполняемых на иппликаторе Кузнецова [8].

При включении в коррекционную работу стимуляции рецепторных зон кистей обеих рук усиливаются афферентные ощущения тактильно-кинестетической модальности. Стимуляцию осуществляют прижатием подушечек пальцев к предмету, имеющему поверхность заостренной формы,

с одновременным пропеванием гласных звуков. В качестве предмета, используемого для стимуляции, применяют массажеры, например, аппликатор Кузнецова, массажные щетки, пластмассовые мыльницы с шероховатой поверхностью и т. п.

В речевой функциональной системе принимают участие все анализаторы: слуховой, двигательный, кожно-кинестетический, зрительный. Каждый из них вносит свой вклад в эфферентные и афферентные основы речи. Е. Ф. Архипова экспериментальным путем доказала успешность автоматизации звука при стертой дизартрии путем «формирования кинестетической и кинетической основы движений, осуществления кинестетического анализа и синтеза ручных и артикуляционных движений, превращения отдельных двигательных навыков в серийно-организованные движения... Овладение динамическими навыками в процессе выполнения последовательных и серийно-организованных движений помогало более успешной автоматизации звуков» [1, с. 90-102].

При произнесении звуков в слогах, словах осуществляются последовательные прожимы пальцев руки на аппликаторе. Используются слоговые упражнения с постепенным наращиванием числа слогов, с попеременным ударением. В период закрепления большое значение придается неоднократному повторению слов, включающих заданный звук. Постепенно, после отработки звуков в словах, они включаются в тексты. Обучение осуществляют следующим образом.

Логопед выполняет упражнение, т. е. произносит гласные звуки в определенной последовательности, при этом поочередно осуществляет прижатие подушечек пальцев рук на аппликаторе Кузнецова. Затем ребенок сам выполняет данное упражнение по подражанию.

Если ребенок сразу не выполняет упражнение синхронно, процесс обучения делят на этапы:

1 этап. Отдельно произносят гласные звуки с прижатием всей ладони:

1. А----- Большой палец
2. О----- Средний палец
3. У----- Указательный палец
4. И----- Безымянный палец
5. Ы----- Мизинец
- Э-----Вся ладонь

2 этап. Отдельно и последовательно от большого пальца к мизинцу прижимают подушечки пальцев обеих рук с одновременным четким произнесением гласных.

3 этап. Движения пальцев рук и артикуляционного аппарата объединяют и доводят до автоматизма.

4 этап. Отрабатывают точность движений, их ритмичность, плавность. На данном этапе гласные звуки произносят в трех регистрах: нижнем, среднем, верхнем с усилением и ослаблением голоса.

После овладения навыками пальцевых движений на иппликаторе Кузнецова проводится автоматизация звуков в слогах, сохраняя последовательные движения пальцев по иппликатору.

В результате сочетания интенсивной работы над развитием произносительной стороны речи с работой по воспитанию фонематического восприятия звуков на базе приближенного произношения у детей, создается фонематическая готовность к полноценному усвоению письма [3, с.152].

Дизартрия может иметь у детей разную степень выраженности. Логопед должен учитывать степень поражения, возрастные особенности детей. Используемый речевой материал, приемы работы, предлагаемый темп должны соответствовать индивидуальным особенностям детей. В результате систематических занятий ребенок с дизартрией может быть включен в процесс полного общения с окружающими.

Литература

1.Архипова, Е. Ф. Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стертой дизартрии у детей / Е. Ф. Архипова. – М., 2008.

2.Логопедия. / Под ред. Л. С. Волковой. – М.: Владос, 2004.

3. Левченко, И. Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько – М.: Издательский центр «Академия», 2001.

4. Правдина, О. В. Логопедия. Учеб. пособие для студентов дефектолог. фак-тов пед. ин-тов. Изд. 2-е, доп. и перераб. / О. В. Правдина – М. : «Просвещение», 1973.

А. Семенова К. А., Махмудова Н. М. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом. — Ташкент, 1979.

6. Сорочинская, Т. В патент РФ на изобретение №2092150 Российского агентства по патентам «Способ коррекции речевых нарушений у детей». Свидетельствован в Государственном реестре изобретений 10.10.1997).

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ РЕЧИ МЕТОДОМ АРТ-ТЕРАПИИ

*Н. И. Ждановских, О. В. Мошкина
МБДОУ д/с «Центр «Радуга»,
г. Екатеринбург*

Вопросы социально-психологической адаптации воспитанников в нашем образовательном учреждении стоят достаточно остро. МДОУ детский сад компенсирующего вида «Центр «Радуга» посещают дети с ограниченными возможностями здоровья: тяжелое нарушение речи, задержка психического развития, легкая степень умственной отсталости, нарушения опорно-двигательного аппарата, сочетанная патология. В коррекционной деятельности наряду с другими методами воздействия использовался метод арт-терапии, хорошо зарекомендовавший себя в работе с детьми дошкольного возраста, которым требуются особые образовательные условия для успешной психологической адаптации и социализации. Социализация – это процесс и результат усвоения и активного воспроизводства индивидом социального опыта, осуществляемый в общении и деятельности. У данной категории детей этот процесс затруднен. В статье остановимся на коррекционной работе с детьми, имеющими тяжелые нарушения речи.

Тяжелое нарушение речи – это речевое расстройство, при котором нарушено формирование всех компонентов речи. Общая, мелкая артикуляционная моторика, дыхание, голос, темп и ритм, фонетическая сторона, фонематический слух и фонематическое восприятие, слоговая структура слова, лексико-грамматический строй и связная речь. Проявления тяжелого нарушения речи колеблются в широких пределах: от полного