

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РФ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

Пензенский государственный университет
Педагогический институт им. В.Г. Белинского

Факультет педагогики, психологии и социальных наук Кафедра «Дошкольное
и дефектологическое образование»

Направление подготовки 44.04.03 «Специальное (дефектологическое) образование»

Магистерская программа «Логопедическая работа в системе комплексного
сопровождения лиц с ограниченными возможностями здоровья»

Заочная форма обучения

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

на тему:

**«Комплексный подход к коррекции речи дошкольников с детским
церебральным параличом»**

Студент

Ю. Белова 30.01.26
(подпись, дата)

Белова Юлия Андреевна

Научный руководитель

Е.А. Карпушкина 30.01.26
(подпись, дата)

к. п. н., доцент Е.А.
Карпушкина

Нормоконтролёр

Е.А. Карпушкина 30.01.26
(подпись, дата)

Е.А. Карпушкина

Рецензент

учитель-логопед МБОУ
СОШ № 78 г. Пензы им.
дважды героя Советского
Союза В.А. Глазунова

Ю.В. Резикова 30.01.26
(подпись, дата)

Ю.В. Резикова

Работа допущена к защите (протокол заседания кафедры от 26.01.26 № 6)

Заведующий кафедрой

Л.Н. Корчагина
(подпись)

Л.Н. Корчагина

Работа защищена с отметкой 5 (отлично) (протокол заседания ГЭК от 12.02.26 № 3)

Секретарь ГЭК

Н.А. Мали
(подпись)

Н.А. Мали

Пенза, 2026

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАЗВИТИЯ УСТНОЙ РЕЧИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
1.1. Клиническая и психолого-педагогическая характеристика детей с ДЦП .	8
1.2. Особенности устной речи и коммуникации у детей ДЦП.....	15
1.3. Современные подходы в реабилитации детей при ДЦП	19
1.4. Общие подходы к коррекции речи детей с ДЦП	24
ГЛАВА II. ЭКСПЕРИМЕНТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ФОНЕТИКО-ФОНЕМАТИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ	
2.1. Цель, задачи и организация констатирующего эксперимента и методика экспериментального изучения	28
2.2. Анализ результатов констатирующего эксперимента	32
ГЛАВА III. РАЗВИТИЕ И КОРРЕКЦИЯ ФОНЕТИКО-ФОНЕМАТИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ ДЕТЕЙ С С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ (КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД)	
3.1. Организация и теоретическое обоснование экспериментального обучения	41
3. 2. Коррекционная работа по преодолению речевых нарушений у детей дошкольного возраста с детским церебральным параличом	46
3.3. Логопедическая работа.....	50
3.3.1. Логопедическое занятие и кинезиотейпирование	50
3.2.3. Логопедическое занятие с гарнитурой Forbrain.....	56
3. 4. Результаты контрольного эксперимента	58
3.5. Методические рекомендации для специалистов реабилитационных центров	63
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	68
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	72
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	81

ВВЕДЕНИЕ

У детей с детским церебральным параличом (ДЦП) нарушение речи – очень характерное явление, которое зависит в свою очередь с воздействием нескольких факторов. Примерно 70–80% детей с проблемами речи, эта та статистика специалистов с этим диагнозом. Все зависит от тяжести формы самого диагноза — от полного отсутствия речи до искажённого её формирования или своеобразного развития.

Формирование речи у детей с детским церебральным параличом (ДЦП) — это сложный и многоуровневый процесс, требующий комплексного подхода, включающего логопедическую работу, медицинское лечение и специальное образование. Речевые нарушения связаны не только с двигательными проблемами, но и с расстройствами психических функций и ограничением социальных контактов. Дошкольный возраст является наиболее благоприятным периодом для коррекции, однако диагностика и лечение у таких детей затруднены из-за сложности заболевания и нехватки специализированных знаний.

Согласно утверждениям Г.М. Мастюковой, И.И. Панченко и Л.Б. Халиловой, у детей с ДЦП к моменту начала школьного обучения недостаточно развита произносительная сторона речи. Это связано с патологическими процессами в различных мозговых структурах, которые приводят к церебрально-органической патологии. Наличие таких нарушений затрудняет формирование полноценной речевой и учебной активности, и такие дети попадают в группу риска по успеваемости. Речевые нарушения ограничивают контакт и общение детей со взрослыми и здоровыми сверстниками, снижает мотивацию к речевому общению. Исходя из выше сказанного, можно утверждать, что тема исследования является значимой, недостаточно изученной, что и определяет ее актуальность.

Теоретической основой данного экспериментального исследования стали труды коррекционной педагогики и специальной психологии, сформулированных Л.С. Выготским, В.В. Лебединский, В. И. Лубовским, Н.Н. Малофеева. Также берется во внимание принципы коррекционно-логопедической работы детей с ДЦП, описанные в работах Л.А. Даниловой, М.В. Ипполитовой.

Объект исследования: состояние фонетико-фонетической стороны речи детей дошкольного возраста с ДЦП.

Предмет исследования: комплексный подход в структуре коррекции фонетико-фонематической стороны речи как средство повышения эффективности коррекционной работы у детей дошкольного возраста с ДЦП.

Цель исследования: коррекция фонетико-фонематической стороны речи в структуре комплексного подхода в реабилитации детей дошкольного возраста с ДЦП.

В соответствии с целью в исследовании были поставлены следующие задачи:

1. Проанализировать специальную литературу по проблеме фонетико-фонематической стороны речи детей дошкольного возраста с ДЦП;
2. Провести экспериментальное изучение уровня сформированности звукопроизношения и фонематических процессов детей дошкольного возраста с ДЦП;
3. Провести логопедическую работу по коррекции речевых нарушений у детей дошкольного возраста с ДЦП;
4. Подготовить методические рекомендации для специалистов реабилитационных центров по коррекции речевых нарушений у детей дошкольного возраста с ДЦП.

Для решения поставленных задач были использованы следующие методы исследования:

1. Теоретические методы: анализ психолого-педагогической, лингвистической, методической литературы по проблеме исследования.

2. Эмпирические методы: констатирующий эксперимент, формирующий эксперимент, контрольный эксперимент; количественный и качественный анализ результатов эксперимента; анализ речевой продукции детей.

Гипотеза исследования:

Сложная структура дефекта, характерная для детского церебрального паралича, вызывает множественные нарушения, затрагивающие звукопроизношение, фонематическое восприятие и слуховые функции. Поэтапное формирование фонетико-фонематической стороны речи у детей дошкольного возраста с церебральным параличом, осуществляемое в рамках комплексного психолого-медико-педагогического воздействия, имеет потенциал значительно повысить эффективность как педагогической коррекции, так и реабилитационных мероприятий в целом. Данная стратегия подразумевает интеграцию различных дисциплин для более глубокого понимания и устранения речевых и когнитивных нарушений, что в конечном итоге способствует более успешной социальной адаптации детей и улучшению их качества жизни.

Научная новизна состоит в том, что:

1. При наличии разных формах ДЦП у детей, результаты исследования позволяют уточнить и систематизировать структуру речевого дефекта.
2. Определены и апробированы методические рекомендации для эффективной логопедической работы детей с ДЦП в современном комплексном подходе реабилитационного центра.

База исследования: исследование организовано на базе лечебно-оздоровительного центра ООО «Адели-Пенза», расположенный по адресу:

г. Пенза ул. Ульяновская 15.

Положения, выносимые на защиту:

1. Нарушение фонетико-фонетической стороны речи детей дошкольного возраста с ДЦП.

2. Эффективность логопедической коррекции у детей с ДЦП будет происходить быстрее, если учитывать не только речевые нарушения, такие как трудности при узнавании фонем, искажение звуко-слоговой структуры слова, перерегуляции, замены звуков но и двигательное состояние ребенка, а именно форму степени ДЦП.

3. Комплексный подход в речевой реабилитации предполагает сочетание коррекционно-педагогической и лечебно-оздоровительной работы:

- Бобат-терапия;
- Методика Войта;
- Кастильо Моралес;
- Биоакустическая коррекция головного мозга (БАК 8К);
- Биологическая обратная связь по электромиограмме (ЭМГ-БОС).

Основные положения и результаты экспериментального исследования были представлены и обсуждены на I межвузовской научно-практической конференции, посвященной 85-летию Педагогического института имени В.Г.Белинского г.Пензы, 16-17 октября 2024г., на Всероссийской научно-практической конференции «Современный ребенок: вопросы обучения, воспитания, социализации».

Статьи: «Особенности коррекции речи детей с ДЦП в условиях реабилитационного центра», «Использование методики Кастильо Моралес в речевой реабилитации лиц с ОВЗ».

Содержание работы отражено в следующей публикации:

1. Белова, Ю.А Использование методики Кастильо Моралес в речевой реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья / Ю.А. Белова, Е.А. Карпушкина // Современный ребенок: вопросы обучения, воспитания, социализации. Материалы II Всероссийской научно-практической конференции. – Пенза, 2025. – С. 218-222.

Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы (70 источников) и приложения.

ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАЗВИТИЯ УСТНОЙ РЕЧИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

1.1. Клиническая и психолого-педагогическая характеристика детей с ДЦП

Детский церебральный паралич (ДЦП) — это заболевание центральной нервной системы, при котором наблюдается повреждение двигательных зон и проводящих путей головного и спинного мозга, возникающее на ранних этапах его формирования. Это определение было принято международной группой исследователей в Оксфорде в 1958 году. Нарушения неврологического характера, возникающие при ДЦП, часто сопровождаются затруднениями в психическом развитии, так как двигательные функции играют ключевую роль в психическом функционировании ребенка. Кроме двигательных зон, у детей с церебральным параличом могут быть поражены и другие области головного мозга, что приводит к различным нарушениям психических функций [1].

Становление речи у детей в норме осуществляется поэтапно, об этом свидетельствуют работы таких авторов, как В.И. Бельтюкова, А.Н. Гвоздева, А.А. Леонтьев, Г.Л. Розенгард-Пупко, Н.Х. Швачкина и Д.Б. Эльконин. Они рассматривают различные этапы речевого развития и подчеркивают важность понимания этих этапов для формирования эффективной коррекционной работы с детьми с ДЦП [35].

Г.Л. Розенгард-Пупко рассматривает 2 этапа формирования речи:

до 2-х лет – подготовительный;

от 2-х лет и далее является этапом самостоятельного становления речи [47].

А. Н. Леонтьев установил 4 этапа в становлении речи детей:

- 1) подготовительный (с рождения – до года);
- 2) преддошкольный (от года до 3 лет);
- 3) дошкольный (от 3 до 7 лет);

4) школьный (от 7 до 17 лет) [11].

Исследования Е. Ф., Архиповой, Л. А. Даниловой, Е. М. Мастюковой, М. В. Ипполитовой, И. А. Панченко и многих других посвящены изучению речевых нарушений при ДЦП. Особенности нарушений речи и их выраженность зависят в первую очередь от локализации и тяжести поражения мозга [8].

В отечественных и зарубежных источниках встречается множество работ по данной проблематике ДЦП (Л. О. Бадалян, Д. Вернер, Н. А. Ермоленко, И. Н. Иваницкая, В. Литтль, И. И. Мамайчук, А. Ф. Неретина, И. А. Скворцов, Л. М. Шипицына).

Е. М. Мастюкова считает, что в основе нарушения двигательных функций при ДЦП – запаздывание в угасании безусловно рефлекторных двигательных автоматизмов, среди которых наибольшее значение имеют так называемые позотонические рефлексы. Исследования как отечественных, так и зарубежных клиницистов свидетельствуют о замедленном развитии психомоторных функций у детей с церебральным параличом, особенно в ранние периоды перинатального онтогенеза. Ключевой особенностью двигательных нарушений при ДЦП является их наличие с самого рождения, что неразрывно связано с сенсорными расстройствами, в частности с недостаточной осознанностью собственных движений. Она значительно усугубляет ситуацию, поскольку патология двигательнo-кинестетической функциональной системы, наряду с сенсорными, интеллектуальными и речевыми нарушениями, вносит свой вклад в недоразвитие восприятия у этих пациентов. Сенсорное восприятие охватывает не только развитие зрительного и слухового восприятия, но и тактильного и кинестетического, что имеет решающее значение для формирования полноценной моторной активности и когнитивных функций.

При ДЦП из-за недоразвития или снижения моторных функций имеет место нарушение деятельности слухового анализатора [8]. Так может отмечаться снижение слуха, что наиболее часто наблюдается при наличии

гиперкинезов. Особенно характерно снижение слуха на высокочастотные тона и сохранность на низкочастотные.

Для некоторых детей характерна недостаточность фонематического слуха, ведущая к нарушениям звукопроизношения (М. В. Ипполитова, Е. М. Мастюкова, И. И. Мамайчук, Е. Ф. Рау, Л. М. Шипицына, Н. Д. Шматко).

Зрительное восприятие у ребенка с ДЦП может быть нарушено за счет ограниченного движения глаз, нарушений фиксации взора, снижения поля зрения, снижения остроты зрения и т. п. Длительное вынужденное положение таких детей в постели ограничивает их поле зрения. Недостаточное развитие предметного восприятия в значительной степени зависит от отсутствия у больных детей предметных действий.

По данным Л. М. Шипицыной, и И. И. Мамайчук тяжелые нарушения зрения (слабовидение и слепота) встречаются примерно у 10% детей с ДЦП. В 20-30% случаев отмечаются косоглазие, нарушение согласованности движений глаз, опущенное верхнее веко (птоз), непроизвольные движения глазных яблок (нистагм). Такие особенности зрительного анализатора приводят к дефектному, а в отдельных случаях к искаженному восприятию предметов и явлений окружающей действительности. Для формирования предметно-практической и познавательной деятельности важное значение имеет согласованность движений руки и глаза. У детей с ДЦП в результате поражения двигательной сферы, а также мышечного аппарата глаз согласованные движения руки и глаза развиты недостаточно. В связи с этим для многих детей с ДЦП уже с первого года жизни характерно нарушение активного восприятия и познания окружающего мира.

Термин ДЦП объединяет целый ряд синдромов, которые возникают в связи с поражением мозга. ДЦП возникает вследствие органического поражения, недоразвития или повреждения мозга в раннем онтогенезе (внутриутробный период развития, момент родов или ранний постнатальный период). При этом особенно страдают «молодые» в филогенетическом плане отделы мозга и кора больших полушарий. ДЦП может проявляться как целый

комплекс двигательных, психических и речевых нарушений, сочетаться с расстройствами зрения, слуха, различных видов чувствительности.

Основной клинический синдром детских церебральных параличей – это двигательные нарушения. Степень тяжести двигательных нарушений может варьироваться от минимальных до очень грубых, тяжелых [25].

Английское Международное общество в 1959 г. разработало классификацию, согласно которой выделяли: спастический церебральный паралич (гемиплегия, диплегия, двойная гемиплегия), дистонический церебральный паралич, хореоатетодный церебральный паралич, смешанный, атактический церебральный паралич, атонический церебральный паралич. Исполнительный комитет по определению ДЦП (Executive Committee for the Definition of Cerebral Palsy) определил церебральный паралич у детей, как неврологическое расстройство, которое влияет на движения, мышечный тонус и координацию [10]. Традиционные международные схемы классификаций дифференцируют детей исключительно по типу нарушения тонуса, такого как спастический, дискинетический и атактический, и распределению поражения конечностей, таких как гемиплегия, квадриплегия и диплегия.

В соответствии с Международной классификацией церебрального паралича выделяют следующие клинические формы ДЦП:

- спастический церебральный паралич (гемиплегия, диплегия, квадриплегия);
- дискинетический церебральный паралич;
- атактический церебральный паралич;
- смешанный тип церебрального паралича.

Классификация коммуникативных функций и навыков (Communication Function Classification System – CFCS) – это инструмент, используемый для оценки повседневного общения пациента с ДЦП [14].

Шкала CFCS состоит из пяти уровней, которые описывают повседневные коммуникативные способности ребенка:

CFSC I – ребенок эффективно обменивается информацией, как с членами семьи, так и с посторонними людьми. Общение происходит легко и в комфортном темпе, недоразумения в общении быстро устраняются и не влияют на общую эффективность коммуникации.

CFSC II – ребенок эффективно, но замедленно обменивается информацией, как с членами семьи, так и с посторонними людьми, может потребоваться дополнительное время для понимания обращений, составления ответа и/или устранения недоразумений. Коммуникативные недоразумения часто устраняются и не влияют на конечную эффективность общения.

CFSC III – ребенок эффективно обменивается информацией, но только с членами семьи или знакомыми ему собеседниками.

CFSC IV – ребенок периодически эффективен в обмене информацией только с членами семьи.

CFSC V – невозможен обмен информацией как с членами семьи, так и с посторонними людьми [32].

Для констатирующего эксперимента в работу мы возьмем 1 и 2 степень.

В России наиболее часто используется клиническая классификация, предложенная профессором К.А. Семеновой и соавторами в 1973 г., в основу которой легли особенности неврологического статуса, т.е. характер изменения мышечного тонуса (спастическая мышечная гипертония или гипотония), преобладание пирамидных, экстрапирамидных или мозжечковых симптомов, количество парализованных конечностей у ребенка.

Данная классификация учитывает все проявления поражения мозга, характерные для каждой формы заболевания – двигательные, речевые и психические, а также позволяет прогнозировать течение заболевания. Согласно классификации К.А. Семеновой, выделяют шесть основных форм ДЦП:

- спастическая диплегия;
- двойная гемиплегия;
- гемиплегия;

- гиперкинетическая форма;
- атонически-астатическая форма;
- смешанная форма.

Особое место в структуре дефекта при ДЦП занимают нарушения речи, которые можно выявить, начиная с первых месяцев жизни ребенка (Е. Ф. Архипова, Е. М. Мастюкова, К. А. Семенова). В артикуляционном аппарате данной категории детей отмечается напряжение и дрожание языка, который почти не участвует в процессе сосания и глотания. Рефлекторно-голосовые реакции не приобретают коммуникативного значения, ярко выражена псевдобульбарная симптоматика, характеризующаяся нарушениями сосания (позднее и жевания), глотания, дыхания и крика.

У детей раннего возраста с детским церебральным параличом наблюдаются нарушения понимания как речи, так и жестов. Их речь отличается бедностью, фрагментарностью и отрывочностью, часто сопровождается дефектами артикуляции и персеверативными эхолалиями. Анализ литературы подчеркивает необходимость ранней диагностики психомоторного и речевого развития и поиска эффективных методов коррекции. В отечественной и зарубежной практике используются различные подходы к диагностике психического развития, где в международной практике часто применяется тестирование, основанное на сравнении поведенческих проявлений с нормативными показателями для здоровых детей.

Оценка уровня развития основана на успешности выполнения нормативного задания или обнаружении той или иной способности.

Рассмотрев особенности речевого развития у нормально развивающихся детей и детей с церебральным параличом, мы видим, что они имеют значительные отличия. Доречевое и речевое развитие детей с ДЦП идет в замедленном темпе. Как мы уже выяснили, более позднее становление речевой функции обусловлено задержкой развития мозга. При ДЦП не только замедляется, но и патологически искажается процесс формирования речи. Задержка речевого развития отмечается уже с доречевого периода. Все

речевые периоды ребенка с церебральным параличом отличается от того же периода у нормально развивающегося ребенка: при детском церебральном параличе доречевой период отличается на 2 – 3 года от нормально развивающихся сверстников.

При ДЦП выражено недоразвитие интонационной характеристики крика. Он не изменяется в зависимости от состояния ребенка (не выражает радости или недовольства). В отличие от нормально развивающегося малыша у ребенка с ДЦП отмечается отсутствие или задержка появления лепета:

- к году у нормально развивающегося ребенка наблюдается активное повышение потребности в речевом общении. А у детей с ДЦП понижается и так же наблюдается низкая голосовая активность. Дети часто предпочитают общаться жестом, мимикой, криком [22].

- чаще дети с церебральным параличом начинают произносить первые слова примерно в 2-3 года, а типично развивающиеся к концу первого года жизни.

- при ДЦП отмечается задержка и нарушение формирования всех сторон речи (грамматической, лексической и фонетико-фонематической).

- дети с ДЦП в дошкольном возрасте общаются с окружающими с помощью простых коротких предложений (из двух-трех слов), а дети в норме уже к концу преддошкольного периода общаются между собой и окружающими, используя структуру простого распространенного предложения. Употребляют при этом наиболее простые грамматические категории речи.

Часто даже к началу обучения в школе большинство детей с церебральным параличом практически не умеют пользоваться грамматическими средствами оформления предложений.

У них отчетливо выявляется недостаточная сформированность связной речи. Таким образом, к концу дошкольного периода нормально развивающиеся дети владеют развернутой фразовой речью, фонетически, лексически и грамматически правильно оформленной.

Для констатирующего эксперимента в работу мы возьмем 1 и 2 степень.

Нами рассмотрено пособие «Реабилитация детей с ДЦП: обзор современных подходов в помощь реабилитационным центрам». Как пишут современные авторы, специалисты-практики Е. Ю. Заблоцкис, Е. В. Ключкова, А. Е. Коршикова-Морозова, Е. В. Семёнова, А. В. Трухачёва, собрали актуальную информацию о методах и подходах в реабилитации и абилитации детей с церебральным параличом. [24]

Описание принципов реабилитации, методов оценки и терапии, организации работы специалистов разного профиля, примеры международных шкал и многое другое будет полезно неврологам, физическим терапевтам, специалистам по питанию, логопедом, психологам и другим специалистам реабилитационных центров.

1.2. Особенности устной речи и коммуникации у детей ДЦП

У детей с детским церебральным параличом отмечается отставание на этапе дофонемного развития. Е. Ф. Архипова изучила особенности доречевого развития таких детей и выделила четыре группы на основе состояния голосовой активности у детей в возрасте от рождения до 2 лет.

Первый уровень характеризуется отсутствием голосовой активности. Дети издают звуки исключительно в форме плача и тихого, лишённого модуляции крика. Эмоциональная коммуникация выражена незначительно, а сенсорные реакции, включая как зрительное, так и слуховое восприятие, проявляют заметное снижение. В ответ на звуковые и визуальные раздражители дети демонстрируют защитные реакции, такие как вздрагивание, что свидетельствует о недостаточной адаптации к стимуляции окружающей среды.

Второй уровень характеризуется недифференцированной голосовой активностью. Дети проявляют «комплекс оживления», издавая спонтанные недифференцированные звуки в ответ на внешние раздражители. Голос

остается слабым и немодулированным, а звуки о, э, ы звучат нечетко. Отсутствует певучее гуление. При стимуляции возникают ориентировочные реакции, однако уровень зрительного и слухового внимания остается низким. Повышенная чувствительность к звуковым раздражителям также может отмечаться. Произвольная моторика развивается слабо: фиксируются лишь слабые попытки удерживать голову, а зрительно-моторная координация есть, но захват игрушек требует многочисленных попыток. Манипуляции отсутствуют.

Третий уровень характеризуется гулением, где «комплекс оживления» становится более выраженным. Крики детей становятся интонационно разнообразными и используются для общения. Они начинают произносить длительные гласные и согласные, подражая и спонтанно. Дети могут различать мать и знакомых, адекватно реагируя на некоторые фразы, проявляют интерес к ярким игрушкам и выполняют простые манипуляции. Однако общая моторика по-прежнему отстает: дети не могут сидеть, стоять или ходить без поддержки.

Четвертый уровень характеризуется лепетом, образующимся из бедных речевых проявлений, в основном состоящих из сочетаний губных и нечетких гласных звуков. Аутоэхолалии проявляются слабо. Дети хорошо понимают обращенную речь, но их активность в общении остается невысокой, и они используют жесты и мимику. Познавательная и двигательная активность возрастает: дети могут сидеть в специальных стульях, удерживать голову, брать игрушки и манипулировать ими. С помощью взрослых они могут стоять и передвигаться с опорой, а некоторые способны самостоятельно сидеть.

Таким образом, можно говорить о дефиците как сенсорной, так и моторной базы развития фонематической системы.

Особое место в структуре дефекта при ДЦП занимают нарушения речи, которые можно выявить, начиная с первых месяцев жизни ребенка (Е. Ф. Архипова, Е. М. Мастюкова, К. А. Семенова). В артикуляционном аппарате данной категории детей отмечается напряжение и дрожание языка, который

почти не участвует в процессе сосания и глотания. Рефлекторно-голосовые реакции не приобретают коммуникативного значения, ярко выражена псевдобульбарная симптоматика, характеризующаяся нарушениями сосания (позднее и жевания), глотания, дыхания и крика.

У детей с ДЦП в раннем возрасте наблюдаются проблемы с пониманием как вербальной, так и невербальной коммуникации, их речь отличается бедностью, фрагментарностью и отрывочностью, а также присутствуют дефекты артикуляции и персеверативные эхолалии. Обзор специальной психолого-педагогической и медицинской литературы позволяет сделать вывод о важности ранней диагностики психомоторного и речевого развития у таких детей и нахождения соответствующих путей для коррекции. В современной отечественной и зарубежной науке применяются различные подходы к диагностике психического развития детей раннего возраста. В зарубежных источниках диагностика, как правило, осуществляется с помощью тестирования, основанного на оценке ряда поведенческих проявлений, сопоставляемых с нормами, характерными для здоровых детей определенного возраста. Оценивание уровня развития проводится на основе успешного выполнения стандартных заданий или выявления конкретных способностей.

Рассмотрев особенности речевого развития у нормально развивающихся детей и детей с церебральным параличом, мы видим, что оно имеет значительные отличия. Доречевое и речевое развитие детей с ДЦП идет в замедленном темпе. Как мы уже выяснили, более позднее становление речевой функции обусловлено задержкой развития мозга. При ДЦП не только замедляется, но и патологически искажается процесс формирования речи. Задержка речевого развития отмечается уже с доречевого периода. Все речевые периоды ребенка с церебральным параличом отличается от того же периода у нормально развивающегося ребенка: при детском церебральном параличе доречевой период отличается на 2 – 3 года от нормально развивающихся сверстников.

При ДЦП выражено недоразвитие интонационной характеристики крика. Он не изменяется в зависимости от состояния ребенка (не выражает радости или недовольства). К году у нормально развивающего ребенка наблюдается активное повышение потребности в речевом общении. А у детей с ДЦП понижается и так же наблюдается низкая голосовая активность. Дети часто предпочитают общаться жестом, мимикой, криком [22].

Чаще дети с церебральным параличом начинают произносить первые слова примерно в 2-3 года, а типично развивающиеся к концу первого года жизни.

При ДЦП отмечается задержка и нарушение формирования всех сторон речи (грамматической, лексической и фонетико-фонематической).

Дети с ДЦП в дошкольном возрасте общаются с окружающими с помощью простых коротких предложений (из двух-трех слов), а дети в норме уже к концу преддошкольного периода общаются между собой и окружающими, используя структуру простого распространенного предложения. Употребляют при этом наиболее простые грамматические категории речи.

Часто даже к началу обучения в школе большинство детей с церебральным параличом практически не умеют пользоваться грамматическими средствами оформления предложений.

У них отчетливо выявляется недостаточная сформированность связной речи. Таким образом, к концу дошкольного периода нормально развивающиеся дети владеют развернутой фразовой речью, фонетически, лексически и грамматически правильно оформленной.

В соответствии с анализируемой литературой для проведения констатирующего эксперимента были подобраны методики диагностики и логопедической коррекции детей с ДЦП, включающая в себя исследование анкеты для родителей, изучение медицинской документации, сбор общего анамнеза, речевого анамнеза, данных о психомоторном развитии ребенка на

первом году жизни, а также обследование ребенка по оценочной шкале уровня развития детей.

1.3. Современные подходы в реабилитации детей при ДЦП

Наибольшая эффективность отмечается при комплексном подходе в реабилитации больных ДЦП, который включает в себя:

- медикаментозное лечение;
- физиотерапевтическое лечение;
- общую лечебную физкультуру;
- педагогическое воздействие;
- логопедическую коррекцию.

Современные комплексные методики реабилитации детей с церебральным параличом:

- Бобат-терапия;
- Методика Войта;
- Кастильо Моралес;
- Биоакустическая коррекция головного мозга (БАК 8К);
- Биологическая обратная связь по электромиограмме (ЭМГ-БОС).

Бобат-терапия Карла и Берты Бобат базируется на нейродинамическом подходе к коррекции двигательных нарушений.

Бобат-терапия – это комплекс упражнений, позволяющий вернуть пациенту двигательную активность и навыки самообслуживания, снизить мышечные спазмы и напряжение, болезненность.

Терапия по методу Бобат не является ЛФК в привычном понимании. Это не просто комплекс упражнений. В некоторых случаях, например, при ДЦП упражнения становятся частью быта.

При наблюдении за больными с повреждениями ЦНС было выявлено, что за движение или нахождение в статичной позе отвечают вовсе не мышцы,

а мозг, т.е., при терапии Бобат тренируется не столько тело, сколько мозг пациента [7].

Задача врача-терапевта – помочь пациенту ощутить движение, вспомнить его, и перевести в сферу направленного осознанного действия. Каждое упражнение подбирается врачом индивидуально. Терапевт контролирует процесс его выполнения, поправляет и направляет, добиваясь максимальной независимости со стороны пациента.

Стимулирование нормальной двигательной активности позволяет избежать контрактур и деформаций, других опасных осложнений при поражениях головного мозга.

Идеальным результатом является восстановление утерянных навыков, адаптация пациента к окружающей среде, его возврат в социум.

Методика Войта.

Рефлекторные движения – основа войта-терапии.

За счёт терапевтического применения рефлекторных движений у пациентов с повреждениями центральной нервной системы и двигательного аппарата можно восстановить, по крайней мере в отдельных областях, элементарные двигательные модели, то есть суть войта-терапии заключается в том, чтобы заставить мозг активизировать «врожденные сохраненные образцы движения» и скоординировать их с мускулатурой туловища и конечностей. Войта-терапевт оказывает целенаправленное давление на определённые зоны тела пациента, который находится в положении на спине, на боку или на спине. Стимуляция этих зон у людей любого возраста автоматически и без их собственной инициативы, приводят к двум двигательным комплексам: рефлекторному переворачиванию из положения на спине и боку и рефлекторному ползанию в положении на животе. Рефлекторное ползание ведёт к своего рода ползущему движению, в то время как рефлекторное переворачивание начинается в положении на спине и, минуя положение на боку, переходит в положение на четвереньках.

Регулярно и циклично протекающие двигательные реакции, вызванные в определенном исходном положении с помощью раздражения надавливанием, могут полностью вызываться и воспроизводиться любое количество раз уже у новорожденных. [7].

Таким образом задействуются все движения, появляющиеся у человека при развитии хватания, переворачивания, ползания, вставания и хождения. Согласно профессору Войте они имеются в наличии у детей уже в тех стадиях развития, в которых они спонтанно ещё не обладают этими способностями.

Метод Кастильо Моралес – комплексный реабилитационный подход для лечения детей с моторно-речевой патологией, комплекс из ручных вибраций, потягиваний и надавливаний

Терапия названа в честь ее создателя – аргентинского реабилитолога Кастильо Моралеса.

Само слово «орофасциальный» говорит о том, что мы имеем дело с областью лица и рта.

Проще говоря – это специальный массаж лица, цель которого устранить костно-мышечные проблемы и патологии речевого аппарата.

Сначала работа ведется с мышцами лица и шеи. Затем специалист приступает к точечному массажу. В финале производится стимуляция мышц внутри полости рта. Это делается при помощи специальных инструментов, например, деревянных шпателей. Таким образом, специалист активизирует мышцы, которые принимают непосредственное участие в артикуляции, сосании, жевании, глотании. Без этих базовых нейро-мышечных навыков человеку попросту не выжить. Поэтому очень важно, чтобы мышцы лица, рта и горла функционировали должным образом [12].

Основой служит принцип стимулирования мышц речевого аппарата, развития и улучшения функции глотания, дыхания и речи. Точки воздействия: активные зоны головы и шейного отдела позвоночника.

При проведении терапии происходит:

- нормализация тонуса мышц, обеспечивающих функцию речи и реализацию глотательного рефлекса;
- стимуляция образования связей между сенсорными и моторными структурами лица;
- стабилизация тела и формирование адекватной опорной базы для мускулатуры лица, гортани и глотки;
- формирование способности жевать и глотать у детей со спастикой и напряжением мышц;
- синхронизация артикуляционных движений с дыханием улучшение микроциркуляции и лимфотока в лицевой и шейной зонах.

В процессе занятий по методике Кастильо Моралес ребёнок в полной мере ощущает и осознаёт свой речевой аппарат.

В реабилитационных программах Кастильо Моралес хорошо сочетается с другими методиками кинезиотерапии.

Биоакустическая коррекция головного мозга (БАК 8К).

Биоакустическая коррекция (БАК) – это относительно новый, аппаратный, неинвазивный метод нейротерапии, разработанный группой специалистов Института экспериментальной медицины РАМН.

Метод основан на синхронном преобразовании электроэнцефалограммы в музыкоподобные звуки, что позволяет человеку буквально «услышать работу своего мозга». Метод применяется при функциональных расстройствах центральной нервной системы, для лечения последствий органического поражения головного мозга, при сосудистых заболеваниях головного мозга, последствий нейроинфекций головного мозга, а также для больных с невротическими и психосоматическими заболеваниями. Ключевая цель – нормализовать работу мозга.

Эффективность метода подтверждена 25-летними исследованиями в ведущих медицинских учреждениях России. БАК прошёл клинические испытания и успешно применяется в лечебной практике таких авторитетных клиник, как:

- Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова;
- Санкт-Петербургская государственная педиатрическая академия;
- НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского.

БАК относится к методам биологической обратной связи (БОС). Обратную связь мы получаем по электрической активности мозга в виде музыкаподобных звуков. Когда мозг получает такую обратную связь о своей активности, он воспринимает отклонения как раздражающий фактор и стремится к саморегуляции. Этот принцип обратной связи активизирует естественные восстановительные процессы: мозг непроизвольно корректирует свою биоэлектрическую активность, что приводит к гармонизации звуковой картины и, соответственно, нормализации мозговой деятельности.

Точная синхронизация между событиями текущей биоэлектрической активности и звуковыми сигналами – это значимый фактор, напрямую влияющий на эффективность метода, поскольку именно она запускает механизмы синаптической пластичности.

Биологическая обратная связь по электромиограмме (ЭМГ-БОС) [21].

Суть метода биологической обратной связи (БОС) можно выразить так: это аутотренинг перед физиологическим «зеркалом». Благодаря ему мы получаем информацию о процессах нашего организма в реальном времени и учимся их корректировать. Эта информация выводится в форме световых, звуковых сигналов, движущихся картинок или даже игры на экране монитора. То есть, мы получаем ответ организма – реакцию на усилия, направленные на достижение поставленной цели.

Эффективность БОС основана на способности нейронов создавать новые пути сообщения между собой (синапсы). При осваивании новых навыков путём многократного повторения действий, в соответствующих областях головного мозга образуются новые синапсы, благодаря которым движения закрепляются, становятся привычными.

То же происходит, когда в результате неврологических нарушений нервные клетки погибают или по иным причинам перестают выполнять свои функции. БОС учит нейроны, которые располагаются поблизости от повреждённых, взять на себя их функции.

1.4. Общие подходы к коррекции речи детей с ДЦП

У детей дошкольного возраста с детским церебральным параличом формирование фонетической системы речи затрудняется моторными нарушениями, которые охватывают все отделы периферического речевого аппарата. Недостаточная активность мышц дыхательного, глоточного и артикуляционного отделов, а также их дискоординация влияют на произношение. Слабая или неправильная подача воздушной струи усложняет звукопроизводство, особенно для переднеязычных щелевых согласных и вибрантов. Недостаток воздуха может вызвать шум и ограничить боковое произношение свистящих и шипящих звуков. Нарушения в работе мышц небно-глоточного кольца могут привести к назализации ротовых звуков, а повышенное слюноотделение создает дополнительные искажения в речи. Недостатки в управлении мышцами языка и губ также приводят к множественным искажениям звукопроизношения.

Однако эти изменения могут негативно сказаться на качестве речи. Они могут усугубить трудности в произношении и усложнить адекватное восприятие звуков, что в конечном итоге может затруднить коммуникацию. Кроме того, недостатки в артикуляции могут привести к возникновению дополнительных проблем с развитием фонематического слуха и фонетической осведомленности. Таким образом, необходимо вовремя диагностировать и корректировать эти отклонения, чтобы минимизировать их влияние на речевое развитие и социализацию ребенка. Использование методов коррекционной работы и арттерапии может значительно помочь в реабилитации детей с такими нарушениями.

Формирование фонематической системы речи у детей с ДЦП часто сопровождается искажениями. Более половины дошкольников с этим диагнозом имеют нарушения слуховой дифференциации звуков. Большая часть не может различать фонемы по одному признаку, остальным сложно распознавать два-пять признаков. Проблемы возникают при различении свистящих и шипящих, твердых и мягких, а также дрожащих и плавных звуков. Это указывает на необходимость внимания к фонетическим навыкам, улучшению слухового восприятия и индивидуализированному подходу в коррекционной работе для повышения эффективности речевого развития.

В таких условиях ребенок не имеет необходимого эталона правильного произношения.

Из работ В. И. Бельтюкова известно, что недостаточно развитый речедвигательный анализатор оказывает тормозящее влияние на развитие речеслухового анализатора. Ребенок может воспринимать собственное произношение как правильное и теряет стимул к совершенствованию своей речи [5].

Учет нормального онтогенеза речи предоставляет возможность для объективной оценки процесса речевого развития у детей с детским церебральным параличом. Некоторые недостатки, идентифицированные специалистами, нередко встречаются и у детей с нормальным развитием в аналогичном возрасте, но могут проявляться в более выраженной форме или обладать большей стойкостью. Таким образом, знание о специфических отклонениях в развитии речи позволяет не только обозначить риски их возникновения на более ранних этапах, но и эффективно организовать профилактическую работу, направленную на предотвращение стойких речевых нарушений.

При коррекции речевых нарушений у детей с ДЦП необходимо учитывать ключевые положения и принципы коррекционной педагогики и специальной психологии, разработанные такими учеными, как Л.С. Выготский, В.В. Лебединский, В.И. Лубовский и Н.Н. Малофеев. Также важно

принимать во внимание принципы коррекционно-логопедической работы с детьми с ДЦП, описанные в трудах Л.А. Даниловой, М.В. Ипполитовой и Н.Н. Назаровой. Необходимо учитывать принципы коррекционной педагогики:

- Принцип взаимосвязи развития речи и моторики. Развитие мелкой моторики напрямую поддерживает формирование речи, поскольку зоны коры головного мозга, отвечающие за движения рук, расположены рядом с речевыми областями.

- Принцип поэтапного развития (основанный на идеях Л.С. Выготского). Согласно этому принципу, психические процессы должны развиваться поэтапно, с учетом зоны ближайшего развития, где задания могут выполняться с помощью педагога. При коррекции речи у детей с ДЦП важно использовать задания, способствующие переходу из зоны ближайшего развития в зону актуального.

- Принцип взаимосвязи речи и познавательных процессов. Усвоение языковой системы у детей с ДЦП должно основываться на развитии мыслительных и других психических функций.

- Принцип онтогенетический. При котором, логопедическая работа должна осуществляться с учетом закономерностей и последовательности нормального онтогенеза.

- Принцип комплексного подхода подразумевает активное сотрудничество педагогов, психологов и врачей для всестороннего анализа и устранения речевых нарушений у детей с ДЦП.

- Принцип системности утверждает, что речь является сложной функциональной системой с тесно связанными структурными компонентами.

- Ускоренное развитие семантики должно быть приоритетным над формально-языковыми средствами, и в коррекции следует делать акцент на работе с семантикой.

- Принцип дифференцированного подхода включает учет психологических особенностей детей с ДЦП.

– Принцип учета ведущей деятельности подчеркивает важность интеграции учебных и игровых элементов в логопедических занятиях.

– Принцип учета возрастных особенностей требует, чтобы материалы и методы коррекции соответствовали возрасту детей

Динамическое изучение. Это включает в себя оценку тенденций речевого развития у детей с различными степенями нарушений и их способностей к компенсации.

Учитывая психолого-педагогические и речевые особенности детей с ДЦП можно выделить основные направления коррекционной работы:

- развитие коммуникативных навыков со сверстниками, в семье, с педагогами. В рамках этого аспекта учитывается развитие активного словаря и формирование связной речи. Также коррекция нарушений грамматического и лексического строя речи;

- развитие высших психических функций – внимания, памяти и мышления;

- развитие мелкой, общей и артикуляционной моторики; -развития бытовых умений, гигиены и навыков самообслуживания; -развитие количественно-временных характеристик и др.

Еще один автор М. Касс предложила «фонетические принципы преодоления патологии речи» для коррекции дизартрии у детей с ДЦП.

Таким образом, для эффективной коррекционной работы с детьми с ДЦП важно комплексное воздействие специалистов: невролога, дефектолога, психолога, ЛФК-специалиста, логопеда.

Каждому ребенку с ДЦП необходим индивидуальный подход. Если ребенок не справляется с программой обучения, то в первую очередь ему необходима консультация педагога-психолога (специалист проведет психологическое диагностирование особенностей развития психических процессов, при необходимости -психологические занятия, даст рекомендации педагогам и родителям по воспитанию и обучению ребенка), что позволит

обучающимся более успешно освоить учебные компетенции, справится с учебной программой, скорректировать способы поведения.

ГЛАВА II. ЭКСПЕРИМЕНТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ФОНЕТИКО- ФОНЕМАТИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

2.1. Цель, задачи и организация констатирующего эксперимента и методика экспериментального изучения

В соответствии с анализируемой литературой для проведения констатирующего эксперимента были подобраны методики диагностики и логопедической коррекции детей с ДЦП, включающая в себя исследование анкеты для родителей, изучение медицинской документации, сбор общего анамнеза, речевого анамнеза, данных о психомоторном развитии ребенка на первом году жизни, а также обследование ребенка по оценочной шкале уровня развития детей.

Для постановки диагноза ДЦП в соответствии с современными требованиями и стандартами необходимо определить клиническую форму заболевания (спастическая, дискинетическая, атаксическая, смешанная), а также использовать функциональные валидизированные фундаментальных проблем детей и выбора наиболее подходящих лечебно-восстановительных подходов.

Нами была выбрана диагностика К.А. Семеновой, так как она отражает ДЦП разной степени тяжести.

Экспериментальное исследование проводилось на базе лечебно-оздоровительного центра ООО «Адели – Пенза».

Для нашего эксперимента мы взяли группу детей: из них 30 человек с разным уровнем двигательной активности от 1 до 5 степени. Но подробно остановимся на 1 и 2 уровне по шкале двигательной активности и возьмем их в диагностику и в коррекционную работу. I уровень по шкале двигательной активности (GMFCS) означает ходьбу без ограничений, но может иметь затруднения с более сложными двигательными навыками. II уровень по GMFCS означает ходьбу с ограничениями. Дети сидят на стуле, свободно манипулируя предметами обеими руками. Встают из положения сидя на полу или на стуле, но часто нуждаются в дополнительной опоре руками о твердую поверхность.

Все дети имеют диагноз детский церебральный паралич различного вида, общее недоразвитие речи 3 уровня, обусловленное псевдобульбарной дизартрией. В связи с соблюдением принципа конфиденциальности имена

испытуемых были сокращены. Более подробная характеристика экспериментальной группы представлена в таблице 1.

Мы ознакомились с данными анамнеза, прочитали неврологическое и психиатрическое заключения. На основании этих данных мы провели обследование.

Основная цель констатирующего эксперимента – выявление уровня сформированности звукопроизношения и фонематических процессов у детей с ДЦП.

На констатирующем этапе были поставлены следующие задачи:

- 1) изучить состояние звукопроизношения и сформированность фонематических процессов у детей с ДЦП.

- 2) сделать качественный и количественный анализ полученных данных.

На основании анализа исследований Р.Е. Левиной, Ф.Ф. Рау, Н. Х. Швачкина, Л.В. Неймана были определены показатели уровня сформированности звукопроизношения и фонематических процессов у детей старшего дошкольного возраста с ДЦП.

Для изучения уровня сформированности звукопроизношения и фонематических процессов у детей были использованы диагностические методики, разработанные Г.Г. Голубевой и В.С. Коноваленко.

При проведении констатирующего эксперимента мы опирались на традиционные методики логопедического обследования Т.П. Бессоновой, О.Г. Грибовой, Л.В. Лопатиной, Е. М. Мастюковой, Т.А. Фотековой [8, 44, 45, 62].

Во время проведения констатирующего этапа эксперимента были учтены следующие ключевые принципы: принцип всесторонности и комплексности, принцип целостности, принцип индивидуального подхода, принцип системности, онтогенетический принцип.

Эти принципы стали основой для всестороннего анализа состояния речевого развития и определения необходимых мер по коррекции у детей.

При обследовании моторных функций мы использовали методики Е.Ф. Архиповой, И.С. Лопухиной, Е.М. Мастюковой [2, 44, 32]. Обследование двигательных функций проводилось по следующим направлениям:

- обследование общей моторики, которое включала в себя пробы, направленные на выявления нарушений в произвольной моторики, координации и переключаемости движений, ориентировке в сторонах собственного тела, нарушений самоконтроля и чувства ритма;

- обследование мелкой моторики включала в себя исследование кинетической и кинестетической основы движений кисти и пальцев рук, согласованности движений;

- обследование артикуляционной моторики было направлено на исследование особенностей кинетического орального праксиса, динамической координации артикуляционных движений, мышечного тонуса и наличия патологической симптоматики.

Особенностью дизартрий при детском церебральном параличе являются проявления артикуляционной (оральной) диспраксии, что затрудняет выполнение целенаправленных движений и усиливает нарушение звукопроизношения. Для этого проводят обследование строения и подвижности речевого аппарата.

Для обследования детей дошкольного возраста с ДЦП, мы взяли методики обследования мелкой моторики, методику обследования строения и подвижности речевого аппарата, методику обследования состояния звукопроизношения, методики обследования состояния фонематического восприятия и слуха, методика обследования слоговой структуры слова. Все более подробно мы описали в приложении.

В результате обследования отмечаем слова, которые произносились с искажением слогового и звукового состава; произношение каких слоговых структур у ребёнка сформировано, а каких нет; обращается внимание на характер искажения слоговой структуры слова (упрощение слогов; опускание слогов; сокращение слогов; уподобление слогов; перестановка слогов, звуков;

добавление слогов и звуков). Отмечаем также слова, слоговая структура которых произносилась ребёнком без искажения.

Обратимся к результатам, полученным в процессе исследования состояния фонематического синтеза слов:

- один ребенок (10%) сам справился с составлением слов из отдельных звуков в ненарушенной последовательности;
- 3 ребенка (30%) не смогли справиться с заданием даже после многократного предъявления последовательности звуков экспериментатором. Допущенные ошибки: «лужа» – «жа», [а]; «рука» – «ка»; «книга» – «га», «ига»; «почта» – «ча», «та» – 0.5 балла.

2.2. Анализ результатов констатирующего эксперимента

Диагностическая работа проводилась в период с 2021 по 2025 год. В результате обследования формирования и строения моторных функций артикуляционного аппарата было установлено, что у детей с детским церебральным параличом (ДЦП) наблюдаются значительные нарушения в артикуляции. Патология прикуса приводит к искажению свистящих и шипящих звуков: например, у М. И. и Ю. С. фиксируется прогнатия (выдвижение верхней челюсти вперед), тогда как у С. Б. — прогения (выдвижение нижней челюсти).

У всех детей экспериментальной группы отмечались трудности с выполнением таких упражнений, как расширение языка или удержание кончика языка в приподнятом положении, что указывает на наличие нарушений в переключаемости артикуляционных движений языка. В упражнении на щелкание языком успешно справились лишь трое ребенка (А. К., Р. Ш., Ю. С.), при этом движения языка были вялыми, что демонстрирует слабость мышц скрытых глубоких структур и требует углубленного подхода к работе по развитию подвижности артикуляционного аппарата.

По данным обследования звукопроизношения у детей с ДЦП, установлено, что ведущим компонентом в структуре речевого дефекта является нарушение звукопроизношения. У Т. Б., С. Б. и Р. И. зафиксированы нарушения в произношении свистящих, шипящих и сонорных звуков. Наиболее выраженные нарушения звукопроизношения при спастической диплегии ассоциируются с проявлениями псевдобульбарной дизартрии. При менее выраженных формах поражения особенно затруднено произношение переднеязычных звуков (р, л, ж, ш, ц, ч, д, т). В отличие от корковой дизартрии, нарушения в произношении большинства этих звуков, как правило, комбинируются с искажением других звуковых групп, а также сопутствующими расстройствами дыхания, голосообразования, интонационно-мелодической организации речи и часто со слюнотечением.

Таким образом, в речи этих детей не сформировано группы звуков – это указывает на нарушение фонетической стороны речи. А у половины группы идут стойкие замены, шипящих на свистящие звуки, то есть, нарушена дифференциация звуков.

Данные обследования звукопроизношения и форма ДЦП, форма дизартрии ребенка представлены в таблице 1.

Таблица 1

**Форма ДЦП, форма дизартрии ребенка и обследование
звукопроизношения**

Имя ребенка	Форма ДЦП, форма дизартрии	Пропуск	Замена	Искажения
----------------	-------------------------------	---------	--------	-----------

М.И	ДЦП, правосторонний гемипарез. ОНР 3 уровня у ребенка с псевдобульбарной дизартрией	-	[р]-[л]	[ш], [ж]
А.И.	ДЦП, нижний спастический парапарез средней степени тяжести. ОНР 3 уровня у ребенка с псевдобульбарной дизартрией	-	-	[ш], [ж], [р]
А.К.	ДЦП, левосторонний гемипарез. ОНР 3 уровня у ребенка с псевдобульбарной дизартрией	[л]	[ш]-[с] [ж]-[с] [щ]-[с] [ч]-[с]	
Т.Б.	ДЦП, правосторонний гемипарез. ОНР 3 уровня у ребенка с псевдобульбарной дизартрией	-	[ш]-[с] [ж]-[з]	[р], [р]
С.Б.	ДЦП, нижний спастический парапарез средней степени тяжести. ОНР 3 уровня у ребенка с псевдобульбарной дизартрией	[л]	[ш]-[с] [ж]-[с] [р]-[л] [р]-[л]	[с], [з], [ц]
В.М.	ДЦП, спастическая диплегия средней степени. ОНР 3 уровня у ребенка с псевдобульбарной дизартрией	-	-	[с], [з], [ц]
Р.Ш.	ДЦП, левосторонний гемипарез. ОНР 3 уровня у ребенка с псевдобульбарной дизартрией	-	[р]-[л]	[с], [з], [ц]
Р.М.	ДЦП, спастическая диплегия тяжелой степени. ОНР 3 уровня у ребенка с псевдобульбарной дизартрией	-	-	[с], [з], [ц]

Продолжение табл. 1

Ю.С.	ДЦП, правосторонний гемипарез. ОНР 3 уровня у ребенка с псевдобульбарной дизартрией	-	-	[ш], [ж]
------	---	---	---	----------

Р.И.	ДЦП, нижний спастический парепарез средней степени тяжести. ОНР 3 уровня у ребенка с псевдобульбарной дизартрией	-	-	[р], [ш],[ж]
------	--	---	---	--------------

У детей с ДЦП, обследуемой группы наблюдаются различные типы дизартрии в зависимости от характера повреждений мозга. Чаще всего у детей с церебральным параличом классифицируют псевдобульбарную форму дизартрии и делят ее на подтипы:

- спастико-паретическая;
- спастико-ригидная;
- спастико-атактическая;
- спастико-гиперкинетическая;
- атактико-гиперкинетическая;
- стертая форма.

У детей с ДЦП также отмечаются нарушения становления фонетико-фонематической системы. Эти расстройства проявляются в недостаточности слухового ритма и нарушении динамического праксиса (ребенок тяжело переключается с одного звука на другой, ему трудно сливать 2 звука, два слога, организовывать фразу), искажение звуко-слоговой структуры слова, перерегуляции, замены звуков. Слуховой анализ особенно нарушен при гиперкинетической форме ДЦП. Часто отмечается снижение слуха на высокочастотные тона (по типу нейросенсорной тугоухости), ребенок не различает звуки «т-д», «к-г», «х», «л», недостаточно озвончает звуки «с», «д», «ч» и поэтому не использует их в связной речи. Для многих детей с церебральными параличами характерна слабость слухового внимания, трудности локализации звука, что затрудняет понимание обращенной речи. Обследование фонематического слуха у детей выявило что, дети без особого труда выполнили задание: опознание гласных фонем в ряду, так как эти звуки присутствуют в речи у всех детей.

С опознанием согласных фонем в ряду, справились половина детей (50% детей) выполнила задание без затруднений, и другая половина при опознании согласных фонем, допустили ошибки, и не смогли выполнить задание.

Дети испытывали большие затруднения при выполнении заданий на различение фонем близких по способу и месту образования и акустическим признакам. Другие (60% испытуемых) не выполнили ни одного задания, в силу недостаточной дифференциации фонем.

Данные обследования фонематического слуха представлены в таблице 2

Таблица 2

Результаты обследования фонематического слуха

Имя ребенка	Опознание фонем		Различение фонем, близких по способу и месту образования и акустическим признакам			
	1 задан.	2 задан.	1 задан.	2 задан.	3 задан.	4 задан.
М.И.	1	1	0	1	1	1
А.И.	1	0	0	0	0	0
А.К.	1	0	0	0	0	0
Т.Б.	1	0	0	0	0	0
С.Б.	1	0	0	0	0	0
В.М.	1	1	0	1	1	0
Р.Ш.	1	1	0	0	0	0
Р.М.	1	1	0	1	1	1
Ю.С.	1	1	0	1	0	0
Р.И.	1	0	0	0	0	0

В первые годы дошкольного периода (3-4 года) у детей с ДЦП отмечаются нарушения сенсорных функций различной тяжести (в зависимости от преимущественной локализации поражений мозга и характера нарушений мышечного тонуса). Способность к слуховому восприятию фонем

снижена, недостаточно сформирована ориентировочно-поисковая реакция на звучание предмета, ребенок затрудняется в различении неречевых звуков и звучания музыкальных инструментов, в выделении лепетной и полной формы слов из речевого потока.

В результате обследования состояния фонематического восприятия все дети выполнили задание по выделению первого ударного гласного в словах, так как гласные звуки имелись в речи у всех детей и находились в сильной позиции в начале слова (под ударением). Далее при проверке фонематического восприятия дети – 20% детей (Р. М., Ю. С.) смогли выделить первого гласного в обратных слогах. А все остальные дети не смогли выполнить упражнения, это 80% детей, что свидетельствует о несформированности навыков звукового анализа. Но наибольшую трудность дети испытали при выполнении заданий на определение согласных звуков в слогах, словах. Результаты представлены в таблице 3.

Таблица 3

Обследование фонематического восприятия

Имя ребенка	Приемы					
	1задан.	2задан.	3задан.	4задан.	5задан.	6 задан.
М.И.	1	0	0	1	0	0
А.И.	1	0	0	0	0	0
А.К.	1	0	0	0	0	0
Т.Б.	1	0	0	0	0	0
С.Б.	1	0	0	0	0	0
В.М.	1	0	0	1	1	0
Р.Ш.	1	0	0	0	1	0
Р.М.	1	1	0	1	1	0

Продолжение табл. 3

Ю.С.	1	1	0	1	1	0
------	---	---	---	---	---	---

Р.И.	1	0	0	0	0	0
------	---	---	---	---	---	---

По результатам констатирующего эксперимента дети были условно разделены на 3 группы:

1) дети со средним уровнем звукопроизношения и сформированности фонематического восприятия, анализа и синтеза – сюда мы отнесли 20%, это 2 ребенка старшего дошкольного возраста (3-4 балла из 5).

2) дети с низким уровнем звукопроизношения и сформированности фонематического восприятия, анализа и синтеза – сюда мы отнесли 60%, это 6 детей старшего дошкольного возраста (1,5-2,5 балла из 5).

3) дети с очень низким уровнем звукопроизношения сформированности фонематического восприятия, анализа и синтеза – сюда мы отнесли 20%, соответственно 2 ребенка детей старшего дошкольного возраста (0,5-1 балл из 5).

Графически результаты представлены на рисунке 1

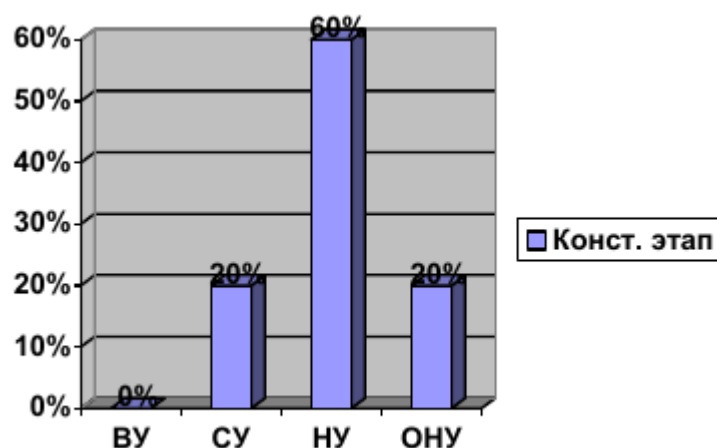


Рис. 1 Показатели уровня сформированности звукопроизношения и фонематических процессов у детей с ДЦП

Малая речевая активность в ряде случаев сочетается с общей психической и двигательной заторможенностью. У детей двигательно беспокойных, возбудимых нарушения речевого высказывания несколько атипичны: дети говорят много и охотно, употребляя длинные предложения и довольно сложные грамматические формы.

Исследования подтверждают неоднородность и вариативность нарушений просодической стороны речи у дошкольников со стёртой дизартрией, с общим недоразвитием речи и фонетико-фонематическим нарушением. Вместе с тем обнаружена корреляционная зависимость просодической стороны речи и выраженности речевого дефекта.

В ходе проведения констатирующего эксперимента выявили что при детском церебральном параличе формируются патологические двигательные стереотипы, часто сопровождающихся интеллектуальными, психическими, сенсорными и соматическими нарушениями. Особое место в сложной структуре нарушений у детей с ДЦП занимают речевые расстройства. Выраженность нарушений разнообразна от легких (стертых) форм дизартрии до совершенно неразборчивой речи. Речевой дефект является одной из значимых причин закладывания, определенных негативных личностных качеств у ребенка, таких как пассивность, замкнутость, неуверенность, обидчивость, что негативно сказывается на общение детей со взрослыми и здоровыми сверстниками. Так, к примеру у С.Б. и Т.Б. во время работы отмечался замедленный темп выполнения работы, и постоянно требовалась стимулирующая помощь. Именно в общении происходит становление человеческой личности, формирование её свойств, нравственной сферы, мировоззрения, а результативность общения напрямую зависит от уровня развития устной речи.

По состоянию звукопроизношения и фонетико-фонематических процессов: 20% детей с ДЦП имеют средний уровень сформированности звукопроизношения и фонетико-фонематических процессов, дети с низким показателем – 60% детей с ДЦП, и 20% детей с очень низкими показателями сформированности звукопроизношения и фонетико-фонематических процессов. И это доказывает необходимость комплексной коррекционной работы.

Исходя из выше сказанного, можно определить направления работы логопеда с дошкольниками с ДЦП: коррекция нарушений мелкой, общей,

артикуляционной моторики и звукопроизношения, формирование полноценных представлений о звуковом составе слова на базе развития фонематического слуха и восприятия. Таким образом, дошкольникам с ДЦП необходима комплексная, систематическая, коррекционная логопедическая работа.

ГЛАВА III. РАЗВИТИЕ И КОРРЕКЦИЯ ФОНЕТИКО- ФОНЕМАТИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ ДЕТЕЙ С С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ (КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД)

3.1. Организация и теоретическое обоснование экспериментального обучения

Углубленное теоретическое и клиническое изучение комплексных подходов к речевой реабилитации детей рассматривается авторами (М.В. Ипполитова, Е.М. Мастюкова, О.Г. Приходько), что формирование всех сторон речи во многом будет зависеть от двигательных возможностей детей ДЦП. На основании результатов констатирующего эксперимента был сделан вывод о том, что в старшем дошкольном возрасте речевое развитие детей с нарушениями двигательной сферы имеет ряд особенностей как общего, так и специфического характера.

Первостепенной **задачей** логопедического воздействия является построение работы таким образом, чтобы развивать речь детей с использованием комплексного подхода, а также при построении коррекционной работы учитывать двигательные способности детей.

Следовательно, **целью** обучающего эксперимента будет разработка комплексного подхода в системе коррекционных занятий, направленная на достижение максимально положительных результатов у детей с детским церебральным параличом в речевой реабилитации (позволяющих корректировать несформированность звукопроизношения и фонематических процессов у детей с детским церебральным параличом.)

Нами была выбрана методика работы Инги Ивановны Панченко-Миль с детьми, страдающими детским церебральным параличом (ДЦП), направлена на коррекцию речевых нарушений, характерных для этой патологии.

Мы придерживались принципов коррекционной работы с детьми ДЦП:

- системный подход к коррекции двигательных, речевых и психических нарушений. Учитывается взаимовлияние нарушений;

- раннее начало комплексного воздействия с опорой на сохранённые функции;
- организация работы в рамках ведущей деятельности с учётом закономерностей онтогенетического развития ребёнка;
- наблюдение за динамикой психоречевого развития;
- сочетание различных видов и форм коррекционно-педагогической работы;
- тесное взаимодействие с семьёй ребёнка.

Проанализировав психолого-педагогическую и методическую литературу и результаты констатирующего эксперимента, нами была определена структура речевого дефекта у обучающихся с ДЦП:

- недостаточное развитие общей моторики;
- нарушение произвольной моторики пальцев рук;
- недостаточная иннервация и функционирование органов речи;
- нарушение звукопроизношения по всем дифференциальным признакам;
- нечеткое различение звуков речи из-за недостаточного артикуляционного фонематического противопоставления фонем;
- затруднения в овладении фонематическим анализом и синтезом;
- трудности в овладении лексико-грамматическим строем речи.

Таким образом, при проведении констатирующего эксперимента в реабилитационном центре ООО «Адели Пенза» вследствие сложного речевого дефекта у дошкольников с ДЦП, была утверждена главным врачом-реабилитологом, коррекционная работа в соответствии с диагнозом. Специальный коррекционный маршрут должен нести комплексный подход.

Дошкольники с детским церебральным параличом приезжают со всей России, Беларуси, Украины (Донецкой области) и Казахстана. Как правило, у каждого при первичном заезде имеется на руках комплект документов, обследований и заключений врачей, даже рекомендованным реабилитационным маршрутом.

Реабилитация может быть 10 дневным интенсивом или состоять из 20 дней комплексной терапии. Дети в большинстве случаев приезжают по направлению фонда. Для того, чтобы фонд одобрил реабилитацию ребенку с ДЦП собирается ряд документов, а с января 2025 года некоторые организации требуют предварительно от логопедов реацентра SMART-выписку.

Понятие смарт-цели («умной цели») пришло в медицину из маркетинга. Это конкретная, измеримая, достижимая цель, которая ставится логопедом вместе с родителем на основе оценки общего состояния ребенка, его уровня функционирования, уровня развития двигательных функций и т. д.

Смарт-цель при реабилитации может быть связана с улучшением двигательных, коммуникативных и пищевых навыков. Она формулируется конкретно и точно: например, ребенок должен научиться пользоваться адаптивной посудой или самостоятельно переходить из положения лежа в положение сидя с опорой на руку. Срок достижения такой цели всегда оговаривается, как правило, это 3-4 месяца. Постановка смарт-целей позволяет делить реабилитацию на небольшие шаги и фиксировать прогресс ребенка с церебральным параличом.

В рамках специализирующего центра ребенок с ДЦП получает:

- медикаментозное лечение, в соответствии с ведущим лечащим врачом.
- физиотерапевтическое лечение. Главный врач-реабилитолог назначает такие процедуры, как биоакустическую коррекцию головного мозга (БАК), СМТ, микрополяризацию, барокамеру, БОС ЭЭГ и т.д.
- физкультурно-оздоровительное лечение. Сюда входят специалисты-ЛФК, АФК, Бобат-терапия, Войта и др.; Специальные подвесные системы экзарта, паук, гросс.
- педагогическое воздействие. Комплексная коррекция от психолога, АВА-терапевта, музыкального терапевта, инструктора по сенсорной интеграции, специалиста по терапии рук, эрготерапевта, логопеда и дефектолога.

- логопедическую коррекцию: холистический массаж, ДЭНАС-терапия, тейпирование, миофункциональная терапия, занятие с использованием гарнитуры Forbrain и т.д.

Исследование проводилось на базе лечебно-оздоровительного центра ООО «Адели – Пенза» на детях с детским церебральным параличом. В исследовании принимали участие в общей сложности 20 человек, мальчики и девочки в возрасте 5-6 лет с разными формами ДЦП, с которыми велась коррекционная работа на протяжении двух лет в период с 2024 по 2025 года, заездами по 4 недели комплексной реабилитации, интенсивностью 3-4 раза в год. Занятия продолжительностью от 10 до 20 минут в зависимости от особенности ребенка. (Три раза в неделю во второй половине дня). Занятия были направлены на комплексность и осуществлены по следующим направлениям: развитие моторики; восстановление тонуса мышц; стимуляция реакций голоса; развитие прослеживания и зрительной фиксации; выработка слухового внимания; создание условий для улучшения моторной и зрительной координации. Содержание двигательного и речевого материала варьируется в зависимости от уровня сформированности моторных и речевых навыков.

И логопедическая работа должна быть направлена на становление всех сторон языковой сферы: фонетические и фонематические процессы, лексика, грамматический строй, связная речи. В свою работу мы взяли только фонематические и фонетические процессы, и подбирали для констатирующего эксперимента соответствующие методики.

И коррекция речевых нарушений у обучающихся с ДЦП должна строиться на системном подходе, который опирается на представление о речи как о сложной функциональной системе, структурные компоненты которой находятся в тесном взаимодействии. Важно учитывать соотношение речевых и неречевых нарушений (неврологической симптоматики) в структуре дефекта и определить сохранные механизмы речи.

Также были учтены принципы коррекционно-логопедической работы с детьми с ДЦП, описанные в трудах Л.А. Даниловой, М.В. Ипполитовой:

1. Принцип взаимосвязи развития речи и моторики. Этот принцип указывает на то, что развитие мелкой моторики способствует формированию речи, так как части мозга, отвечающие за движение рук, расположены рядом с речевыми зонами.

2. Принцип развития (согласно Л.С. Выготскому). Он утверждает, что развитие любого психического процесса должно происходить поэтапно, с учетом зоны ближайшего развития—уровня, на котором задание можно выполнить с незначительной помощью педагога. В ходе коррекционной работы с детьми с ДЦП важно использовать задания, которые помогают перейти от зон ближайшего развития к актуальному.

3. Принцип тесной связи речи и познавательных процессов. Этот принцип предполагает, что усвоение языковой системы детьми с ДЦП должно опираться на развитие мыслительных операций и других психических функций.

4. Принцип онтогенеза акцентирует внимание на необходимости раннего начала логопедической и коррекционно-воспитательной работы.

5. Принцип комплексного подхода предполагает взаимодействие специалистов, включая логопедов, реабилитологов, бобат-специалистов, специалистов по ЛФК, Войта-специалистов, эрготерапевтов и врачей, для комплексного изучения и устранения речевых нарушений у детей с ДЦП.

6. Принцип системности подразумевает, что речь является сложной функциональной системой, в которой все структурные компоненты взаимосвязаны.

7. Принцип дифференцированного подхода подчеркивает необходимость индивидуальной работы, принимая во внимание форму ДЦП и степень дизартрии каждого ребенка.

8. Принцип учета ведущей деятельности заключается в повышении мотивации речевой активности через создание ситуаций, которые помогают осознать роль речи в познавательной, практической или игровой

деятельности. Таким образом, коррекция звукопроизношения осуществляется параллельно с формированием фонематических процессов.

3. 2. Коррекционная работа по преодолению речевых нарушений у детей дошкольного возраста с детским церебральным параличом

Реабилитация ребенка с ДЦП – длительный и сложный процесс, так как его психика и моторика находятся в постоянном динамическом развитии. Двигательные нарушения носят врожденный характер, психомоторное развитие не может протекать нормально из-за того, что формирование дефекта опережает формирование правильных навыков. Поэтому, процесс двигательного восстановления должен основываться на знании физиологического двигательного развития ребенка.

По результатам констатирующего эксперимента, а также анализа научной литературы нами была систематизирована и составлена модель педагогической коррекции неречевых и речевых нарушений у обучающихся с детским церебральным параличом.

В первую очередь нами были определены следующие направления коррекционно-логопедической работы с обучающимися с ДЦП:

1. Развитие общей и мелкой моторики;
2. Коррекция артикуляционной моторики и звукопроизношения;
3. Развитие фонематического слуха;
4. Совершенствование фонематического анализа и синтеза.

В процессе обследования детей с ДЦП нами был реализован проект «Коррекционная работа как средство развития мелкой моторики детей младшего дошкольного возраста с ДЦП».

Актуальность проекта: детский церебральный паралич входит в категорию нарушений развития, включающую в себя нарушения опорно-двигательного аппарата. Дети с данными нарушениями характеризуются наличием недостатков мышечной и скелетной систем и определенным

состоянием центральной нервной системы. У детей с ДЦП наблюдаются грубые нарушения в развитии моторики рук, которые могут быть обратимыми при определенном коррекционном и педагогическом воздействии. Работая логопедом уже ни один год, наблюдаю, что детей с различной речевой патологией не становится меньше. И актуальность этой проблемы стимулирует постоянный поиск новых идей и технологий, позволяющих оптимизировать коррекционную логопедическую работу. Я также в свою коррекционную работу старалась вносить какие-то новшества, шагать в ногу со временем новых логопедических технологий. Как-то очень давно прочла статью «Применение Динамической Электростимуляции в логопедической практике» где описывался опыт врачей Н. А. Черлина, С. Н. Зиборова, Н. А. Коршунова Л. В. Порицкая. Существуют определенные приемы в методике ДЭНС при коррекции звукопроизношения.

Целью проекта является последовательное развитие и коррекция движений руки, формирование мелкой моторики на основе игровых упражнений с использованием инновационных технологий в речевой реабилитации у детей с детским церебральным параличом. Для реализации этой цели поставлены следующие задачи:

- Развивать умение производить точные движения кистью и пальцами рук (хватание, соотносящие действия, подражание движениям рук взрослого).
- Корригировать зрительно-слуховое восприятие для формирования полноценного развития мелкой моторики детей.
- Развивать согласованные движения пальцев обеих рук при выполнении пальчиковых игр.

Ожидаемые результаты проекта: осуществление комплексного подхода к развитию мелкой моторики у детей с ДЦП принесет положительные результаты: кисти рук приобретают хорошую подвижность, гибкость, исчезает скованность движений; улучшается речь; развивается память, мышление, внимание; улучшаются движения пальцев руки; определяется ведущая рука; изменяется тип хватания, захвата с кулачкового на

трёхпальцевый; движения в руке становятся более согласованными, координированными; наблюдается проявление согласованности зрительного и двигательного анализаторов.

Мы представили реализацию проекта для определения каждого этапа работы.

В каждом направлении коррекционно-логопедической работы были определены задачи и этапы:

Развитие общей и мелкой моторики

Задачи коррекционной работы по улучшению двигательных функций:

- Развитие пространственной координации.
- Повышение точности движений и устойчивости.
- Увеличение объема движений в поражённых конечностях.
- Развитие тактильной чувствительности рук.
- Совершенствование темпо-ритмической организации движений.
- Формирование произвольности движений.
- Нормализация мышечного тонуса в конечностях.
- Улучшение согласованности движений рук.

Во время занятий с логопедом акцент делался на развитии мелкой моторики пальцев и кистей рук с использованием кинезиотейпирования. Общая моторика развивалась после выполнения нагрузок на руки. Кроме того, в сотрудничестве с такими специалистами, как реабилитологи, применяющие методы Бобата и Войта, успешно осуществлялась коррекция двигательных нарушений у детей.

Коррекция артикуляционной моторики и звукопроизношения:

Задачи по развитию артикуляционной моторики и звукопроизношения:

- Нормализация тонуса мышц языка и других органов артикуляции.
- Развитие двигательной организации губ и языка.
- Улучшение качества артикуляционных движений.
- Постановка звуков, которые были нарушены.

- Автоматизация звуков в слогах, словах и в связной и самостоятельной речи.

- Дифференциация звуков.

Данные задачи направлены на комплексное улучшение речевых навыков и моторной активности детей с ДЦП, что способствует их общему развитию и социальной адаптации

Врач назначает вид массажа (ручной зондовый холистический массаж и укладки по методу «Кастильо Моралес») в зависимости от сложности и особенностей расстройства речевой функции. В некоторых случаях достаточно назначить несколько курсов классического логопедического массажа. При сложных отклонениях от нормы используется комплексный подход к логопедическому массажу.

В таких ситуациях на реабилитацию уходит много времени. Особенности логопедической работы при ДЦП заключаются в трудностях, возникающим при общении и взаимодействии с пациентом. В некоторых случаях массаж является единственным доступным методом развития артикуляционного аппарата на первых этапах лечения.

Артикуляционная гимнастика проводилась на каждом занятии с логопедом. Так, гимнастика проводилась ежедневно по 5-10 минут. Выполнение как пассивной так и активной артикуляционной гимнастики сразу после логопедического массажа.

Развитие фонематического слуха

- распознавание звука в тексте;
- распознавание звука в предложении;
- распознавание звука в ряде слов;
- распознавание звука в ряде слогов;
- распознавание звука в ряде звуков.

Формирование фонематического анализа и синтеза.

- выделение звука на фоне слова;

- выделение первого звука в слове;
- выделение последнего звука в слове;
- определение места звука в слове;
- определение количества и последовательность звуков в словах;
- подбор слов на заданный звук;
- составление слов из последовательно данных звуков;
- составление слов из звуков, расположенных не по порядку.

В центре используют и современные устройства, одним из таких является гарнитура Forbrain.

Улучшить работу над фонематическим восприятием помогает гарнитура Forbrain.

Forbrain усиливает звук собственного голоса, что помогает ребенку лучше слышать и анализировать произносимые звуки. Это способствует более точному воспроизведению звуков и их дифференциации.

Дети с церебральным параличом требуют большего внимания со стороны педагогического и медицинского персонала.

Усложнение заданий, увеличение амплитуды действий и длительности занятий происходит постепенно.

3.3. Логопедическая работа

3.3.1. Логопедическое занятие и кинезиотейпирование

Связь метода кинезиотейпирования, артикуляционной гимнастики и кинезиологических упражнений помогает не только устранить у ребенка с ДЦП последствия этих нарушений, но и позволяет улучшить у ребенка память, внимание, речь, пространственные представления, мелкую и крупную моторику, снижает утомляемость, повышает способность к произвольному контролю. Применение данного метода позволяет активизировать межполушарное взаимодействие, приводя, к гармонизации баланса жизненной энергии и обладает оздоравливающим и антистрессовым

эффектом, снижает утомляемость, повышает способность к произвольному контролю, улучшает мыслительную деятельность.

Следует отметить, что термин кинезиотейп произошёл от слов движение (кинезио) и лента (тейп). Под кинезиотейпированием понимают методику наложения специальных эластичных лент из гипоаллергенных материалов, чаще из хлопка, с липкой поверхностью с одной стороны. По сути кинезиотейп похож на эластичный лейкопластырь.

Показания:

Проблемы устраняемые с помощью кинезиотейпирования:

- гиперсаливация (повышенное слюноотделение);
- постоянно открытый рот (часто сочетается с ослаблением жевания);
- лечение дисфагии (нарушение глотания);
- коррекция мимической мускулатуры;
- парезы – снижение движений, обусловленное поражением двигательного пути нервной системы;
- улучшение функции дыхания;
- птозы – опущение верхнего века, ведущее за собой смещение всей артикуляционной мускулатуры;
- нарушение дикции (в основном произнесение губных звуков).

Осуществляя коррекционную работу с детьми с тяжелыми нарушениями речи, мы начинаем с воздействия именно на те зоны, которые непосредственно связаны с работой мозга, выражающегося в нормализации общей активности, развитии речевой сферы и движения.

Противопоказания:

Кинезиотейпирование не применяется в следующих случаях:

- аллергическая реакция на акрил (у тейпов есть акриловый слой, необходимый для лучшего сцепления с кожным покровом);
- есть незажившие рубцы;
- нарушена целостность кожного покрова;
- дерматологические заболевания.

Этапы работы и краткое описание:

Ключевым свойством кинезиотейпа является его способность поддерживать мышцы, связки и суставы в физиологически правильном положении без ограничения движений. С помощью тейп-ленты можно активизировать или расслаблять мышцы, задавая анатомически верное положение суставов и связок.

Наложение тейпов способствует снятию мышечных спазмов и значительно уменьшает болевые ощущения. Кинезиолента также эффективно решает проблему отечности у детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Она улучшает кровообращение и стимулирует лимфоотток. При движении тейп сжимается и растягивается, что создает эффект микромассажа и ускоряет обменные процессы.

В последнее время тейпинг-терапия приобретает всё большую популярность среди логопедов, особенно тех, кто успешно использует логопедический массаж в работе с дизартрией. В логопедической практике тейпинг применяется при парезах и невритах, гиперсаливации, птозах, асимметриях и многих других нарушениях. В отличие от массажа, кинезиотейпирование обеспечивает более длительный эффект. Ленты накладываются на определенные участки тела и лица ребенка и могут оставаться там в течение нескольких дней или до двух недель. Это усиливает действие логопедического массажа и артикуляционной гимнастики. Тейпинг-терапия также позволяет регулировать мышечный тонус, повысив или понизив его. Тейпы не ограничивают движение, что делает их удобными для наложения на суставы. Особенно актуально использование тейпов в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) для логопедов. Что позволяет значительно улучшить функции мышц нижней челюсти.

В.Е. Тучков и Д.А. Киселёв в своей статье «Влияние кинезиотейпирования в сочетании с войта-терапией на координационные способности детей с ДЦП» обосновали эффективность применения кинезиотейпирования для коррекции двигательных нарушений при ДЦП.

Учитывая функциональную специализацию полушарий (правое - гуманитарное, образное; левое - математическое, знаковое), а также роль совместной деятельности в осуществлении высших психических функций, можно полагать, что нарушение межполушарной передачи информации искажает речевую деятельность детей. Поэтому для стимуляции речевого и психического развития возможно применение кинезиотейпирования.

Для этой цели разработаны специальные техники наложения тейпов в зависимости от потребностей и диагноза ребенка с ОВЗ. Тейпирование:

- абдоминальной мускулатуры;
- грудино-ключично-сосцевидных мышц;
- передней и задней зубчатых мышц;
- паравертебральной мускулатуры;
- фронтального синуса;
- большой и малой грудных мышц;
- скуловых костей;
- передней и задней лестничных мышц.

Поскольку при нарушениях развития, мозг изначально формируется в дефицитарных условиях, практически у всех таких детей страдают функции, связанные с левым полушарием, то есть речью, произвольной регуляцией деятельности.

Техника

Чтобы наклеить тейп, нужно:

- 1 этап. Подготовить кожу — она должна быть чистой, сухой и без масел.
- 2 этап. Отрезать ленту нужной длины и закруглить края.
- 3 этап. Активировать клей — слегка растереть ленту в руках.
- 4 этап. Наклеить тейп на нужную область, слегка растягивая его.
- 5 этап. Разгладить и прижать ленту, чтобы она держалась надёжно.

Некоторые правила наложения:

Перед наклеиванием тейп нужно зафиксировать в нужном положении.

Тейп нужно наклеивать на сухую кожу.

Чтобы снятие тейпа не сопровождалось неприятными ощущениями, волосы с нужной зоны желательно удалить.

Не натягивать тейп слишком сильно — это может нарушить кровообращение.

При появлении онемения, покалывания, усиления боли или зуда немедленно снять тейп. Правильно наклеенные тейпы учат ребенка прикрывать рот и автоматически проглатывать слюну.

Также тейпирование поможет в случае, если ребенок не умеет произносить губные звуки (Б, П, В, Ф, М) из-за нарушения иннервации круговой мышцы рта.

У детей с неврологическими патологиями при нарушении мышечной работы речевого аппарата, тейп дарит возможность менять патологический паттерн движения, а также вырабатывать автоматизированные новые навыки.

Для достижения максимального эффекта тейпирования целесообразно проводить в рамках комплексной терапии: логопедический массаж и тейпирование.

3.2.2. Логопедическое занятие с применением ДЭНС-терапии

Существуют определённые методы в практике ДЭНС, используемые для коррекции звукопроизношения. Для мышечной паретичности рекомендуемая частота составляет 77 Гц, в случае спастичности — 10 Гц. Для выявления триггерных и проблемных зон применяются режимы МЭД или Скрининг, а для работы с иммунными зонами — частоты в диапазоне 10–20 Гц или низкие запрограммированные частоты аппарата ДиаДЭНС-ПКМ.

Зоны воздействия аппарата:

Язык.

Круговая мышца рта.

Подчелюстная зона (так называемая "зона косынки").

Шейное кольцо.

Зона яремной ямки.

Тригеминальная зона или область выхода ветвей тройничного нерва на лице.

За один сеанс можно обрабатывать три зоны:

Универсальную зону, которая поддерживает связь с центральной нервной системой (ЦНС).

Специальную, речевую зону.

Иммунную зону для укрепления иммунной системы у детей, часто болеющих, поскольку речевые проблемы наблюдаются у соматически ослабленных детей.

Метод ДЭНС уже давно используется в практике, и опыт многих моих коллег показывает, что он приносит положительные результаты за короткие сроки коррекционной работы.

Был разработан следующий алгоритм действий при применении ДЭНС-терапии:

Логопедическое обследование ребенка.

Консультация с невропатологом и психиатром. ДЭНС-терапия проводится только с согласия родителей (или законных представителей) и при отсутствии противопоказаний.

Назначение врачом-реабилитологом коррекционно-развивающих занятий с использованием ДЭНС.

Общее время сеанса подготовки с применением ДЭНС составляет 20-25 минут.

Длительность курсового воздействия аппарата ДиаДЭНС-ПК — 7-8 минут.

Проведение традиционной артикуляционной гимнастики для коррекции речевых нарушений — 3-5 минут.

Уже после первого курса ДЭНС-терапии были отмечены положительные изменения в речи у детей:

Улучшение мышечного тонуса органов артикуляции на 20%.

Повышение активности мимической и артикуляционной мускулатуры на 15%.

Увеличение объема артикуляционных движений на 20%.

Расширение объема речевого дыхания на 15%.

Улучшение качества голосообразования на 25%.

Из пяти дошкольников с общим недоразвитием речи (3 уровень), трое детей, имеющих трудности с произношением свистящих звуков, смогли правильно произносить звук [С]. Хотя динамика в становлении соноров была менее выраженной, эти звуки начали появляться у детей гораздо раньше, чем обычно

Этот метод прост в использовании и высокоэффективен. Он позволяет целенаправленно воздействовать на поражённые участки артикуляционных органов, активизируя и восстанавливая их функции. Применение аппарата ДЭНС способствует более быстрому формированию большинства звуков, что облегчает их постановку и автоматизацию. Таким образом, проведенная работа четко показывает, что при использовании аппарата ДЭНС становление большинства звуков происходит в более короткие сроки, что облегчает постановку и автоматизацию звуков.

3.2.3. Логопедическое занятие с гарнитурой Forbrain

Forbrain — это электронное устройство, которое предназначено для тренировки слуха и речи. Оно разработано на основе принципов метода Томатис и выглядит как наушники с микрофоном и специализированными датчиками.

Одной из ключевых особенностей методики является возможность копировать и усиливать собственный голос пользователя. Звуковой сигнал передается посредством костной проводимости (через слуховую кость), при этом уши остаются свободными для восприятия внешних звуков.

Forbrain является многофункциональным устройством и используется для:

Улучшения синтеза и анализа звуков речи.

Тренировки произношения и выразительности речи на родном или иностранном языке.

Коррекции и компенсации речевых расстройств (дизартрия, заикание, дислексия).

Преодоления трудностей с обучением письму и чтению вслух, а также с пониманием прочитанного текста.

Улучшения памяти и концентрации внимания.

Повышения координации движений и чувства ритма.

Примеры упражнений для развития звукопроизношения с аппаратом Forbrain.

1. Повторение гласных звуков

Попросите ребенка произносить гласные звуки (а, о, у, и) с разной интонацией, используя Forbrain. Это помогает улучшить артикуляцию и контроль над голосом.

2. Повторение слогов

Ребенок повторяет слоги с автоматизируемым звуком, акцентируя внимание на четкости произношения.

3. Работа со словами

Подберите слова, содержащие проблемные звуки, и предложите ребенку произносить их, используя устройство.

4. Чтение стихов и скороговорок

Чтение вслух с аппаратом Forbrain помогает улучшить ритм, интонацию и четкость речи.

Использование аппарата Forbrain в работе с дошкольниками позволяет значительно улучшить звукопроизношение и общее речевое развитие. Этот инновационный инструмент сочетает в себе простоту использования и высокую эффективность, что делает его ценным дополнением к

традиционным методам логопедической работы. При регулярном использовании и правильной организации занятий Forbrain помогает детям быстрее освоить правильное произношение и подготовиться к успешному обучению в школе.

Мы уделяем 10-15 мин на работу с наушниками для представления нового речевого материала или отработки пройденной программы.

3. 4. Результаты контрольного эксперимента

После проведения логопедической работы, был проведен контрольный этап психолого-педагогического эксперимента, целью которого являлось выявление динамики в развитии устной речи у детей с ДЦП.

В нём приняли участие дети, с которыми велась коррекционная работа на протяжении 1 года, что соответствует 4 заездам по 2 реабилитационных интенсивных недели коррекционных комплексных занятий у детей с ДЦП.

При обследовании состояния произносительной стороны речи детей были использованы те же методики, что и при проведении констатирующего эксперимента.

По той же методике, что у констатирующего эксперимента нами было проведено повторное обследование детей с ДЦП, на основании анализа исследований Р.Е. Левиной, Ф.Ф. Рау, Н. Х. Швачкина, Л.В. Неймана были определены показатели уровня звукопроизношения и сформированности фонематического восприятия у детей.

Опираясь на прежние методики для исследования уровня звукопроизношения и сформированности фонематического восприятия у детей, разработанные Г.Г. Голубевой, В.В. Коноваленко мы провели повторную диагностику.

Снова взяли методики логопедического обследования Т.П. Бессоновой, О.Г. Грибовой, Л.В. Лопатиной, Е. М. Мастюковой, Т.А. Фотековой [8, 44, 45,

62]. При обследовании моторных функций мы использовали методики Е.Ф. Архиповой, И.С. Лопухиной, Е.М. Мостюковой [2, 44, 32].

Результаты обследования звукопроизношения представлены в Таблице 4.

Таблица 4.

**Качественные и количественные результаты обследования
звукопроизношения у дошкольников с ДЦП**

Имя ребенка	Качественная характеристика нарушения Звукопроизношения	Баллы конст. экс-та	Баллы контр. экс-та
М.И.	Антропофонический дефект: [с], [с'], [з], [з'] в стадии автоматизации в словах, в самостоятельной речи. Фонологический дефект: [ш]<=>[с], [ж]<=>[з]; [р], [р'], [л] – отсутствие звука.	1	2

Продолжение табл. 4

А.И.	Антропофонический дефект: [л], [р] – в стадии автоматизации в словах, в самостоятельной речи. Фонологический дефект [р']– отсутствие звука.	3	3
А.К.	Антропофонический дефект: [л] – в стадии автоматизации в словах, в самостоятельной речи. Фонологический дефект [р], [р'],– отсутствие звука.	3	3
Т.Б.	Антропофонический дефект: [ц], [л] - в стадии автоматизации в словах, в самостоятельной речи, боковой сигматизм [с], [с'], [з] [з']. Фонологический дефект [р], [р'],– отсутствие звука.	2	2
С.Б.	Антропофонический дефект: [л] – в стадии автоматизации в словах, самостоятельной речи Фонологический дефект: [р], [р'] – отсутствие звука	2	3
В.М.	Антропофонический дефект: [с] в стадии автоматизации в словах, самостоятельной речи; шипящий сигматизм [ш], [ж], [ч]; [л] – двугубный ламбдаизм. Фонологический дефект: [з], [р], [р'] – отсутствие звука.	1	1
Р.Ш.	Антропофонический дефект: [с], [л] в стадии автоматизации в словах, самостоятельной речи; межзубный сигматизм [з], [з']. Фонологический дефект [р], [р'],– отсутствие звуков.	2	3
Р.М.	Антропофонический дефект: [с] в стадии автоматизации в словах, самостоятельной речи; шипящий сигматизм [ш], [ж]; свистящий сигматизм [з], [ц]. Фонологический дефект: [л] [р], [р'] – отсутствие звуков	1	1

Ю.С.	Антропофонический дефект: [л], [р'] – в стадии автоматизации в словах, в самостоятельной речи Фонологический дефект: [р], – отсутствие звуков	3	3
Р.И.	Антропофонический дефект: [л] – в стадии автоматизации в словах, в самостоятельной речи Фонологический дефект: [р], [р'] – отсутствие звуков	2	3

Оценка результатов (в баллах):

5 баллов – правильное произношение всех звуков;

4 балла – мономорфное нарушение, звуки находятся на стадии автоматизации
3 балла – мономорфное нарушение звукопроизношения;

2 балла – полиморфное нарушение звукопроизношения (2 группы звуков);

1 балл – полиморфное нарушение звукопроизношения (3 и более группы звуков).

По результатам данного обследования можно сказать, что у всех 10 дошкольного возраста с ДЦП всё также отмечаются трудности в произнесении звуков. У одного ребенка с условно высоким уровнем, максимально чистое произношение при данной нозологии. Двое детей с ДЦП, после коррекционной работы, получили по 1 баллу, так как были выявлены нарушения в произношении свистящих, шипящих и сонорных звуков. Но у Р.М. автоматизировался звук [в], а у В.М. в стадии автоматизации звук [с]. 6 испытуемых – Ю.С., Р.И., Р.Ш., С.Б., А.К. и А.И. - получили по 3 балла, так как при обследовании были выявлены нарушения 1 - 2 звуков из одной фонетической группы. Т.Б. и М.И. получили по два балла, так как нарушения звуков были из 1-2 фонетических групп.

При проведении сравнительного анализа результатов констатирующего и контрольного эксперимента было установлено, что нарушенное произношение звуков в изолированной позиции снизилось в 3,9 раза. Произношение звуков в составе слов и словосочетаний на момент проведения повторной проверки звукопроизношения улучшилось у детей 3,8 раза по сравнению с результатами констатирующего эксперимента, а в экспрессивной

речи – в 3,4 раза. Это говорит о том, что нам удалось достаточно успешно справиться с постановкой звуков на занятиях и провести эффективную работу по автоматизации звуков логопедической ритмикой. Наиболее хорошие результаты показала коррекция произношения звуков [р] – [рʲ], [л] – [лʲ], [ш], [щʲ], так как эти звуки были нарушены у большого количества детей, и речевой материал для занятий был подобран с упором на эти звуки в подавляющей части занятий.

Графически результаты представлены на рисунке 2.

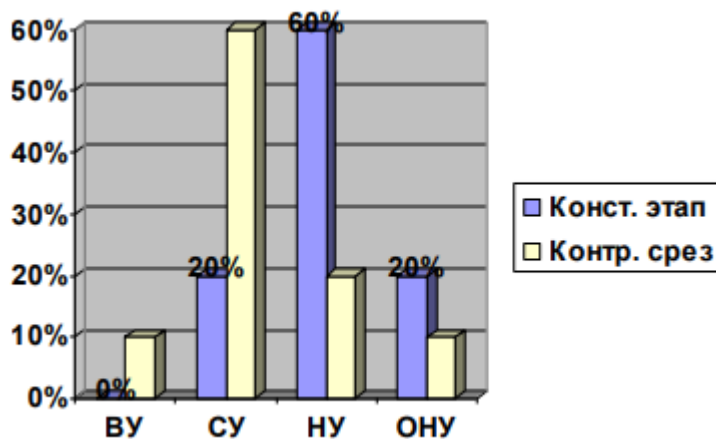


Рис.2 Динамика показателей уровня звукопроизношения и сформированности фонематического восприятия у детей с ДЦП
Итоговые результаты обследования детей на этапе контрольного среза. По результатам контрольного среза дети были условно разделены на 4 группы:

1) дети с высоким уровнем (с условно высоким уровнем, максимально чистое произношение при данной нозологии) звукопроизношения и сформированности фонематического восприятия, анализа и синтеза – сюда условно был отнесен 1 ребенок с ДЦП (4,5 балла из 5) (10%);

2) дети с условно средним уровнем звукопроизношения и сформированности фонематического восприятия, анализа и синтеза – сюда мы условно отнесли 6 детей (60%) с ДЦП (3-4 балла из 5);

3) дети с условно низким уровнем звукопроизношения и сформированности фонематического восприятия, анализа и синтеза – сюда мы условно отнесли 2 детей (20%) с ДЦП (1,5-2,5 балла из 5);

4) дети с очень низким уровнем (тяжело подающиеся коррекции, но в дальнейшем при системной комплексной работе специалистов, возможен минимальный результат) звукопроизношения и сформированности фонематического восприятия, анализа и синтеза – сюда мы условно отнесли 1 ребенка (10%) с ДЦП (0,5-1 балл из 5).

Коррекционная работа с использованием современного комплексного подхода обеспечила положительную динамику.

Мы помогли скорректировать речь, развить дыхание, голос и дикцию, научили детей понимать слова, мимику и жесты. Логопед-дефектолог начинает занятия начинают с расслабления мышц лица и артикуляционного аппарата. Дальше идет артикуляционная и дыхательная гимнастики, развитие голоса, работа над произношением звуков. Следующий этап – расширение словарного запаса. Проведена плодотворная работа в комплексе с ЛФК, Бобат, Войта, БАК и т.д.

Но прогнозы зависят от формы ДЦП, своевременности, последовательности и длительности реабилитации. К сожалению, о полном снятии симптомов речь не идет. А вот восстановление или улучшение определенных навыков – дело возможное.

При диагнозе ДЦП интеллект ребенка страдает не всегда. У особенных детей есть шанс догнать сверстников в учебе, закончить школу, поступить в колледж или вуз. Шанс на полноценную жизнь есть, но терапия трудной и непрерывной. Чем раньше родители детей начинают комплексную работу, тем лучше будет результат. Посещать курсы реабилитации в специализированном центре недостаточно. Нужно каждый день заниматься дома, и для этого мы даем родителям комплекс упражнений (№1, №2, №3, №4).

3.5. Методические рекомендации для специалистов реабилитационных центров

По результатам констатирующего эксперимента, а также анализа научной литературы нами были составлены методические рекомендации педагогической коррекции мелкой моторики, артикуляционной моторики и фонетико-фонематических нарушений у дошкольников с детским церебральным параличом.

В нашем центре логопедическая коррекция проходит в комплексном подходе с применением современных методик, таких как: Кастильо Моралес, Кинезиотейпирование, ДЭНАС-терапия и Эрготерапия.

Методика логопедического занятия с эрготерапевтом — это междисциплинарный подход, объединяющий развитие речи и функций самообслуживания/повседневной жизни с помощью адаптации среды и предметов (ложки, приборы), развития моторики (пальчиковые игры, бимануальная терапия), игр на сенсорную интеграцию и пошагового обучения задачам (одевание, еда). Совместная работа логопеда и эрготерапевта помогает комплексно восстановить навыки, интегрируя логопедические упражнения с эрготерапевтическими техниками для достижения максимальной самостоятельности ребенка в быту.

Ключевые принципы совместной работы:

Целенаправленность: работа строится на реальных целях и потребностях ребенка (например, научиться есть самому, одеваться).

Командная работа: логопед и эрготерапевт (а также другие специалисты, такие как невролог, психолог) работают в команде, координируя задачи и методы.

Индивидуальный план: составляется индивидуальная программа, учитывающая особенности развития ребенка, его двигательные и когнитивные функции.

Примеры совместных методик и упражнений:

Адаптация среды: эрготерапевт подбирает специальные приспособления (утяжеленные ложки, стаканы с насадками, нескользящие коврики) для облегчения самостоятельного приема пищи, что снижает фрустрацию и позволяет логопеду работать над артикуляцией в спокойной обстановке.

Развитие мелкой моторики: Пальчиковые игры, игры с бусинами, лепка, разрезание бумаги (логопедические и эрготерапевтические) всё, что развивает координацию и силу пальцев, важную для речи и самообслуживания.

Игры на сенсорную интеграцию: Использование сенсорных материалов (песок, тесто, вода), которые одновременно стимулируют тактильные ощущения и способствуют развитию речи.

Пошаговые инструкции: Разделение сложных задач (например, застегивание пуговицы) на этапы с речевыми и визуальными подсказками.

Логопедическая ритмика: Совмещение движений под музыку с произнесением звуков/слов для улучшения координации и артикуляции. Логопедический массаж используется для нормализации мышечного тонуса артикуляционного аппарата, что дополняет работу по развитию двигательных навыков.

Как это выглядит на практике:

Ребенок с дизартрией выполняет упражнение по развитию силы языка (логопед) и одновременно учится удерживать специальный прибор для еды (эрготерапевт). Или, во время игры с мячом, которая развивает координацию (эрготерапевт), логопед просит проговорить названия цветов, отрабатывая звукопроизношение.

Методика логопедического занятия с ДЭНАС включает курсы по 10-15 дней, ежедневные сеансы, воздействие на ключевые зоны (шейно-воротниковая, речевая, пальцы рук, околопозвоночные), используя специальные программы аппарата для улучшения кровообращения, снятия зажимов, активации артикуляционного аппарата и связи моторики с речью,

часто в сочетании с традиционными логопедическими упражнениями для ускорения результатов при различных речевых нарушениях.

Основные зоны воздействия.

Шейно-воротниковая зона: улучшает мозговое кровообращение, снимает мышечные зажимы.

Речевая зона (под челюстью, язык): стимулирует мышцы артикуляционного аппарата.

Пальцы рук: активизирует связь речевой функции и мелкой моторики (подушечки пальцев).

Околопозвоночные зоны: задействуют подкорковые структуры.

В структуру сеанса входят курсы по 10-15 процедур, 1 сеанс в день, продолжительностью 10-15 минут.

Зоны в сеансе: 2-3 зоны (универсальная, специальная речевая, иммунная), чередуются каждые 2-3 дня.

Частоты используемые на сеансе низкие (1-200 Гц).

Техника проведения происходит за счет обработки рефлексогенных точек и зон импульсами тока малой силы.

ДЭНАС активизирует естественные механизмы саморегуляции организма через воздействие на рефлекторные точки.

Улучшается кровоснабжение, снимается спастичность, повышается тонус мышц, что облегчает произнесение звуков. Важно отметить, что между пальцевой моторикой (Су-Джок) и речью усиливается.

Ожидаемые результаты:

- улучшение звукопроизношения;
- расширение словарного запаса, появление фразовой речи;
- повышение концентрации внимания, улучшение памяти;
- нормализация сна, снижение возбудимости.

Применение ДЭНАС сочетается с традиционными логопедическими техниками (логопедический массаж, дыхательные упражнения, пальчиковая гимнастика).

Метод безопасен, не имеет возрастных ограничений, применяется также при ЗРР, дизартрии, заикании и др.

Суть методики кинезиотейпирования.

Нейрорефлекторное воздействие: тейпы действуют как сенсорный раздражитель на кожные рецепторы, заставляя мозг обращать внимание на проблемные мышцы и восстанавливать контроль над ними.

Миофасциальная коррекция: улучшают лимфоток и микроциркуляцию в тканях, снимают спазмы и поддерживают ослабленные мышцы, что помогает формировать новый двигательный стереотип.

Комплексный подход: тейпирование не самоцель, а дополнение к массажу (перед гимнастикой), артикуляционной, дыхательной гимнастике и миофункциональной терапии.

Как проходит занятие

В начале нашей работы проходит диагностика, Логопед определяет проблемные зоны и особенности речи (дизартрия, дислалия, проблемы с глотанием, заикание).

Далее проводится расслабляющий/тонизирующий логопедический массаж. Затем процедура тейпирования. Специалист наносит кинезиотейп на определенные участки (лицо, носогубные складки, губы, шея) с нужным натяжением. Для активизации тейпа ребенку предлагаются упражнения. Ребенок выполняет артикуляционные и другие упражнения, пока тейпы работают (обычно несколько дней). Тейпы носят от нескольких часов до нескольких дней, затем снимаются, делается перерыв, и при необходимости курс повторяется.

Зоны воздействия

Лицо: Активизация мимических мышц, коррекция губ (особенно важно для звуков Б, П, М, Ф).

Шея: Расслабление напряженных мышц, улучшение кровообращения, работа с голосом, особенно при заикании.

Спина (верхний отдел): Коррекция осанки, влияющей на дыхание и интонацию.

Спектр применения достаточно широкий: дизартрия, дислалия; повышенное слюноотечение, инфантильный тип глотания; слабость мышц языка, губ, щек; нарушения мелкой моторики, проблемы с жеванием; последствия инсультов (в комплексной терапии).

Тейпирование должно проводиться только сертифицированным логопедом, знающим анатомию и особенности нервной системы.

Метод Кастильо Моралес включает комплекс процедур, направленных на восстановление речевых, глотательных и дыхательных функций. В начале сеанса специалист выполняет специальные упражнения, направленные на активацию мышц речевого аппарата, затем переходит к точечным воздействиям на определённые зоны лица и шеи. Завершается процедура мягким массажем лица и шеи.

Важно отметить, что данный метод учитывает индивидуальные особенности каждого ребёнка, включая уровень его когнитивного развития. Это особенно значимо, поскольку многие дети с неврологическими нарушениями имеют задержки в психоречевом развитии. Поэтому взаимодействие со специалистом должно строиться с учетом способностей ребенка воспринимать инструкции и активно участвовать в процессе реабилитации. Однако данный метод может также быть полезен при работе с совсем маленькими детьми, например, он широко используется для реабилитации детей с нарушениями сосательного рефлекса.

Продолжительность курса лечения методом Кастильо Моралес варьируется в зависимости от характера заболевания, возраста пациента и динамики выздоровления. Как правило, курс состоит из 8-10 сеансов, проводимых регулярно под наблюдением специалиста.

Эти методики были подобраны исходя из диагностики и консультации главного врача-реабилитолога центра «Адели Пенза» по каждому конкретному ребенку с ДЦП и конечно подбирается направление

коррекционного воздействия, составляются специальные упражнения, направленные на преодоления фонетико-фонематических нарушений. Примерный план занятий с аппарат ДЭНАС представлен в приложении. Учитывая все вышеизложенное, составленный комплекс речевой коррекции у дошкольников с детским церебральным параличом можно считать успешно реализованной.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В рамках данного исследования был реализован комплексный подход к изучению и коррекции речевых нарушений у дошкольников с детским церебральным параличом (ДЦП). В ходе работы мы осуществили теоретический анализ психолого-педагогической и медицинской литературы, посвященной феноменологии ДЦП, особенностям онтогенеза речи в норме и при церебральном параличе, а также специфике психического развития данной категории детей. Данный анализ позволил сформулировать теоретическую базу для понимания структуры речевого дефекта.

Также мы провели психолого-педагогический эксперимент, включающий констатирующий, формирующий и контрольные этапы. Этот метод позволили последовательно: провести диагностику неречевых и речевых функций у детей с ДЦП; разработать, подобрать и систематизировать коррекционные упражнения; апробировать разработанные методики; оценить эффективность логопедической работы.

Диагностический комплекс, примененный для обследования дошкольников с ДЦП, основывался на методических рекомендациях ведущих специалистов (Е.Ф. Архипова, И.С. Лопухина, Е.М. Мастюкова) и включал в себя следующие разделы:

- обследование мелкой моторики;
- обследование строения и подвижности артикуляционного аппарата;

- комплексное обследование состояния звукопроизношения (с использованием специально подобранных предметных картинок для выявления нарушений произношения отдельных фонем);
- обследование состояния фонематического слуха и фонематического восприятия.

Результаты констатирующего этапа диагностики позволили выявить, что ведущим в структуре речевого дефекта у дошкольников с ДЦП является нарушение звукопроизношения. У значительной части обследованных детей была отмечена несформированность целых групп звуков, что указывало на системное нарушение фонетической стороны речи. Более того, у половины группы наблюдались стойкие замены, в частности, шипящих звуков на свистящие, что свидетельствовало выраженном нарушении фонематической дифференциации.

- на основе полученных данных были определены ключевые направления логопедической работы с дошкольниками с ДЦП:
- коррекция нарушений мелкой, общей и артикуляционной моторики;
- коррекция звукопроизношения;
- формирование полноценных представлений о звуковом составе слова на базе развития фонематического слуха и восприятия.

Таким образом, можно сказать, что с дошкольниками с ДЦП необходимо организовывать комплексную, систематическую и многоаспектную коррекционно-логопедическую работу.

Итоги экспериментальной работы (формирующего и контрольного этапов) подтвердили высокую эффективность примененного комплексного подхода. Достижение положительных результатов стало возможным, благодаря целенаправленному планированию логопедической работы, системному подходу в обучении, активному использованию наглядности, применению разнообразных, дополняющих друг друга приемов, видов и форм обучения, учету индивидуальных особенностей развития каждого ребенка.

Следует подчеркнуть, что ДЦП оказывает существенное влияние на формирование патологических двигательных стереотипов, часто сопровождаясь интеллектуальными психическими, сенсорными и соматическими нарушениями, среди которых речевые расстройства занимают особое место. Именно поэтому комплексность и системность являются залогом успешной коррекции.

Нарушения речи при ДЦП варьируются от легких (стертых) форм дизартрии до полного отсутствия неразборчивости речи. Этот речевой дефект является значимым фактором, способствующим формированию у ребенка негативных личностных качеств (пассивность, замкнутость, неуверенность), что серьезно ограничивает коммуникацию со взрослыми и сверстниками. Учитывая то, что полноценное общение является основой для становления личности, формирование нравственной сферы и мировоззрения, уровень развития устной речи напрямую определяет результативность социальной адаптации.

По итогам работы были сделаны следующие выводы:

1. Природа и характер речевых нарушений при ДЦП. Речевые расстройства у детей с ДЦП являются распространенными и гетерогенными по выраженности и патогенезу. Логопедическая работа должна носить строго дифференцированный характер, учитывающий механизм нарушения, его симптоматику, структуру дефекта и индивидуальные психофизиологические особенности ребенка.

2. Структура речевого дефекта. Анализ констатирующего эксперимента показал, что речевое развитие детей с ДЦП характеризуется сложным, вариативным соотношением нарушенных компонентов (моторной стороны речи, фонетической системы, фонематических процессов, лексико-грамматического строя речи), охватывающих все звенья речевой функциональной системы.

3. Условия эффективности коррекции. Эффективность логопедической работы достигается при условии целенаправленной и

комплексной работы по развитию всех компонентов речи. Комплексный подход включает специальное планирование, системность обучения, активное использование наглядности и разнообразных, взаимодополняющих приемов, видов и форм обучения с учетом индивидуальных потребностей каждого ребенка.

4. Результаты коррекционного воздействия. Анализ контрольного эксперимента выявил стабильную положительную динамику в развитии двигательных функций и устной речи у дошкольников. Это подтверждает эффективность предложенной логопедической работы.

Таким образом, гипотеза экспериментального исследования доказана, поставленные цели достигнуты, задачи решены. Достигнутые положительные результаты демонстрируют потенциал комплексного подхода в коррекции речевых нарушений у дошкольников с ДЦП.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Архипова, Е. Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом: Доречевой период: Кн. для логопеда. – М.: Академия, 2017. – 79 с.
2. Архипова, Е.Ф. Логопедическая работа с детьми раннего возраста / Е.Ф. Архипова. – М.: АСТ АСТРЕЛЬ, 2006. – 190 с.
3. Архипова, Е. Ф. Логопедический массаж при дизартрии / Е. Ф. Архипова. – М. : Астрель, 2009. – 128 с.
4. Бадалян, Л. О. Детские церебральные параличи /Л.О.Бадалян, Л. Т. Журба, О. В. Тимонина. – Киев : Здоровья,1988. – 328 с.
5. Батышева, Т.Т. Детский церебральный паралич – современные представления о проблеме / Т.Т. Батышева, О.В. Быкова, А.В. Виноградов // Российский международный журнал. – 2023. – №8. – С. 401 – 405.
6. Бахматова, Е. Н. Комплексное психологическое исследование больных со спастической формой детского церебрального паралича/ Е. Н. Бахматова, И. И. Мамайчук // Дефектология. – 2021. – № 6. – С. 14 – 20.
7. Белова, Т. В. 200 упражнений для развития общей и мелкой моторики / Т. В. Белова, Е. А. Солнцева. – М. : Астрель, 2007. – 95 с.
8. Бельтюков, В.И. Об усвоении детьми звуков речи [Электронный ресурс] / В.И. Бельтюков – Электрон. Текстовые дан. – Акад. пед. Наук РСФСР. Ин-т дефектологии. – М.: Просвещение, – 91с. Режим доступа:<https://cyberpedia.su/9x6471.html>(дата обращения: 10.12.25).

9. Блинков, Ю. А. Логопедическая реабилитация детей с отклонениями в развитии / Ю. А. Блинков, С. А. Игнатъев. М.: ВЛАДОС, 2014. – 304 с.
10. Бобылова, М.Ю. Онтогенез речевого развития / Т.Е. Браудо, М.Ю. Бобылова, М.В. Казакова // Российский журнал детской неврологии. – 2017. – №1. – С. 41 – 46.
11. Бодалев, А.А. Личность и общение: избранные психологические труды [Электронный ресурс]/ А.А. Бодалев. – Электрон. Текстовые дан.– Издание 2-е, переработанное. – М.: Международная педагогическая академия. – 328 с.Режим доступа:<https://clck.ru/3FAydi>(дата обращения: 11.12.25).
12. Бородич, А.М. Методика развития речи детей [Электронный ресурс] / А.М. Бородич – Электрон. Текстовые дан. – М.: Просвещение, – 256 с. Режим доступа: https://pedlib.ru/Books/5/0174/5_0174-46.shtml (дата обращения: 28.11.25).
13. Винарская, Е. Н. Дизартрия и ее топико-диагностическое значение в клинике очаговых поражений мозга / Е. Н. Винарская, А. М. Пулатов. – Ташкент : Медицина, 1973. – 143 с.
14. Волкова, Г.А. Методика психолого-логопедического обследования детей с нарушениями речи. Вопросы дифференциальной диагностики: учебн.-метод. пособие. – СПб.: Детство-пресс, 2003. – 144 с.
15. Выготский, Л.С. Мышление и речь / Л.С. Выготский. – М.: Лабиринт, 2009. – 352с.
16. Гвоздев, А.Н. Вопросы изучения детской речи / А.Н. Гвоздев. – СПб.: Детство-Пресс, 2011. – 480 с.
17. Гриншпун,Б.М. Развитие коммуникативных умений у детей [Электронный ресурс] / Гриншпун, Б.М., Селиверстов В.И. Речевые игры с детьми. – М.: Просвещение. Режим доступа:https://vk.com/wall-37669522_599(дата обращения: 04.12.25).

18. Давыдов, В.В. Теория развивающего обучения: монография [Электронный ресурс] / В.В. Давыдов. – М.: Интор, 544 с. – Режим доступа: https://vk.com/wall14838841_11308 (дата обращения: 04.12.24).
19. Данилова, Л. А. Методы коррекции речевого и психического развития у детей с церебральным параличом / Л. А. Данилова. – М.: Медицина, 1977. – 96 с.
20. Елецкая, Е. В. Обследование состояния звукопроизношения у детей [Электронный ресурс]: / Е. В. Елецкая. Режим доступа: <https://nsportal.ru/shkola/korreksionnaya-pedagogika> – URL : (дата обращения: 17.11.2025)
21. Ефименкова, Л.Н. Формирование речи у дошкольников [Электронный ресурс] / Л.Н. Ефименкова. – Электрон. текстовые дан. – М.: Национальный книжный центр. – Режим доступа: https://pedlib.ru/Books/1/0383/1_0383-1.shtml (дата обращения: 26.11.25).
22. Жигорева М.В. Организация логопедических занятий с детьми, страдающими детским церебральным параличом. // Логопед №3, 2006. –122 с. Режим доступа: https://vk.com/wall274467438_193 (дата обращения: 10.12.25).
23. Жукова, Н.С. Логопедия. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников [Электронный ресурс] / Н.С. Жукова, Е.М. Мастюкова, Т.Б. Филичева. – Электрон. текстовые дан. – М.: Соц. полит, журн., 1994. – Режим доступа: https://pedlib.ru/Books/2/0028/2_0028-1.shtml (дата обращения: 18.11.25).
24. Иваницкая, И. Н. Детский церебральный паралич / И. Н. Иваницкая. – СПб.: Дидактика Плюс, 2003. – 101 с.
25. Ипполитова, М. В. Нарушение речи у детей с церебральным параличом / М. В. Ипполитова, Е. М. Мастюкова. – М. : Просвещение, 1985. – 203 с.

26. Ипполитова, М. В. Воспитание детей с церебральным параличом в семье / М. В. Ипполитова, Р. Д. Бабенкова, Е. М. Мастюкова. – М.: Просвещение, 1993. – 238 с.
27. Использование методики Кастильо Моралес в речевой реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья /Белова Ю.А., Карпушкина Е.А. – В сборнике: Современный ребенок: вопросы обучения, воспитания, социализации. Материалы II Всероссийской научно-практической конференции. – Пенза, 2025. – С. 218-222.
28. Качесов, В. А. Основы интенсивной реабилитации. ДЦП./ В. А. Качесов. – ЭЛБИ-СПб, 2005. – 112 с.
29. Каше, Г.А. Подготовка к школе детей с недостатками речи: Пособие для логопеда [Электронный ресурс] / Г.А. Каше – М.: Просвещение. – 207 с. Режим доступа: https://pedlib.ru/Books/1/0255/1_0255-1.shtml(дата обращения: 04.12.25).
30. Кирьянова, Р.А. Комплексная диагностика и ее использование учителем-логопедом в коррекционной работе с детьми 5-6 лет. – СПб.: Каро, 2002. – 368 с.
31. Конопкин, О.А. Психологические механизмы регуляции деятельности / О.А. Конопкин. – Издание 2-е, исправленное и дополненное. – М.: Ленанд, 2011. – 320 с.
32. Ковшиков, В.А. Психолингвистика. Теория речевой деятельности: Теория речевой деятельности: учебное пособие для студентов педвузов / В.А. Ковшиков, В.П. Глухов. – М.: АСТ, 2007. – 318 с.
33. Кольцова, М.М. Двигательная активность и развитие функций мозга ребенка: роль двигательного анализатора в формировании высшей нервной деятельности ребенка [Электронный ресурс]/ М.М. Кольцова. – М.: Педагогика. – 142 с.– Режим доступа: https://vk.com/wall-209918658_264(дата обращения: 04.12.25).

34. Коноваленко, В. В. Антонимы. Картинный дидактический материал для занятий и игровой деятельности / В. В. Коноваленко, С. В. Коноваленко. – М. : ГНОМ, 2021. – 96 с.
35. Коноваленко С.В. Конструирование против ДЦП. Начальный этап обучения конструированию дошкольников с детским церебральным параличом/ С.В.Коноваленко. – М.: Изд. ГНОМ и Д, 2015. – 80 с.
36. Лалаева, Р. И. Нарушение речи и их коррекция у детей с задержкой психического развития / Р. И. Лалаева, Н. В. Серебрякова, С. В. Зорина. – М.: ВЛАДОС, 2003. – 236 с.
37. Левченко, И.Ю. Особенности психического развития больных ДЦП в детском и подростковом возрасте/ И. Ю. Левченко. – М.: Педагогика, 1991. – 321 с.
38. Левченко, И. Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько. – М.: Академия, 2001. – 192 с.
39. Леонтьев, А.А. Слово в речевой деятельности: Некоторые проблемы общей теории речевой деятельности / А.А. Леонтьев. – М.: Наука, 2016. – 290 с.
40. Леонтьев, А.Н. Психологические основы дошкольной игры [Электронный ресурс] / А.Н. Леонтьев. – Электрон. текстовые дан. – М.: Просвещение, 1983. – Режим доступа: https://www.studmed.ru/view/leontev-aleksey-psihologicheskie-osnovy-doshkolnoy-igry_81b6b9251ae.html (дата обращения: 24.11.25).
41. Лубовский, В.И. Специальная психология: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений [Электронный ресурс] / В.И. Лубовский, Т.В. Розанова, Л.И. Солнцева и др.; под ред. В.И. Лубовского. – 2-е изд., испр. – М.: Изд. центр «Академия», 2005. – 464 с. Режим доступа: <https://clck.ru/3F332L> (дата обращения: 04.12.25).
42. Лурия, А.Р. Язык и сознание / А.Р. Лурия. – СПб.: Питер, 2019. – 336 с.

43. Малофеев, Н. Н. Работа воспитателя по формированию словарного запаса младших школьников с церебральным параличом / Н. Н. Малофеев // Дефектология. – 2023. – № 6. – С. 59-67.
44. Мастюкова, Е. М. Двигательные нарушения и их оценка в структуре аномального развития / Е. М. Мастюкова // Дефектология. – 2023. – № 3. – С. 3-9.
45. Мастюкова, Е. М. Клиника и реабилитационная терапия детского церебрального паралича / Е. М. Мастюкова, К. А. Семенова, М. Я. Смуглин. – М. : Медицина. 1972. – 328 с.
46. Микулинская, М.Я. Развитие лингвистического мышления учащихся [Электронный ресурс]. Эксперим. психол. исслед. обучения пониманию предложений при чтении / М.Я. Микулинская. – М.: Педагогика. Режим доступа: https://rusneb.ru/catalog/000200_000018_rc_383090/ (дата обращения: 10.12.25).
47. Немкова, С.А. Речевые нарушения при детском церебральном параличе: диагностика и коррекция. / С.А. Немкова – Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019 – С.112-119. Режим доступа: <https://doi.org/10.17116/jnevro2019119051112> (дата обращения: 10.12.25).
48. Немов, Р.С. Общие основы психологии / Р. С. Немов – М.: «ВЛАДОС», 2004. – 148 с.
49. Особенности умственного и речевого развития учащихся с церебральным параличом / под ред. М. В. Ипполитовой. – М: Просвещение, 1989. – 158 с.
50. Осокин, В. В. Эволюция представлений о детском церебральном параличе / В.В. Осокин // Современная наука: актуальные проблемы и пути их решения. – 2024. – № 9. - С. 42–46.
51. Панченко, И. И. Особенности фонетико-фонематического анализа расстройств звукопроизношения и некоторые принципы лечебно-коррекционных мероприятий при дислалических и дизартрических нарушениях речи / И. И. Панченко. – М. : Просвещение, 2020. – 152 с.

52. Панченко-Миль, Инна Ивановна. Дизартрические и анартрические расстройства речи у детей с ДЦП и особенности логопедической работы с ними : на материале исследований автора / И. И. Панченко-Миль. — Изд. 2-е — Москва, Н. Гайдук, 2021. — 311 с.
53. Пиаже, Ж. Речь и мышление ребенка / Ж. Пиаже. — М.: АСТ, 2020. — 352 с.
54. Правдина – Винарская, Е. Н. Детские церебральные параличи и пути их преодоления / Е. Н. Правдина - Винарская, М. Б. Эйдинова. — М. : АПН РСФСР, 1959. — 187 с.
55. Приходько, О. Г. Специфика речевого развития детей с церебральным параличом / О. Г. Приходько // Специальное образование. — 2014. — № 2. — С. 107 – 112.
56. Рубинштейн, С.Л. Основы общей психологии [Электронный ресурс] / С.Л. Рубинштейн – Электрон. текстовые дан. — СПб.: Питер, 2002. — Режим доступа:http://yanko.lib.ru/books/psycho/rubinshteyn=osnovu_obzhey_ps.c.pdf (дата обращения: 20.11.25).
57. Семенова, К. А. Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и детским церебральным параличом / К.А. Семенова – М. : Закон и порядок, 2007. — 612 с.
58. Смирнова, Е.О. Детская психология: учеб. для студ. высш. пед. учеб. заведений, обучающихся по специальности «Дошкольная педагогика и психология» / Е.О. Смирнова. — М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2006. — 366 с.
59. Соловьева, Л.Г. Логопедия: учебник и практикум для вузов / Л. Г. Соловьева, Г.Н. Градова. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: Издательство Юрайт, 2024. — 191 с.
60. Сохин, Ф.А. Развитие речи детей дошкольного возраста. — М.: Просвещение, 1984. — 296 с.

61. Учебно-воспитательный процесс в реабилитации детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата / под ред. М. В. Ипполитовой. – М. : Просвещение, 1988. – 143 с.
62. Филичева, Т.Б. Воспитание и обучение детей дошкольного возраста с общим недоразвитием речи. Программно-методические рекомендации / Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина. – М.: Дрофа, 2014. – 192 с.
63. Финни, Р. Н. Ребенок с церебральным параличом. Помощь, уход, развитие / под ред. Е. В. Ключковой. – Теревинф, 2016. – 336 с.
64. Фотекова, Т. А. Сочетание нарушений познавательной и речевой сфер в структуре дефекта у детей с ОНР / Т. А. Фотекова // Дефектология. – 2004. – № 2. – С. 9-14
65. Халилова, Л. Б. Состояние первоначальных морфологических обобщений у учащихся начальных классов, страдающих церебральным параличом/ Л. Б. Халилова // Дефектология. – 1979. – № 1. – С. 46-55.
66. Черненко, А. Н. Коррекция речи у детей дошкольного возраста в комплексе с аппаратом ДЭНС / А. Н. Черненко. — Текст: непосредственный // Молодой ученый. — 2019. — № 10 (248). — С. 66-70. — Режим доступа : <https://moluch.ru/archive/248/57009> (дата обращения: 04.12.25).
67. Чиркина, Г. В. К методике обучения детей с псевдобульбарной дизартрией / Г. В. Чиркина // Дефектология. –1973. – № 4. – С. 45-50.
68. Шахнарович, А.М. Психолингвистические проблемы овладения словом как наименованием / А.М. Шахнарович. – Москва // Возрастная психолингвистика: хрестоматия / сост. К.Ф. Седов. – М.: Лабиринт, 2004.
69. Швачкин, Н.Х. Возрастная психолингвистика: Хрестоматия. Учебное пособие [Электронный ресурс]/ Составление К.Ф. Седова.–М.: Лабиринт, 2004. –330 с. Режим доступа: https://pedlib.ru/Books/5/0435/5_0435-1.shtml(дата обращения: 04.12.25).
70. Ястребова, А. В. Коррекция нарушений речи у учащихся общеобразовательной школы / А. В. Ястребова. – М. :Просвещение, 1984. – 159 с.

ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Педагогический институт им. В.Г. Белинского

Факультет педагогики, психологии и
социальных наук

Кафедра «Дошкольное и
дефектологическое образование»

Направление подготовки 44.04.03
Специальное (дефектологическое)
образование
Магистерская программа
«Логопедическая работа в системе
комплексного сопровождения
лиц с ограниченными
возможностями здоровья»

Утверждаю: зав. кафедрой
«01» 09 2025 г.

Протокол №1
Корчагина Е.Н. *А.В.*

Задание

По выпускной квалификационной работе Беловой Юлии Андреевны

1. Тема работы «Комплексный подход к коррекции речи дошкольников с
детским церебральным параличом»

Утверждена приказом по Университету от «08.09» 2025 г. № 1023/0

2. Срок сдачи студентом законченной работы «30» 01 2026 г.

3. Исходные данные к работе:

Цель исследования: коррекция фонетико-фонематической стороны
речи в структуре комплексного подхода в реабилитации детей дошкольного
возраста с ДЦП.

Задачи:

1. Проанализировать специальную литературу по проблеме
звукопроизношения детей дошкольного возраста с ДЦП;

2. Провести экспериментальное изучение уровня сформированности
звукопроизношения и фонематических процессов детей дошкольного
возраста с ДЦП;

3. Провести логопедическую работу по коррекции речевых нарушений у детей дошкольного возраста с ДЦП;

4. Подготовить методические рекомендации для специалистов реабилитационных центров по коррекции речевых нарушений у детей дошкольного возраста с ДЦП.

Объект исследования: состояние фонетико-фонетической стороны речи детей дошкольного возраста с ДЦП.

Предмет исследования: комплексный подход в структуре коррекции фонетико-фонематической стороны речи как средство повышения эффективности коррекционной работы у детей дошкольного возраста с ДЦП.

Гипотеза: наличие сложной структуры дефекта при детском церебральном параличе обуславливает нарушение звукопроизношения, фонематического восприятия и слуха. Поэтапное формирование фонетико-фонематической стороны речи у детей дошкольного возраста с церебральным параличом в процессе комплексного психолого-медико-педагогического воздействия позволит повысить эффективность педагогической коррекции и реабилитационных мероприятий в целом.

Теоретические основы исследования. Теоретической основой данного экспериментального исследования стали труды коррекционной педагогики и специальной психологии, сформулированных Л.С. Выготским, В.В. Лебединский, В. И. Лубовским, Н.Н. Малофеева. Также берется во внимание принципы коррекционно-логопедической работы детей с ДЦП, описанные в работах Л.А. Даниловой, М.В. Ипполитовой, Н.М. Назаровой.

Методологические основы исследования. Изучение состояние фонетико-фонетической стороны речи детей дошкольного возраста с ДЦП является интересной и актуальной темой. Методы наблюдения, опроса и экспериментов позволяют получить информацию о коррекции нарушения речи в структуре комплексного подхода этих детей. Результаты исследований показывают, что у дошкольников с ДЦП действительно есть

особые трудности, при наличии разных формах ДЦП у детей специфична и структура речевого дефекта. Дальнейшее изучение этой проблематики может помочь разработке методик работы с этими детьми и повышению эффективности образовательного процесса для них в рамках реабилитационных центров.

Методы исследования:

- анализ психолого-педагогической литературы;
- метод наблюдения;
- обучающий, формирующий и контрольный эксперименты.

Научная новизна:

1. При наличии разных формах ДЦП у детей, результаты исследования позволяют уточнить и систематизировать структуру речевого дефекта.
2. Определены и апробированы методические рекомендации для эффективной логопедической работы детей с ДЦП в современном комплексном подходе реабилитационного центра.

Теоретическая значимость исследования. К началу обучения в школе у детей с ДЦП недостаточно сформирована произносительная сторона речи, что обусловлено патологическими процессами различных мозговых структур, вызывающих церебральноорганическую патологию. Наличие таких нарушений препятствует формированию полноценной речевой и учебной деятельности. Эти дети составляют группу риска по успеваемости. Речевые нарушения ограничивают контакт и общение детей со взрослыми и здоровыми сверстниками, снижает мотивацию к речевому общению. Исходя из выше сказанного, можно утверждать, что тема исследования является значимой, недостаточно изученной, что и определяет ее актуальность.

Прикладная ценность полученных результатов. Разработанные методические рекомендации для специалистов реабилитационных центров, основанные на последовательном, структурированном, комплексном подходе, которые являются эффективным средством коррекции фонетико-

фонематического недоразвития и повышения общего уровня развития дошкольников с ДЦП.

Положения, выносимые на защиту:

1. Эффективность логопедической коррекции у детей с ДЦП будет происходить быстрее если учитывать не только речевые нарушения, такие как трудности при узнавании фонем, искажение звуко-слоговой структуры слова, перерегуляции, замены звуков но и двигательное состояние ребенка, а именно форму степени ДЦП.

2. Комплексный подход в речевой реабилитации предполагает сочетание коррекционно-педагогической и лечебно-оздоровительной работы:

- Бобат-терапия;
- Методика Войта;
- Кастильо Моралес;
- Биоакустическая коррекция головного мозга (БАК 8К);
- Биологическая обратная связь по электромиограмме (ЭМГ-БОС).

5. Календарный план

№ п/п	Наименование этапов ВКР	Сроки выполнения этапов	Примечания
1.	Проанализировать специальную литературу по формированию речи у детей с церебральным параличом с разными формами двигательной активности.	Сентябрь 2023	Выполнено
2.	Исследовать звукопроизношение детей с нарушениями речевого развития, имеющих разные степени двигательной активности.	Сентябрь 2023	Выполнено
3.	Провести сравнительный анализ и оценку изучения особенностей фонематического восприятия детей с детским церебральным параличом.	Декабрь 2023	Выполнено
	Провести логопедическую работу по коррекции речевых нарушений у		

4.	детей дошкольного возраста с ДЦП.	Февраль 2025 – ноябрь 2025	Выполнено
5.	Оценить результаты коррекционно-логопедической работы по коррекции речевых нарушений у детей дошкольного возраста с ДЦП.	Декабрь 2025	Выполнено

6. Дата выдачи задания «3» декабря 2023 г.

Руководитель _____
(подпись)

Задание принял к исполнению _____
(подпись)

ОТЗЫВ
на выпускную квалификационную работу
на тему: «Комплексный подход к коррекции речи дошкольников с
детским церебральным параличом»
студентки 3 курса заочной формы обучения
факультета педагогики, психологии и социальных наук
Педагогического института им. В.Г. Белинского ПГУ
Направление подготовки 44.04.03 Специальное
(дефектологическое) образование
Магистерская программа «Логопедическая работа в системе
комплексного сопровождения лиц
с ограниченными возможностями здоровья»
Беловой Юлии Андреевны

Выпускная квалификационная работа «Комплексный подход к коррекции речи дошкольников с детским церебральным параличом» посвящена одной из актуальных проблем современной коррекционной педагогики – нарушений речи, сложностью их коррекции, коррекции фонетико-фонематической стороны речи у детей дошкольного возраста с ДЦП.

Белова Ю.А. изучила современную логопедическую, психологическую и педагогическую литературу, обобщила и систематизировала данные разных исследователей об особенностях развития речи и восприятия у детей с детским церебральным параличом, механизмах формирования фонетикофонематической стороны речи, методах диагностики и коррекции нарушений речи с учетом разных форм ДЦП, нейропсихологические исследования.

Юлией Андреевной проведено изучение влияния модальностей восприятия на развитие речи и коррекцию ее нарушений.

Работа завершается методической частью: разработкой системы упражнений и заданий, направленных на коррекцию выявленных недостатков. Особое внимание в работе автор уделяла разработке комплексного подхода коррекции речи у детей с ДЦП.

Система работы была апробирована Беловой Ю.А. на базе

реабилитационного центра, подтвердила свою эффективность и показала важность применения предложенных занятий в комплексной работе по оказанию логопедической помощи дошкольникам с ДЦП.

Выпускная квалификационная работа Беловой Юлии Андреевны выполнена в соответствии с требованиями ГЭК, заслуживает высокой оценки и может быть допущена к защите.

Руководитель ВКР:

к.п.н., доцент кафедры

«Дошкольное и

дефектологическое образование»



Карпушкина Е.А.

РЕЦЕНЗИЯ
на выпускную квалификационную работу
на тему: «Комплексный подход к коррекции речи дошкольников с
детским церебральным параличом»
студентки 3 курса заочной формы обучения
факультета педагогики, психологии и социальных наук
Педагогического института им. В.Г. Белинского ПГУ
Направление подготовки 44.04.03 Специальное (дефектологическое)
образование
Магистерская программа: «Логопедическая работа в системе
комплексного сопровождения лиц с ограниченными возможностями
здоровья»
Беловой Юлии Андреевны

Диссертация представляет собой основательное исследование, по формированию комплексного подхода к коррекции речи, а также определения коррекционно-логопедической работы у детей с детским церебральным параличом. Белова Ю.А. представила подробный анализ проведенного экспериментального исследования, которое включало в себя различные виды заданий, направленных на выявление уровня развития произносительной стороны речи.

Результаты проведенного исследования и разработанная коррекционно-логопедическая работа по развитию произносительной стороны речи как средства становления коммуникации у дошкольников с детским церебральным параличом может быть использована в практической деятельности педагогов дошкольных образовательных организаций, что позволяет сделать вывод о теоретической и практической значимости проделанной работы.

Автором продемонстрирована способность к анализу научной литературы, логичность в изложении результатов этого анализа, грамотный подход к выбору и применению диагностической методики, высокий уровень способностей к анализу и интерпретации полученных эмпирических данных.

Работа имеет четкую структуру и логическую последовательность, что делает ее доступной для широкого круга читателей.

К пожеланиям по работе следует отнести расширение представленных не только теоретических основ произносительной стороны речи, но и дать больший объём практического материала в виде занятий, упражнений. Указанные пожелания не влияют существенно на общую оценку.

Работа Беловой Юлии Андреевны «Комплексный подход к коррекции речи дошкольников с детским церебральным параличом» оценивается положительно.

Учитель-логопед

МБОУ СОШ № 78 г. Пензы им. дважды

Героя Советского Союза В.А. Глазунова



Ю.В. Резикова

Директор

МБОУ СОШ № 78 г. Пензы им. дважды

Героя Советского Союза В.А. Глазунова



С.В. Гаранин



АНТИПЛАГИАТ
ОБНАРУЖЕНИЕ ЗАИМСТВОВАНИЙ

СПРАВКА

о результатах проверки текстового документа
на наличие заимствований

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования "Пензенский государственный
университет"

ПРОВЕРКА ВЫПОЛНЕНА В СИСТЕМЕ АНТИПЛАГИАТ.ВУЗ

Автор работы: Белова Юлия Андреевна
Самоцитирование
рассчитано для: Белова Юлия Андреевна
Название работы: Белова Ю.А. Комплексный подход к коррекции речи у дошкольников с детским церебральным параличом.
Тип работы: Магистерская диссертация
Подразделение: Кафедра "Дошкольное и дефектологическое образование"

РЕЗУЛЬТАТЫ

■ ОТЧЕТ О ПРОВЕРКЕ КОРРЕКТИРОВАЛСЯ: НИЖЕ ПРЕДСТАВЛЕНЫ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕРКИ ДО КОРРЕКТИРОВКИ

СОВПАДЕНИЯ 31.6%
ОРИГИНАЛЬНОСТЬ 68.4%
ЦИТИРОВАНИЯ 0%
САМОЦИТИРОВАНИЯ 0%
ИИ-КОНТЕНТ 0%

СОВПАДЕНИЯ 19.92%
ОРИГИНАЛЬНОСТЬ 68.4%
ЦИТИРОВАНИЯ 0%
САМОЦИТИРОВАНИЯ 11.68%

ДАТА И ВРЕМЯ КОРРЕКТИРОВКИ: 30.01.2026 09:57

ДАТА ПОСЛЕДНЕЙ ПРОВЕРКИ: 30.01.2026

Структура
документа:

Проверенные разделы: основная часть с.1, 8-75, введение с.4-7, выводы с.75-77

Модули поиска:

Переводные заимствования по коллекции Гарант: аналитика; Перефразирования по Коллекции открытых публикаций международных издательств; PubMed; Перефразированные заимствования по коллекции Интернет в английском сегменте; Переводные заимствования по базе публикаций открытого доступа PubMed; Переводные заимствования; Переводные заимствования по коллекции Интернет в русском сегменте; Перефразирования по коллекции IEEE; Шаблонные фразы; Цитирование; Сводная коллекция научных работ Беларуси; Профессиональная лексика; Перефразирования по базе публикаций открытого доступа PubMed; IEEE; СМИ России и СНГ; СПС ГАРАНТ: аналитика; Патенты СССР, РФ, СНГ; Коллекция открытых публикаций международных издательств; Коллекция НБУ; Публикации eLIBRARY; Публикации eLIBRARY (пер...

Работу проверил: Карпушкина Елена Александровна

ФИО проверяющего

Дата подписи:

30.01.26

Подпись проверяющего



Чтобы убедиться
в подлинности справки, используйте QR-код,
который содержит ссылку на отчет.

Ответ на вопрос, является ли обнаруженное заимствование
корректным, система оставляет на усмотрение проверяющего.
Предоставленная информация не подлежит использованию
в коммерческих целях.

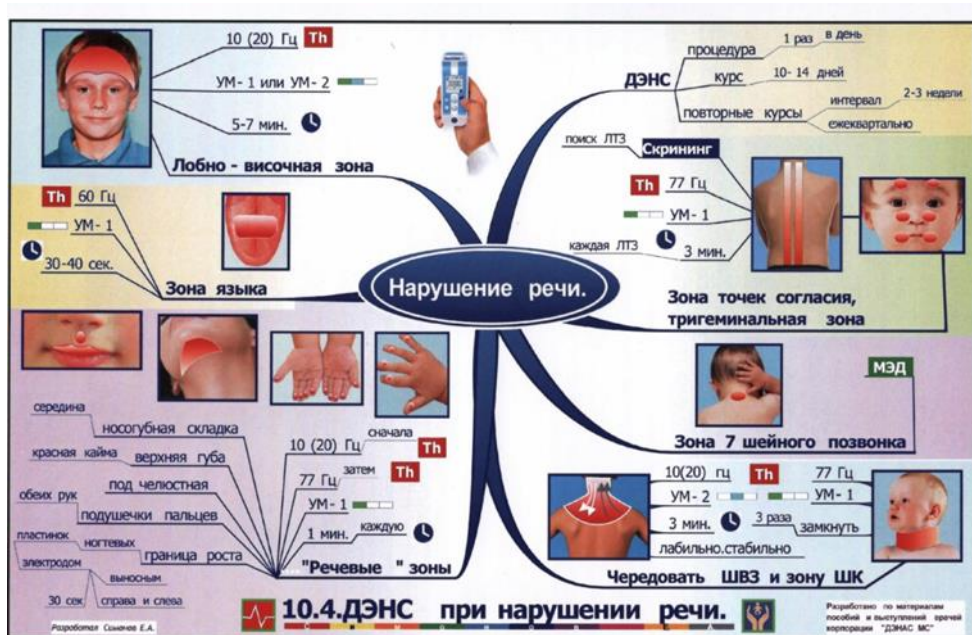


Рис. 1. Работа ДЭНАС аппарата

Методика применения Дэнас-терапии в логопедической практике:

1. Время воздействия рассчитывалось по формуле 1 мин. на 1 кг веса ребёнка; либо индивидуально, исходя из психологических особенностей детей.
2. Курс лечебных процедур составлял 10-14 сеансов; затем перерыв на 2 недели.
3. Зоны аппаратного воздействия: язык, круговая мышца рта, подчелюстная зона, 6 точек, зоны соответствия СУ-ДЖОК на руке; а также иммунные зоны в период эпидемии гриппа. -4. У детей с алалией необходимо применение массажной расчёски для воздействия на речевые зоны, расположенные на голове.
4. При паретичности мышц языка использовалась мощность- 60 Гц; при спастичности-10 Гц.; мощности менялись в диапазоне 10 Гц, чтобы не было привыкания.

За один сеанс обрабатывались 2-3 зоны. Улучшения наступали уже на 2-ом, 3-ем сеансе: сокращалось или почти исчезало повышенное

слюноотделение. Изменения в тоне языка становились заметными после 5-го, 7-го сеанса, но могли исчезать через некоторое время после процедуры.

Дэнас-терапия проводилась с 5-ю детьми: было проведено 2 курса. В результате терапевтической работы аппаратом ДЭНАС: у одного ребёнка наступила полная коррекция звукопроизношения, у остальных наступили значительные улучшения в тоне органов артикуляции и повысилось качество речи; как дополнительный эффект - отмечено отсутствие соматических заболеваний во время лечения.

Результаты коррекционной работы

Таким образом, даже результаты первого опыта работы с детьми с тяжёлой речевой патологией при помощи аппарата ДЭНАС доказывают эффективность его применения в коррекционной работе и ведут к сокращению сроков коррекции.

Аппараты серии ДЭНАС разрешены МЗ РФ для домашнего применения (декабрь, 2001г.), не требуют медицинского образования, имеют европейский сертификат качества «ЕvгоСАТ» высшей категории (ноябрь, 2004г.), метод динамической электростимуляции зарегистрирован N43 РФ (март, 2005г.) как самостоятельный метод физиолечения.

Тема: «Постановка [С]» (№12 сеанс ДЭНС-терапии)

Цель: Формировать произносительные умения и навыки.

Задачи:

Образовательные:

1. Уточнить представление ребенка об артикуляционном укладе [С]
2. Обобщить словарь по лексической теме «Овощи»

Коррекционные:

1. Нормализовать мышечный тонус артикуляционного аппарата и мимической мускулатуры
2. Нормализовать моторику артикуляционного аппарата
3. Упражнять в правильном произношении [С] (в изолированном произношении, в слого, словах, предложениях)

Развивающие:

1. Развивать фонематическое восприятие и слух в процессе повторения слоговой цепочки и определения [С] в слова
2. Развивать мелкую моторику через выкладывание семян по контуру
3. Развивать внимание и память через коррекционные упражнения
4. Развивать зрительное восприятие через упражнение для глаз и коррекционную игру

Воспитательные:

1. Воспитывать желание правильно произносить звуки
2. Воспитывать активность на занятии

Оборудование: аппарат ДЭНАС. ЛКП «Игры для Тигры», спирт, вата, носовой платок, предметные картинки по темам «Овощи» и «Фрукты», семечки арбуза.

Этапы занятия:

I. Организационный момент:

Постановка цели занятия:

II. Подготовительный этап: Нормализация мышечного тонуса мимической и артикуляционной мускулатуры.

а) Массаж шеи. Расслабление мышц шеи и плечевого пояса.

- Поглаживание шеи сверху вниз

б) Массаж лба. Расслабление лобных мышц.

- Поглаживание от висков к центру
- Поглаживание от волосистой части головы к бровям

в) Массаж щек. Расслабление мышц, поднимающих угол рта, щечной мышцы, мышц, поднимающих верхнюю губу

- вращательные поглаживающие движения по поверхности щёк.

г) Массаж скуловой мышцы. Расслабление скуловых мышц и мышц, опускающих нижнюю губу и угол рта

- пощипывание от мочек ушей к середине подбородка
- поглаживание от мочек ушей к середине подбородка

д) Динамическая электронейростимуляция речевых зон:

- Зона проекции речевых мышц вокруг рта - методика креста в режиме «терапия». Снятие мышечного беспокойства в речевой мускулатуре.
- Режим «Терапия» по 30 сек.
- Подчелюстная ямка (под подбородком). Расслабление корня языка, подавление гиперкинезов. Режим «Терапия» 30 сек.
- Язык. Подавление гиперкинезов, увеличение объема артикуляционных движений языка. Режим «Терапия» 30 сек.
- Подчелюстная зона (спереди от угла нижней челюсти). Активизация точек-переднеязычных звуков. Режим «Терапия» по 30 сек.
- Зоны микросоответствия по Су-Джок (правую и левую руку чередовать через день, подушечки больших пальцев). Режим «Терапия» 30 сек.

III. Основная часть.

1. Артикуляционная гимнастика. Упражнения для [С]:

- «заборчик»- «дудочка»
- «заборчик»- «окошечко»
- «заборчик»- «пещерка»
- «накажем язычок»
- «лопатка»
- «язычок в постельке»
- «песенка водички»

2. Упражнения для глаз

- «часики»
- «качели»
- «стадион»

3. Постановка и автоматизация [С] изолированно и в слогах

- «песенка водички». КИ «Одуванчики». Режим III
- «слоговая цепочка». КИ «Одуванчики». Режим №2

4. Автоматизация [С] в словах - «Услышь и повтори правильно»

- Сад, сам, сани, Саня
- Сом, сок. Соня
- Сук, суп, суд
- Сын, сыт, сыпь

5. Автоматизация [С] во фразах - «Запомни и повтори правильно»

«У Сани сад. Саня идет в сад. Саня идет в сад к Сане. В саду оса. Оса пьет сок. Соня и Саня видят осу. У осы усы»

6. Автоматизация [С] при пересказе того же текста. «Что запомнил в рассказе, повтори» (можно снова прочитать текст, если ребенок не запомнил).

7. Выбери картинки с овощами. Послушай внимательно, в каком названии есть [С]. Выложи овощ из семян по контуру

IV. Итог занятия

- Какой звук учились правильно произносить?

Методика экспериментального изучения

Для обследования детей дошкольного возраста с ДЦП, мы взяли методику обследования мелкой моторики Е.Ф. Архиповой, И.С. Лопухиной, Е.М. Мастюковой [2, 44, 32].

Инструкция: Смотри как я делаю и повторяй за мной движения.

Все предлагаемые задания проводятся по показу, затем по словесной инструкции.

Выполнить по счет:

1. Пальцы сжать в кулак – разжать (5-6 раз);
2. Держа ладони на поверхности стола, разъединить пальцы, соединить вместе (5-6 раз);
3. Сложить пальцы в кольцо – раскрыть ладонь (5-6 раз);
4. Попеременно соединять все пальцы руки с большим пальцем, сначала правой руки, затем левой, затем обеих рук одновременно;
5. Показать второй и третий пальцы («ушки») на одной руке, на другой, затем на обеих руках одновременно (5-6 раз);
6. Показать второй и пятый пальцы («рожки») на одной руке, на другой, затем на обеих руках одновременно (5-6 раз).
7. Инструкция: «Делай, как я» («Кулак - ребро - ладонь»).

Далее выполняется последовательный ряд движений («Кулак - ребро – ладонь»). Здесь меняются лишь позы, сама рука не меняет местоположения.

Задание выполняется сначала правой рукой (для правшей), затем левой, затем обеими. Для левшей - наоборот.

8. Инструкция: «Положи руки перед собой на стол. Делай, как я» (проба Озерецкого).

Одновременное изменение положений обеих кистей рук: одна рука сжата в кулак, другая с распрямленными пальцами. Распрямляем одну кисть и сжимаем другую.

Оценка результатов (в баллах):

5 баллов – плавное, точное и одновременное выполнение всех проб.

4 балла – выполнение движений не в полном объеме и/или не выполнение 1-2 пробы, напряженность, истощаемость движений;

3 балла – невыполнение 3-4 проб и/или неточное их выполнение, нарушение переключаемости от одного движения к другому, не соблюдение темпа и/или выполнение проб только одной рукой;

2 балла – невыполнение 5-6 проб и/или неточное их выполнение, при выполнении отмечаются синкинезии, гиперкинезы, не соблюдение темпа, помощь в выполнении движений второй рукой;

1 балл – невыполнение более 7 проб и/или неточное их выполнение.

К недочётам были отнесены:

- замедленное и напряженное выполнение;
- быстрая истощаемость;
- выполнение с ошибками, длительный поиск позы;
- нарушение переключаемости;
- гиперкинезы, синкенизии;
- рассогласованность движений (помощь второй руки).

Методика обследования строения и подвижности речевого аппарата.

Обследование начинается с наблюдения за мимической мускулатурой в состоянии покоя.

Отмечается:

1. Рот открыт или закрыт.
2. Наличие саливации.
3. Имеются ли насильственные движения мимической мускулатуры гиперкинезы и т.д.

Далее осматриваются особенности строения и дефекты аналитического

характера следующих органов:

1. Губ.
2. Языка.
3. Зубов.
4. Мягкого нёба.
5. Челюстей.
6. Твердого нёба.

Затем проверяется подвижность органов артикуляции. Ребенку предлагается выполнить задания по подражанию (вслед за логопедом) или по речевой инструкции:

Статические упражнения для губ:

1. Удерживание губ в улыбке. Зубы не видны.
2. Вытягивание губ вперед длинной трубочкой.
3. Удержание губ в улыбке, сомкнув в естественном прикусе зубы, так чтобы они были видны.

Динамические упражнения для губ:

1. Вытянуть губы вперед трубочкой, а затем растянуть их в широкую улыбку.
2. Втянуть насколько можно щеки внутрь рта, а затем резко его открыть.
3. Делать хлопающие движения губами, чтобы произносился глухой звук.

Статические упражнения для языка:

1. Поднять кончик языка вверх, удержать его в этом положении.
2. «Лопаточка». Широкий язык высунуть, расслабить, положить на нижнюю губу. Следить, чтобы язык не дрожал. Держать 10-15 с.
3. «Чашечка». Рот широко раскрыть. Широкий язык поднять кверху. Потянуться к верхним зубам, но не касаться их. Удерживать язык в таком положении 10 - 15 с.

Динамические упражнения для языка:

1. Сделать язык широким, а затем узким.
2. Облизать губы языком, постараться дотронуться языком до носа.
3. Пощелкать языком.

Критерии оценки: Оценивается подвижность органов артикуляции (от 0 до 1 балла):

0 баллов – не смог выполнить предлагаемые задания.

1 балл – не смог выполнить предлагаемые задания.

Методика обследования состояния звукопроизношения.

Для проверки звукопроизношения фонем у детей используются специально подобранные предметные картинки. В названии представленных картинок присутствуют звуки речи, которые чаще всего бывают нарушенными у детей указанного возраста (С, С', З, З', Ц, Ш, Ж, Ч, Щ, Р', Р, Л, Л').

Обследование включает в себя проверку:

- контактность, принятие и понимание задания;
- наличие или отсутствие нарушений звуков.

Ребенку предлагается следующее: «Я буду показывать тебе картинки, а ты их назови». Логопед предлагает ребенку картинки с изображениями предметов, где присутствует звук:

[С] - стол, стул, ласточка, лисы, мясо, масло, сапоги, кроссовки;

[С'] - гусь, василек, лисенок, поросенок;

[З] - заяка, звезда, коза, поезд;

[З'] - земляничка, корзинка;

[Г] - пингвин, грибы, груша;

[Г'] - сапоги, ноги;

[Ц] - огурец, конфетница, заяц, сахарница, учительница, кольцо;

[Ж] - нож, ложка, жук, верблюжонок, жеребенок, одежда;

[Ш] - шапка, уши, шары, чашка, груша, мишка, матрешка, шуба;

[Ч] - чашка, мячи, черепаха, мальчик, волчонок, врач, ласточка, удочка, чайник;

[Щ] - овощи, щенок;

[Р] - шары, кровать, морковь, огурец, помидор, груша, сахарница, сковорода, корова;

[Л] - лук, слон, ласточка, белка, булка, вилка, ложка, тарелка, яблоко, свекла, стул, стол, кресло, платье, акула;

[Л'] - туфли, самолет, кастрюля, лимон, мебель.

При обследовании каждой группы звуков учитывают, как произносятся проверяемые звуки (изолированно, в слогах, в словах) и как они используются в самостоятельной речи.

На основе полученных данных определяется характер нарушения произношения:

- а) отсутствие звука (ШУБА - УБА);
- б) искажение звуков (с - межзубный);
- в) замена звуков (ш - заменяется межзубным с, звук р - на л, рука - лука).

Критерии оценки:

0 баллов – наличие нарушений звукопроизношения.

1 балл – звукопроизношение развивается в пределах возраста.

Методика обследования состояния фонематического слуха.

Степень развития фонематического слуха у детей определяется при помощи методов.

а) опознание фонем:

1. Хлопнуть в ладоши, если услышат гласный «у» среди других гласных – о, и, а, у, ы, и, а, у, о.

2. Позвонить в колокольчик, если услышат согласный «м» среди других согласных звуков – л., т, г, м, к., д, н, м, ф.

б) различение фонем, близких по способу и месту образования и акустическим признакам:

1. Повторить за логопедом слоговой ряд:

- со звонкими и глухими звуками:

па - ба, ба - па - ба, па - ба - ба,

да - та, та - да - та, да - та - та,

жа - ша, ша - жа - ша, жа - ша - ша,

са - за, за - са - за, са - за - за.

- с шипящими и свистящими:

за - жа - за, шо - со - шо, ча - ца - ча,

жа - ша - жа, зу - су - зу, ша - ча - ша.

- с сонорами:

ра - ла, ла - ра - ла, ра - ла - ла.

2.Опознание среди слогов следуемого звука:

Поднять фишку, если услышишь слог со звуком [з] – ро, су, ша, зы, ло, па, ди, за, ши, жу, га, зо.

3. Опознание звука [с] среди слов:

Определить наличие звука [с] в словах – дом, сани, щётка, чай, рука, сок, зуб, кошка, свет.

4. Нахождение правильного названия предмета (слова) из ряда неправильных вариантов слов.

Если ребёнок услышит правильное название предмета, он должен поднять кружок.

баманвитанин альбом къетка

паманмитавинайбомквекта

банан фитаминаньбомтлекта

банамвитанимавьбомкветка

ваван витамин альпом клетка

даванмитанинальмомкъетка

баванфитавинальномклетта

вананвиталимаблёмтлетка

В результате обследования делается вывод о состоянии фонематического слуха (в норме, недоразвит).

Критерии оценки:

0 баллов – ребёнок не смог выполнить предлагаемые задания.

1 балл – ребёнок не смог выполнить предлагаемые задания.

Обследование состояния фонематического восприятия.

При исследовании состояния фонематического восприятия используют следующие методы:

1. Выделение первого ударного гласного в словах (АИСТ, ОВОЩ, УТКА, ИВА).
2. Выделение первого гласного в обратных слогах (АП, УХ, ИТ, ОН, ЫМ).
3. Выделение первого безударного гласного А, У, И в словах (АНТЕННА, УМЫВАЛЬНИК, ИГОЛКА).
4. Звуковой анализ звукосочетаний из двух гласных (АУ, УА, ИА, АИ, ИУ, УИ).

А) выделение первого звука.

Б) выделение последнего звука

В) определение количества звуков в звукосочетании

5. Определение последнего глухого согласного К, П, Т, Х или сонора М, Н в обратных слогах (АП, ОК, УХ, ИТ, АМ, УМ).

6. Определение последнего глухого согласного К, П, Т, Х или сонора М, Н в словах (МАК, ПЕТУХ, КИТ, БАНАН).

Далее делается вывод о развитии фонематического восприятия (в норме, недостаточно сформировано).

Критерии оценки:

0 баллов – не смог выполнить предлагаемые задания.

1 балл – не смог выполнить предлагаемые задания.

Методика обследования слоговой структуры слова.

При обследовании слоговой структуры слова смотрим на то, как дети произносят слова различной слоговой сложности.

Даются следующие задания:

- называние предметных картинок;
- повторяющие за логопедом произношение слов.

1. Односложные слова с закрытым слогом (СОК, ДЫМ, МАК).
2. Односложные слова со стечением согласных в начале слова (СТОЛ, СТУЛ, ШНУР).
3. Двусложные слова со стечением согласных в начале, в середине, в конце слова (БЛЮДО, ШКОЛА, КНИГА; КЛУБНИКА, ВЕДРО, МЕТРО; КОРАБЛЬ, ДЕКАБРЬ, СПЕКТАКЛЬ).
4. Трёхсложные слова из трёх открытых слогов, с последним закрытым слогом, со стечением согласных (МАЛИНА, МОЛОКО, ПАНАМА; МОЛОТОК, КОРОБОК, ТЕЛЕФОН; КОТЛЕТА, КИЛОМЕТР, ВРАТАРЬ).
5. Четырёхсложные слова с открытыми слогами (ЧЕРЕПАХА, САРАФАНЫ).
6. Повторить следующие предложения:
 - «Водопроводчик чинит водопровод»;
 - «На перекрёстке стоит милиционер»;
 - «Мотоциклист едет на мотоцикле».

В результате обследования отмечаем слова, которые произносились с искажением слогового и звукового состава; произношение каких слоговых структур у ребёнка сформировано, а каких нет; обращается внимание на характер искажения слоговой структуры слова (упрощение слогов; опускание слогов; сокращение слогов; уподобление слогов; перестановка слогов, звуков; добавление слогов и звуков). Отмечаем также слова, слоговая структура которых произносилась ребёнком без искажения.

Критерии оценки:

0 баллов – не смог выполнить предлагаемые задания.

1 балл – не смог выполнить предлагаемые задания.

Обратимся к результатам, полученным в процессе исследования состояния фонематического синтеза слов:

– один ребенок (10%) сам справился с составлением слов из отдельных звуков в ненарушенной последовательности;

– 3 ребенка (30%) не смогли справиться с заданием даже после многократного предъявления последовательности звуков экспериментатором. Допущенные ошибки: «лужа» - «жа», [а]; «рука» - «ка»; «книга»- «га», «ига»; «почта»- «ча», «та» – 0.5 балла.