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 44.03.03
«Специальное (дефектологическое) образование»
Профиль подготовки «Логопедия»

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ФОНЕТИКО-ФОНЕМАТИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ У ДОШКОЛЬНИКОВ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Студент _____ (подпись, дата) Ширипова Ольга Александровна

Научный руководитель _____ (подпись, дата) к.пс.н. Морозова Н.Л.

Нормоконтролер _____ (подпись, дата) Е.А. Карпушкина

Работа допущена к защите (протокол заседания кафедры от_____№_____)

Заведующий кафедрой _____ (подпись) Л.Н. Корчагина

*Работа защищена с отметкой*_____(протокол заседания ГЭК от_____№____)

Секретарь ГЭК _____ (подпись) Н.А. Мали

Пенза, 2020

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ_____3

ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМЫ НАРУШЕНИЙ ФОНЕТИКО-ФОНЕМАТИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ У ДОШКОЛЬНИКОВ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

1.1. Характеристика детского церебрального паралича_____6

1.2. Речевые нарушения у дошкольников с детским церебральным параличом_____10

1.3. Логопедическая работа с детьми с детским церебральным параличом_____14

ГЛАВА II. СОСТОЯНИЕ ФОНЕТИКО-ФОНЕМАТИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

2.1. Цель, задачи, методика констатирующего исследования_____22

2.2. Анализ результатов констатирующего эксперимента_____29

ГЛАВА III. ФОРМИРОВАНИЕ ФОНЕТИКО-ФОНЕМАТИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ У ДОШКОЛЬНИКОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

3.1. Задачи и содержание экспериментального обучения_____36

3.2. Приёмы формирования фонетико-фонематической стороны речи_____39

3.3. Результаты контрольного эксперимента_____47

ЗАКЛЮЧЕНИЕ_____52

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ_____54

ВВЕДЕНИЕ

Детский церебральный паралич – разнообразная патология, она порождает полярные мнения о состоянии и возможностях развития детей с этим заболеванием и трудности в организации специальной помощи им. Актуальность развития системы специального образования дошкольников с детским церебральным параличом определяется не только гуманистическими тенденциями развития общества, но и степенью восстребованности данной системы.

По зарубежным данным, в 50-х годах распространенность ДЦП варьировалась от 1-го в Англии до 4-х в США на 1000 школьников. В 1999 году К.А. Семенова привела такие данные о распространенности ДЦП в России: в 1962 году – 0,4 на 1000 детского населения, в 1999 году – 1,72 на 1000, в 2000-15 годах – 5,6-8,9 на 1000 [17].

Фонетико-фонематическое недоразвитие речи у детей с детским церебральным параличом проявляется в различных формах дизартрий.

Особенностью нарушений звуко-произносительной стороны речи при дизартрии является то, что при всех вида активных движений в конечностях нарастает мышечный тонус в артикуляционной мускулатуре и усиливаются дизартрические расстройства.

Нарушение артикуляционной моторики при детском церебральном параличе не только затрудняют формирование произносительной стороны речи, но и вторично вызывают нарушения фонематического восприятия. Это вызывает у ребенка трудности звукового анализа слов и искажения звуко-слоговой структуры слова.

В фонетико-фонематическом развитии детей выявляется несколько состояний:

- Недостаточное различение и затруднение в анализе только нарушенных в произношении звуков. Весь остальной звуковой состав слова

и слоговая структура анализируются правильно. Это наиболее легкая степень фонетико-фонематического недоразвития;

- Недостаточное различение большого количества звуков из нескольких фонетических групп при достаточно сформированной их артикуляции в устной речи. В этих случаях звуковой анализ нарушается более грубо;
- При глубоком фонематическом недоразвитии ребенок не «слышит» звуков в слове, не различает отношения между звуковыми элементами, неспособен выделить их из состава слова и определить последовательность.

Однако не у всех детей трудности в овладении звуковым составом слов лишь с дефектно произносимыми звуками. И, наконец, в более редких случаях у детей может не отмечаться выраженных трудностей звукового анализа слов даже с дефектно произносимыми звуками. Это определяет необходимость дифференциального подхода при коррекции фонетико-фонематических нарушений у детей.

Все дети с церебральным параличом и дизартрией нуждаются в комплексной системе логопедических мероприятий, направленных на развитие артикуляционных навыков, фонематического анализа и синтеза.

Цель нашей работы – изучение нарушения фонетико-фонематической стороны речи у дошкольников и определение путей коррекции данных нарушений у детей с церебральным параличом.

Гипотеза. Мы предполагаем, что специально подобранная система упражнений и приемов поможет скорректировать нарушения фонетико-фонематической стороны речи у дошкольников с церебральным параличом.

Объект нашего исследования – фонетико-фонематическая сторона речи детей дошкольного возраста с церебральным параличом.

Предмет нашего исследования – приемы коррекции фонетико-фонематической стороны речи у детей с церебральным параличом на логопедических занятиях.

Для подтверждения гипотезы и достижения указанной цели нами были поставлены следующие **задачи*:***

1. Охарактеризовать состояние фонетико-фонематической стороны речи у детей с нарушением опорно-двигательного аппарата.
2. В ходе констатирующего эксперимента изучить нарушения фонетико-фонематической стороны речи у детей с церебральным параличом и проанализировать результаты.
3. Выявить особенности логопедической работы по формированию фонетико-фонематической стороны речи у дошкольников с детским церебральным параличом.
4. Проанализировать результаты проведённого коррекционного обучения по формированию фонетико-фонематической стороны речи у дошкольников с детским церебральным параличом.

В своей работе мы использовали следующие **методы:**

1. Теоретический – анализ литературы по теме;
2. Социолого-педагогический – изучение личных дел, медицинской документации, изучение опыта логопедов практиков;
3. Экспериментальный – проведение констатирующего, формирующего и контрольного экспериментов;
4. Статистический – количественный и качественный анализ данных, полученных в ходе проведения экспериментов.

ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМЫ НАРУШЕНИЙ ФОНЕТИКО-ФОНЕМАТИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ У ДОШКОЛЬНИКОВ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

1.1. Характеристика детского церебрального паралича

Детский церебральный паралич развивается вследствие поражений головного мозга – внутриутробного, в родах, а также в период новорожденности, т.е. когда основные структуры мозга еще не созрели. Частота заболевания, по данным М.Н. Никитиной (1972), 1,71 на 1000 человек детского населения [25].

Мастюкова Е.М. дает следующее определение детского церебрального паралича: «Термин ДЦП обозначает группу двигательных расстройств, возникающих при поражении двигательных систем головного мозга и проявляющихся в недостатке или отсутствии контроля со стороны нервной системы за функциями мышц» [32, С. 56].

Под термином «детские церебральные параличи» (ДЦП) понимают группу заболеваний, возникающих вследствие повреждений головного (реже спинного) мозга, во время внутриутробного развития плода, в момент родов или в раннем послеродовом периоде. Примерно в 57% случаев заболевание является врожденным, в 40% – обусловлено патологическими родами и только у 3% детей связано с инфекционными заболеваниями, черепно-мозговой травмой или другими патологиями, развившимися уже после рождения.

Характерная черта детского церебрального паралича – нарушение психомоторных функций. Двигательные расстройства проявляются в виде параличей, парезов, насильственных движений, нарушений координации движений. Эти симптомы нередко сопровождаются задержкой психоречевого развития, судорожными припадками, нарушениями зрения, слуха, чувствительности и другими патологиями (Гросс Н.А., 2000) [2].

Детский церебральный паралич отличается большим разнообразием клинических проявлений, сопутствующих симптомов, тяжести двигательных и психических нарушений, степеней компенсации, причин, вызвавших заболевание.

В зависимости от тяжести и распространенности различают следующие формы детских церебральных параличей: спастическую диплегию, спастическую гемиплегию, двойную гемиплегию, параплегию, моноплегию, атонически-астатический синдром («вялая» форма детского церебрального паралича), гиперкинетическую форму.

Спастическая диплегия (синдром Литтля) – наиболее частая форма детского церебрального паралича, характеризующаяся двигательными нарушениями в верхних и нижних конечностях; причем ноги страдают больше, чем руки. Степень вовлечения в патологический процесс рук может быть различной – от выраженных парезов до легкой неловкости, которая выявляется при развитии у ребенка тонкой моторики. У 70-80% детей отмечаются нарушения речи в форме спастико-паретической дизартрии, задержки речевого развития, реже моторной алалии (К.А. Семенова, 1979, 1991; Е.М. Мастюкова, 1988) [12].

При спастической гемиплегии нарушения отмечаются преимущественно на одной стороне. В руке больше повышен мышечный тонус сгибателей, а в ноге – разгибателей. Поэтому рука согнута в локтевом суставе, приведена к туловищу, а кисть сжата в кулак. Нога разогнута и повернута внутрь. При ходьбе ребенок опирается на пальцы. Сухожильные рефлексы высокие с расширенной зоной на стороне пареза (иногда с двух сторон). Паретичные конечности отстают в росте от здоровых.

Двойная гемиплегия характеризуется двигательными нарушениями во всех конечностях, однако обычно руки страдают больше, чем ноги. Мышечный тонус часто асимметричен. Тяжелое поражение рук, лицевой мускулатуры и мышц верхней части туловища влечет за собой выраженную задержку речевого и психического развития. Дети не сидят, не ходят, не

могут себя обслуживать. У всех детей отмечаются грубые нарушения речи по типу анартрии, тяжелой спастико-ригидной дизартрии (речь полностью отсутствует, либо больной произносит, слоги и слова). Речь может отсутствовать и в связи с тем, что у большинства детей (90%) отмечается выраженная умственная отсталость.

При атонически-астатической форме детского церебрального паралича имеет место поражение мозжечка, в некоторых случаях сочетающееся с поражением лобных отделов мозга. Со стороны двигательной сферы наблюдаются: низкий мышечный тонус, нарушение равновесия в покое и при ходьбе, тремор, гиперметрия (несоразмерность и чрезмерность движений). У большинства детей отмечаются речевые нарушения в виде задержки речевого развития, атактической дизартрии: может иметь место алалия.

Гиперкинетическая форма характеризуется преимущественным поражением подкорковых образований при резус-конфликтной беременности.

По данным Л.О. Бадаляна [3], гиперкинезы представлены следующими формами:

• Хореический. Быстрые сокращения разных групп мышц. Они носят неритмичный, нескоординированный характер.

• Атетоз. Медленные, червеобразные, вычурные движения в мышцах.

• Торзионный спазм. Характеризуется возникающими при ходьбе штопорообразными движениями туловища.

• Лицевой гемиспазм. Периодически повторяющиеся сокращения мышц половины лица.

• Тремор. Дрожание вытянутых рук, туловища, головы.

• Тик. Насильственные однообразные движения отдельных групп лицевых мышц.

Речевые нарушения чаще в форме гиперкинетической дизартрии. Интеллект в большинстве случаев развивается удовлетворительно.

Течение заболевания при всех его формах подразделяется на три стадии:

- Раннюю;
- Начальную резидуальную (восстановительную);
- Позднюю резидуальную.

Ранняя стадия заболевания – первые 3-4 недели периода новорожденности. Уже в первые дни обнаруживается ряд симптомов, свидетельствующих о поражении головного мозга: повышенная температура, синюшность кожи лица, косоглазие дрожание конечностей, судороги, резкое повышение или, наоборот, понижение тонуса мышц.

Вторая стадия заболевания – начальная резидуальная, для которой характерны задержка и нарушение первых этапов развития двигательных навыков.

Третья стадия, поздняя резидуальная, характеризуется наличием типичных изменений в опорно-двигательном аппарате, контрактурами и деформациями (как обратимыми, так и необратимыми) и диагностируется обычно после 3-4 лет жизни ребенка.

Считается, что детский церебральный паралич – это не прогрессирующая патология, в отличие от прогрессирующих наследственных заболеваний ЦНС и некоторых заболеваний спинного мозга и периферических нервов.

Таким образом, реабилитация детей с детским церебральным параличом – это не только медицинская задача, но и во многом педагогическая и социальная. Используя в активной форме средства физической культуры и логопедии, можно значительно повысить эффективность реабилитационных мероприятий с детьми.

I. 2. Речевые нарушения у дошкольников с детским церебральным параличом

В структуре дефекта у детей с церебральным параличом значимое место занимает расстройство речи частотой около 70%. Формы речевых нарушений разнообразны, что связано с вовлеченностью в патологический процесс различных мозговых структур. Целесообразно выделять следующие формы нарушений:

1) Вторичная задержка речевого развития;

2) Нарушения грамматического строя речи;

3) Нарушения формирования связной речи;

4) Все формы дисграфии и дислексии;

5) Фонетико-фонематическое недоразвитие речи, которые проявляются в рамках различных форм дизартрий;

6) В более тяжелых случаях развивается такое недоразвитие речи как алалия;

7) Общее недоразвитие речи.

При вторичной задержке речевого развития у детей с детским церебральным параличом происходит нарушение темпа развития речи в связи тяжёлой двигательной недостаточностью и выраженным нарушением деятельности.

Общее недоразвитие речи – стойкое нарушение речевого развития в связи с тяжёлым поражением артикуляционной моторики в сочетании с сенсорными дефектами.

Заикание, мутим – невротические и неврозоподобные речевые расстройства.

Основные формы дизартрических нарушений речи у детей с детским церебральным параличом.

На основе клинико-фонетического анализа произносительных расстройств речи выделяются восемь основных постоянно встречающихся форм дизартрического нарушения речи:

1) спастико-паретическая (ведущий синдром – спастический парез);

2) спастико-ригидная (ведущие синдромы – спастический парез и тонические нарушения управления типа ригидности);

3) гиперкинетическая (ведущий синдром – гиперкинезы: хореические, атетоидные, миоклонии);

4) атактическая (ведущий синдром – атаксия);

5) спастико-атактическая (ведущий синдром – спастический парез и атаксия);

6) спастико-гиперкинетическая (ведущий синдром – спастический парез и гиперкинез);

7) спастико-атактико-гиперкинетическая (ведущий синдром – спастический парез, атаксия, гиперкинез);

8) атактико-гиперкинетическая (ведущий синдром – атаксия, гиперкинез).

Рассмотрим дифференцированную клиническую симптоматику при каждой форме дизартрии.

Псевдобульбарная дизартрия как неврологическое понятие (поражение центральной проводимости черепно-мозговых нервов) составляет лишь один из компонентов этого сложного речевого расстройства. Кроме двигательных чистых псевдобульбарных расстройств, у детей обнаруживаются также ригидность, гиперкинезы, атаксия, апраксия.

При развитии псевдобульбарной дизартрии – речь ребенка смазанная, неясная; голос тихий, гнусавый, как правило; имеет место слюнотечение. Жевание нарушено (дети нередко до 3-5 лет едят только протертую или полужидкую пищу).

Обнаруживаются признаки недоразвития не только интеллекта и мышления, но и других психических функций (восприятие, память,

внимание, речь, моторика, эмоции, воля и т.д.) Во-вторых, наблюдается преимущественное недоразвитие наиболее дифференцированных, онтогенетических молодых функций – мышления и речи при относительной сохранности эволюционно более древних элементарных функций и инстинктов. Речь не развита, ограничивается звуками, отдельными словами, нет понимания обращенной к ним речи.

Спастический парез, по названию которого определена первая форма дизартрии (спастико-паретическая), наиболее распространен в речедвигательной системе при детских церебральных параличах. Этот синдром встречается почти при всех формах дизартрических расстройств. Спастический парез связан с выпадением или ослаблением иннерваций различных черепно-мозговых нервов, причем поражение центральных нейронов V, VII, IX, X, XI, XII пар черепно-мозговых нервов может носить общий или избирательный характер, что, и формирует в свою очередь различную степень участия речевой мускулатуры в речевом акте. В данном случае важно проводить обследование одновременно с учетом степени проявлений спастического пареза.

Спастический парез проявляется различно: одни больные не могут удержать во времени нужную артикуляционную позу, другие – выполнить ее, третьи – быстро переключиться от одной позиции к другой. У ряда больных парез приводит к увеличению латентного периода при включении в движение, к слюнотечению в различной степени.

Характер произносительной стороны речи: голос недостаточной силы и звонкости, истощаемы все параметры голосовых возможностей, снижена амплитуда голосовых модуляций, необходимых для живой интонации, темп речи замедленный, речевой выдох истощаем, вдох неглубокий.

Амплитуда артикуляционных движений при спастическом парезе всегда снижена, нет полной реципрокности в деятельности продольных, вертикальных, поперечных мышц языка, недостаточна лабиализация.

Гиперкинетическая форма дизартрии названа по ведущему гиперкинетическому синдрому.

Произносительная сторона речи: голос напряженный, прерывистый, вибрирующий, изменяющийся по высоте и силе, модуляционные возможности в ограниченных пределах возможны. При атетоидном гиперкинезе несколько труднее произнесение аффрикативных и щелевых звуков.

Очень часто потенциальные возможности голосообразования у ребенка значительно выше, чем он их использует в своей речи. Разборчивость зависит от управления дыхательными движениями, от возможности обеспечить силу голоса в речи. Хорошо озвученная речь воспринимается слушателем как понятная. Даже при наличии многих дефектов фонетического строя корковых расстройств обычно не наблюдается, страдает лишь техника письма и чтения.

Спастико-ригидная форма дизартрии характеризуется проявлением спастического пареза речевой мускулатуры и нарушением тонического управления речевой деятельностью по типу экстрапирамидного расстройства.

При этой форме дизартрии не бывает длительного фона покоя в речевой мускулатуре, так как повышен порог чувствительности к разного рода раздражителям. Напряженная улыбка может смениться мгновенным спазмом верхней и нижней квадратной мышцы губы, напряженно поднятый кончик языка сменяется широким распластыванием по нижней губе. Это положение сменяется выводом языка наружу, узким и напряженным.

Во время артикуляционной деятельности сама амплитуда артикуляционных движений при этой форме дизартрии постепенно снижается, доходя до нуля, ребенок вынужден остановиться, появляется спазм дыхания, после легкого вдоха и паузы ребенок опять продолжает говорить до нового спазма и так через каждые 4-5 слогов. Очень часто при

этом синдроме наблюдается недифференцированность губных и язычных движений.

Произносительная сторона речи: голос глухой, напряженный, амплитуда голосовых модуляций снижается до нуля, сила голоса ослаблена, полетность гласных чрезвычайно мала, темп быстрый, речь резко отрывиста, в редких случаях темп может быть медленным с постепенным затуханием голоса. Характер звукопроизношения в большей степени страдает в фонетической окраске, однако чаще фонемные свойства звуков все сохраняются. В случае же апраксических расстройств могут выпасть отдельные группы звуков (как всегда, наиболее трудные – щелевые, аффрикативные, соноры). Специфической разновидностью звукопроизношения при этом синдроме будет слабость дифференциации губных, призубных, мягких и твердых. Разборчивость речи снижена значительно ввиду недостаточности полетности звучаний.

1.3. Логопедическая работа с детьми с детским церебральным параличом

Первые отечественные работы, посвященные воспитанию дошкольников с церебральным параличом, были написаны в 60-х годах М.В. Ипполитовой и Л.А. Даниловой. Авторами были представлены рекомендации по развитию зрительного, тактильного, слухового восприятия в игровой деятельности, по формированию временных и пространственных представлений. Они провели большую организационную работу для открытия дошкольных учреждений для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата. Эти учреждения были открыты в 70-х годах.

М.В. Ипполитова [13] с соавторами опубликовала для родителей рекомендации по семейному воспитанию детей с детским церебральным параличом, начиная с раннего возраста.

В настоящее время все большую актуальность приобретает проблема профилактики и медико-психолого-педагогической помощи детям с детским церебральным параличом.

В ряде работ Е.Ф. Архиповой, Л.А. Даниловой, М.И. Ипполитовой, И.Ю. Левченко, И.И. Мамайчук, Е.М. Мастюковой, К.А. Семеновой, К.А Симоновой и др. раскрыты основные направления коррекционной работы, учитывающие психофизические особенности детей, страдающих церебральными параличами [1, 8, 13, 20, 26, 32].

Планирование логопедической работы строится на понимании речевых нарушений, представляющих собой сложный комплекс дизонтогенеза, и включает в себя ряд разделов не только коррекционно-логопедической направленности, но и психолого-педагогической направленности.

Основные принципы диагностики: комплексное изучение ребенка с участием разных специалистов – врачей, психолога, педагогов; системный и качественный анализ выявленных нарушений развития речевой деятельности, учет возрастных особенностей ребенка и условий его развития, выявление не только актуальных, но и потенциальных возможностей речевого развития обследуемого.

В воспитании правильной речи важное значение имеет нормализация речевого дыхания, т.к. у больных ДЦП оно обычно бывает поверхностным, резким, неспокойным, коротким, при чём нередко слова произносятся ребёнком на вдохе. Необходимо обращать внимание в речевых упражнениях на то, чтобы ребёнок произносил слитно слова во фразе, т.е. не по отдельности каждое слово, а все вместе как одно большое слово, т.к. обычно трудно начать говорить, и поэтому, чем меньше он произнесёт разрозненных слов, тем меньше для него будет затруднений.

Научить выделять гласные в слове (опора на гласные звуки) приобретает большое значение для тех детей, у которых наблюдаются речевые судороги на согласных звуках. Произнесение удлинённо некоторых гласных звуков облегчает речь, снимает речевые судороги.

Одновременно логопед, по необходимости, проводит работу по исправлению недостатков произношения, расширению словарного запаса, совершенствованию грамматического строя, развитию способности правильно и последовательно излагать свои мысли и желания.

Не меньшее значение имеет и другая сторона логопедической работы – воспитание гармонично развитой личности. Логопедическая работа начинается с психолого-педагогического изучения ребёнка. Оно определяет выбор средств и приёмов до начала и в процессе этой работы, позволяет оценить её результативность и дать рекомендации после окончания.

Логопедические занятия являются основной формой логопедической работы, т.к. наиболее полно выражают непосредственное коррекционно-воспитательное воздействие на ребенка (прямое логопедическое воздействие). Все другие формы работы логопеда составляют систему косвенного логопедического воздействия, т.к. по сути, они способствуют, дополняют или закрепляют результаты прямого логопедического воздействия.

Логопедические занятия проводятся как с группой детей, так и индивидуально. Но для тренировки речевого общения и воспитания правильных навыков поведения ребёнка в коллективе, преимущественной формой являются групповые занятия.

Индивидуальные занятия проводятся в виде дополнительных упражнений по коррекции неправильного произношения, беседы психотерапевтического характера и т.д. Логопедические занятия должны, прежде всего, отражать основные задачи коррекционно-воспитательного воздействия на речь и личность ребёнка.

Важным требованием к логопедическим занятиям является учёт основных дидактических принципов: быть регулярными, систематическими и последовательными; проводиться в зависимости от индивидуальных особенностей каждого ребёнка; опираться на сознательность и активность детей; быть оборудованными необходимыми пособиями, наглядными и

техническими средствами обучения; содействовать прочности воспитываемых навыков правильной речи и поведения.

Зарубежные методики образования дошкольников с детским церебральным параличом:

Французы Бота изложили свою систему работы в книге: «Лечебное воспитание детей с двигательными расстройствами церебрального происхождения». Целью работы Бота провозглашают обеспечение каждого ребенка максимум достижений.

Педагогическая работа состоит из нескольких разделов:

1. Воспитание двигательных функций.
2. Воспитание навыков.
3. Воспитание речи.
4. Социальное приспособление.

Не меньшее значение авторы придают развитию личностных качеств.

Большое внимание уделяется подготовке к школе. Включает не только подготовку к письму, но и развитие речи, слухового восприятия, ритма, зрительного внимания и памяти.

Авторы рекомендуют тренировать раскрашивание, штрихование, перемещение руки в нужном направлении, проводить работу в определенных границах, с трафаретами.

При значительных моторных затруднениях предлагают рассмотреть вопрос о возможности и целесообразности использования пишущей машинки

Кондуктивная методика А. Пето.

Андрас Пето был организатором и первым директором реабилитационного центра в Будапеште. Он создал систему кондуктивного (управляемого) обучения.

Целью работы признается подготовка к самостоятельной жизни.

Лечебное, психолого-педагогическое и социальное воздействие объединены. Всю работу выполняют специалисты – дирижеры или

кондукторы, которых обучают в этом же институте. Во время обучения они работают в качестве помощников кондукторов.

Общие принципы кондуктивной педагогики:

1. Необходимо приспосабливать ребенка с патологией к реальным условиям жизни.
2. Это приспособление обеспечивается за счет обучения навыкам.
3. Необходимо добиваться максимального владения сохранными функциями.
4. Закрепление сформированных действий в практических ситуациях.
5. Нужно вести работу по профилактике и устранению комплекса неполноценности.
6. Ребенок должен видеть вокруг себя не только больных, но и здоровых детей.
7. В процессе обучения должно обеспечиваться постоянное развитие.

Одним из основных положений методики является то, что ребенок должен каждый день овладевать новой способностью. Это существенно улучшает мотивацию.

Большое внимание уделяется обучению захвату, упору, Удержанию позы.

Обучение обязательно ведется в группах. В свободных играх со сверстниками развиваются усвоенные способности.

Методика Пето, применима к пациентам с достаточно высоким уровнем сознательности. При отборе детей для занятий предпочтение отдается детям с сохранным или частично сохранным интеллектом, имеющих грамотных, настойчивых, активных родителей. Возраст детей – старше 3-х лет.

Методика психомоторной кинезитерапии М. Прокуса.

Методика Марселя Прокуса рассчитана на работу с детьми в возрасте 4-7 лет.

Основным принципом методики является выравнивание психомоторного развития путем воздействия на основные области развития: моторную, сенсомоторную, интеллектуальную, эмоции и речь.

Моторная область корригируется по следующим параметрам: нормализация мышечного тонуса, развитие зрительно-моторной, зрительно-слуховой, зрительно-моторно-тактильной координации, совершенствование способности к удержанию равновесия, устранение лишних сопутствующих движений.

Занятия включает 4 этапа:

1 этап. Вводная часть

Проводится расслабляющий массаж с беседой для осознания схемы тела, а также ритмические упражнения под музыку.

2 этап. Развитие общей моторики.

3 этап. Развитие мелкой моторики.

4 этап. Обобщающий.

Используются комбинированные упражнения, на укрепление мышц, развитие схемы тела, развитие пространственной ориентировки, развитие ориентировке во времени, развитие темпо-ритмического чувства.

Методика Э. Мазанек.

Методика Эвы Мазанек представлена как психолого-педагогическая реабилитация, выступающая в качестве одного из разделов комплексного подхода, включающего лечебную, логопедическую работу, обучение кормлению, лечебную физкультуру.

Первоначально проводится обследование, далее занятия в игровой форме. Одновременно обучаются и родители, которые затем занимаются дома с ребенком.

В основу работы положены следующие принципы:

1. Обязательный эмоциональный контакт.

2. Обеспечение ребенку чувства безопасности.

3. Активное участие ребенка в работе. Обеспечивается тем, что ребенку объясняют, в чем заключаются его трудности и недостатки.

4. Содержание и материал заданий подбирается не по возрасту, а по возможности ребенка.

5. Работа проводится в игровой деятельности.

6. Дозировка заданий в соответствии с возможностями ребенка.

7. Повторение и закрепление материала.

Методика Мазанек рассчитана для детей с рождения.

Выводы по 1 главе:

1. Детский церебральный паралич – тяжёлое заболевание, при котором оказываются, поражены все функции, в том числе и речь.

2. Речевые нарушения у детей с ДЦП включают:

Фонетико-фонематическое недоразвитие речи, которые проявляются в рамках различных форм дизартрий;

Структура дефекта при дизартрии включает нарушение звуко-произносительной стороны речи и просодической стороны речи, обусловленные органическим повреждением речедвигательных механизмов центральной нервной системы.

Причинами нарушения звукопроизношения при дизартрии являются:

- нарушения мышечного тонуса в речевой мускулатуре;
- ограниченная возможность произвольных артикуляционных движений из-за параличей и парезов мышц артикуляционного аппарата;
- нарушение голосообразования и дыхания.
- специфические особенности усвоения лексической системы языка;
- нарушения грамматического строя речи;
- нарушения формирования связной речи и понимания речевого сообщения;
- все формы дисграфии и дислексии.

3. Чрезвычайно важным является раннее выявление речевых нарушений при церебральном параличе у детей для своевременного начала логопедической работы и наиболее оптимальной и эффективной коррекции речевых расстройств

4. В мире существует много систем специального образования дошкольников с детским церебральным параличом. Эти системы имеют сходное содержание, но разные способы его реализации.

ГЛАВА II. СОСТОЯНИЕ ФОНЕТИКО-ФОНЕМАТИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

2.1. Цель, задачи, методика констатирующего исследования

Данная работа была проведена на базе Физкультурно-оздоровительного центра для людей с особенностями развития «Адели-Пенза» г. Пензы.

Цель нашего исследования: изучение фонетико-фонематических функций у дошкольников с детским церебральным параличом.

Задачи:

1. Обследовать состояние фонетико-фонематических функций у детей с детским церебральным параличом.

2. Проанализировать полученные данные.

Экспериментальная группа:

1) Ильяс. Диагноз: Резидуально-органическое поражение головного мозга. Детский церебральный паралич, нижний спастический парапарез средней степени тяжести. Дизартрия спастико-гиперкинетической формы.

Логопедическое заключение: общее недоразвитие речи 1 уровня, у ребенка со спастико-гиперкинетической формой дизартрии.

2) Костя. Диагноз: Резидуально-органическое поражение головного мозга. Детский церебральный паралич, правосторонний гемипарез.

Логопедическое заключение: общее недоразвитие речи 3 уровня у ребенка с псевдобульбарной дизартрией.

3) Саша. Диагноз: Резидуально-органическое поражение головного мозга. Детский церебральный паралич, нижний спастический парапарез средней степени тяжести.

Логопедическое заключение: Нерезко выраженное недоразвитие речи у ребенка у ребенка со стертой формой дизартрии.

4) Настя. Диагноз: Резидуально-органическое поражение головного мозга. Детский церебральный паралич, нижний спастический парапарез средней степени тяжести.

Логопедическое заключение: Общее недоразвитие речи 3 уровня у ребенка со стертой формой дизартрии.

5) Женя. Диагноз: Резидуально-органическое поражение головного мозга. Детский церебральный паралич, нижний спастический парапарез средней степени тяжести.

Логопедическое заключение: общее недоразвитие речи 3 уровня у ребенка с псевдобульбарной дизартрией.

6) Кирилл. Диагноз: Резидуально-органическое поражение головного мозга. Детский церебральный паралич, мозжечковый синдром.

Логопедическое заключение: Общее недоразвитие 1 уровня у ребенка с дизартрией.

7) Кристина Диагноз: Резидуально-органическое поражение головного мозга. Детский церебральный паралич. Спастический тетрапарез.

Логопедическое заключение: Общее недоразвитие 2 уровня у ребенка с псевдобульбарной дизартрией.

8) Евгения. Диагноз: Резидуально-органическое поражение головного мозга. Детский церебральный паралич, левосторонний гемипарез.

Логопедическое заключение: Общее недоразвитие речи 3 уровня у ребенка с псевдобульбарной дизартрией.

9) П.Кирилл. Диагноз: Резидуально-органическое поражение головного мозга. Детский церебральный паралич, правосторонний гемипарез.

Логопедическое заключение: Нерезко выраженное недоразвитие речи у ребенка со стертой формой дизартрии.

10) Ваня Диагноз: Резидуально-органическое поражение головного мозга. Детский церебральный паралич. Нижняя спастическая диплегия умеренной степени.

Логопедическое заключение: Общее недоразвитие 3 уровня у ребенка с псевдобульбарной дизартрией.

Методика исследования.

За основу методики исследования нами была взята методика обследования речи, предложенная Волковой Г.А., Мастюковой Е.М.

Обследование фонетико-фонематической стороны речи включало в себя следующие разделы:

1. Изучение состояния звукопроизношения.

Произношение звуков мы проводили в словах простой и сложной слоговой конструкции. Звуки проверялись изолированно, в словах, в связной речи. Использовали картинный материал из «Альбома логопеда» Иншаковой О.Б.

Оценка состояния звукопроизношения:

5 баллов – нормативное произношение всех звуков.

4 балла – один звук или несколько звуков доступны правильному произношению, но в спонтанной речи подвергаются искажениям или заменам (т.е. недостаточно автоматизированы).

3 балла – искажается или заменяется во всех речевых ситуациях одна, две группы звуков.

2 балла – искажается или заменяется три группы звуков (свистяще, шипящие, соноры).

1 балл – искажаются или заменяются несколько групп согласных звуков и гласные.

2. Состояние просодических компонентов речи

- Темп речи (замедленный, ускоренный, нормальный).
- Ритм (скандированный, монотонный, нормальный).
- Паузация (умение поставить паузу).
- Употребление основных видов интонации: вопросительной, восклицательной, повествовательной.

Состояние просодических компонентов речи наблюдалось в процессе обследования связной речи.

Оценка состояния просодических компонентов речи:

5 баллов – использует в речи все просодические компоненты;

4 балла – воспроизводит мелодико-просодико-интонационную сторону речи по показу;

3 балла – воспроизводит мелодико-просодико-интонационную сторону речи по показу, допуская при этом 2-3 ошибки;

2 балла – воспроизводит мелодико-просодико-интонационную сторону речи по показу, допуская при этом 5 и более ошибок;

1 балл – невыполнение задания.

3. Состояние фонематических функций:

1. Обследование фонематического восприятия

- Повторение серии слогов (СА – СА – ЗА, ША – ША – ЖА, ТА – ДА – ТА…)
- Показать картинки с заданным звуком (ш, р, ж, к.) – молоток, еж, мак, карандаш, ворона, вишня, комар.
- Подобрать пары картинок к названым словам паронимам. Назвать слова паронимы (крыша – крыса, бочка – почка, ложки – рожки…).
- Сгруппировать картинки на 2 группы по наличию в них определённого звука.

2. Способность к фонематическому анализу

- Выделение гласного звука стоящего в начале слова (облако, аист…)
- Выделить гласный звука стоящего в середине слова (рак, кит…)
- Выделение гласный звука в конце слова (пила, очки…)
- Выделение согласный звука в начале слова (танк, мышь…), в середине слова (бант, белка, груша…).
- Определение первого и последующего звука в слове (корова, лошадь…)

- Определение последовательности и количества звуков в слове (нос, рыба, улитка…)

3. Способность к фонематическому синтезу.

- Составление слова из последовательно данных звуков (К, О, Т,), (Р, У, К, А,), (С, У, М, К, А).
- Составить слова из звуков, данных в нарушенной последовательности (А, Р, Ш), Л, А, Н, У), (Д, М, Ы).

Детям предлагается в случае неправильного выполнения 4 попытки с оказанием стимулирующей помощи («Подумай ещё!»).

Оценка состояния фонематических функций:

5 баллов – точное и правильное выполнение задания.

4 балла – правильный ответ со 2 попытки.

3 балла – правильный ответ с 3 попытки.

2 балла – правильный ответ с 4 попытки.

1 балл – невыполнение задания.

4.Обследование дыхания.

- Дыхание: ключичное, ключично-грудное, грудное
- Объем дыхания (поверхностное – верхне-ключичное, в норме)
- Ритм дыхания (нормальный, аритмия.)
- Носовое дыхание: норма, затруднено, отсутствует.
- Ротовой выдох: сформирован, не сформирован.
- Объем вдоха и выдоха (короткий, длинный).

Оценка состояния дыхания.

5 баллов – состояние дыхания в норме.

4 балла – состояние дыхания с нарушениями в 1 компоненте дыхания.

3 балла – состояние дыхания с нарушениями в 2-3 компонентах дыхания.

2 балла – состояние дыхания с нарушениями в 4-5 компонентах дыхания.

1 балл – нарушены все компоненты дыхания.

5. Обследование моторных функций (мелкая моторика, мимическая моторика, артикуляционная моторика).

1. Обследование состояния мелкой моторики.

Детям предлагалось выполнить следующие упражнения:

- показать 2-й и 3-й пальцы сначала на правой, затем на левой руке, на обеих руках;
- показать 2-й и 5-й пальцы, последовательность выполнения та же;
- сложить все пальцы в кольцо таким образом, чтобы 2-й, 3-й, 4-й и 5-й пальцы касались первого;
- попеременно соединять все пальцы с 1-м, начиная со 2-го на правой руке, затем то же повторить в обратной последовательности;
- застегнуть пуговицу: сначала большого, затем среднего и, наконец, маленького размера.

2. Обследование состояния мимической моторики.

Детям предлагались следующие упражнения:

- Поднимание бровей: вместе, поочередно.
- Зажмуривание глаз: вместе, поочередно.
- Улыбка.
- Надувание щек: вместе, поочередно.

3.Исследование артикуляционной моторики включало:

1. изучение анатомического строения артикуляционного аппарата (губы, зубы, язык, прикус, подъязычная уздечка, твёрдое и мягкое нёбо, челюсти);
2. подвижности и переключаемости органов артикуляции (наличие или отсутствие движения, тонус, активность, объём, точность, темп, замена, синкинезии, переключение).

Детям предлагалось выполнить следующие упражнения:

Для челюстей:

- Рот широко открыть, закрыть.

- Нижняя челюсть вправо, влево.

Для губ:

- Растянуть губы в улыбке.
- Вытянуть губы вперёд трубочкой.
- «Улыбка» – «трубочка».
- Поднять верхнюю губу.
- Опустить нижнюю губу.
- Одновременно поднять верхнюю и опустить нижнюю.

Для языка:

- «Лопаточка» – широкий язык высунуть, расслабить, положить на нижнюю губу.
- «Иголочка» – рот открыть, язык высунуть далеко вперёд, сделать узким.
- «Лопаточка» – «Иголочка».
- «Качели» – кончик языка упирается поочерёдно в передние верхние и нижние корни зубов.
- «Вкусное варенье» – высунуть широкий язык, облизать верхнюю губу и убрать язык вглубь рта.
- «Чашечка» – рот широко раскрыть, широкий язык поднять кверху, потянуться к верхним зубам, но не касаться их.
- «Лошадка» – присосать язык, щёлкнуть языком.
- «Часики» – высунуть узкий язык, тянуться языком попеременно то к правому уху, то к левому.

Для мягкого нёба:

- Отрывисто на твёрдой атаке произнести звук [а].
- Широко открыть рот и зевнуть.

Оценка состояния моторных функций:

5 баллов – движения в полном объёме, точное и правильное выполнение.

4 балла – движения выполняет, но ослаблен тонус.

3 балла – движение замедленное, напряжённое, саливация, гиперкинезы.

2 балла – затрудняется в выполнении, гиперкинезы.

1 балл – невыполнение.

2.2. Анализ результатов констатирующего эксперимента

Изучив медицинскую, педагогическую и логопедическую документацию на данную группу детей мы выявили, что причиной нарушений речи у них является – детский церебральный паралич. Состояние фонетико-фонематической стороны речи у детей экспериментальной группы различно.

Мы определили 4-уровневую систему оценивания состояния фонетико-фонематической стороны речи: с этой целью уровни стартовых характеристик (тот уровень, на котором находится ребёнок во время первичного обследования) оценивались как:

Низкий уровень – 1-12 баллов.

Средний уровень – 13-25 баллов.

Хороший уровень – 26-33 баллов.

Высокий уровень – (соответствует возрастным нормам) – 34-45 баллов.

Обследовав моторику детей по вышеизложенной методике, мы получили следующие результаты, представленные в таблице 1.

Таблица 1

Состояние моторных функций детей экспериментальной группы

Имя	Мелкая моторика	Мимическая моторика	Артикуляционная моторика.	Общий балл
Женя	2	5	3	10
Кирилл	1	1	2	4
Костя	1	4	3	8
Саша	2	5	4	11
Ильяс	1	1	2	4
П. Кирилл	1	2	4	7
Ваня.	1	5	4	10
Кристина	1	5	3	9
Евгения	1	5	3	9
Настя	2	5	4	11
Эталон	**5**	**5**	**5**	**15**

Таким образом, мы пришли к выводу что мелкая, мимическая и артикуляционная моторика различна у всех детей экспериментальной группы.

Мелкая моторика.

Настя, Саша, Женя могут показать второй и третий пальцы, второй и пятый, сначала на правой, а затем на левой руке. Затрудняются в выполнении заданий на обеих руках одновременно. Движения замедленные, не точные. У остальных детей тонкая моторика не развита. Самостоятельно предложенные задания не выполняют.

Мимическая моторика.

У Ильяса и Кирилла лицо амимично.

У Кости затруднено поднимание бровей вместе и поочередно.

Артикуляционная моторика.

П. Кирилл, Саша, Настя отмечается снижение способности к переключению и удержанию позы. Объем движений не полный. Движения выполняют, но ослаблен тонус.

Ваня, Костя, Евгения, Женя, Кристина: артикуляционные движения выполняют, но движения замедленные, напряженные. Отмечается небольшой тремор кончика языка при повторных движениях и при удержании позы, саливация. Объем движений не полный.

Кирилл и Ильяс затрудняются в выполнении артикуляционных движений и при удержании позы, саливация.

Обследовав состояние звукопроизношения и фонетико-фонематической стороны речи, мы получили следующие результаты, наглядно представленные в таблице 2.

Таблица 2

Состояние моторных и фонетико–фонематических функций у детей экспериментальной группы

Имя, ф.	Моторика	Звукопроизношение	Просодические компоненты речи	Состояние фонематических функций в баллах:			Дыхания	Общий Балл.
				Фонем. воспр.	Фонем. анализ.	Фонем. синтез		
Женя	10	2	2	4	3	3	3	27
Кирилл	4	1	1	1	1	1	2	11
Костя	8	2	2	4	3	3	3	24
Настя	11	4	3	4	3	3	3	31
Ильяс	4	1	1	1	1	1	2	11
Саша	7	3	3	4	3	3	3	25
П. Кирилл.	10	3	3	4	3	3	3	29

Ваня.	9	3	3	4	3	3	3	28
Кристина	9	2	2	3	2	2	3	23
Евгения	11	3	3	3	2	2	3	23
Эталон	**15**	**5**	**5**	**5**	**5**	**5**	**5**	**45**

Рассмотрим более подробно состояние звукопроизношения:

Ильяс:

[а] – при произнесении этого звука язык оттянут кзади, произносится как звук заднего ряда.

[о] – наблюдается отсутствие лабиализации.

[у] – звук произносится с носовой утечкой воздуха.

[э] – при произнесении этого звука наблюдается перемещении, произносится как звук среднего ряда.

[ш], [щ] – [н],

[с] – [н], [з] – [н], [з] – [н], [ж] – [н] – носовой парасигматизм.

Звуков [ц], [ч] нет изолированно и в словах.

[л] – [л'] – ламбдацизм.

[р] – [р'] – ротацизм.

Костя

[с] – боковой сигматизм.

[з] – [ж] – правосторонний боковой парасигматизм

[ш] – [с] – правосторонний боковой парасигматизм.

[ц] – правосторонний боковой сигматизм.

[ч] – правосторонний боковой сигматизм.

[л], [л'] – ламбдацизм.

[р], [р'] – ротацизм.

Настя

Гласные звуки изолированно и в словах произносятся в норме.

Звуки [с], [з], [ж] – произносятся на нижнем подъёме кончика языка. Воздушная струя распадается за счёт прогнатии.

Саша

Гласные звуки произносит в норме.

[л] – пропуск, ламбдацизм.

[р] – ротацизм.

Женя

[с] – [щ], [с'] – [щ] – шипящий парасигматизм.

[з] – [з'] – смягчение

[ц] – [т'] – призубный парасигматизм

[ш] – [щ] – смягчение

[ж] – [з'] – шипящий парасигматизм.

[л] – [j], [л'] – [j] – параламбдацизм.

[р] – пропуск ротацизм.

[р'] – пропуск ротацизм.

Кирилл

[а], [о], [у], [э], [ы] – звуки произносятся с носовой утечкой воздуха.

[ш], [щ], [с] – [х] – искажение, увелярный глухой звук, при произнесении которого корень языка поднимается к мягкому нёбу, образуя щель, голосовые складки разомкнуты.

Звуков [з], [ж], [ц], [ч] в речи нет.

[х] – при правильном положении языка наблюдается носовая утечка воздуха.

Звуки [м], [н] произносятся с носовым оттенком.

Звуков [л], [л'] в речи нет – ламбдацизм.

Звуков [р], [р'] – ротацизм.

П. Кирилл.

Гласные звуки произносит в норме.

Согласные:

[р] – [j] – параротацизм.

[р’] – [j] – параротацизм.

[л] – [j] – параламбдацизм.

[л’] – [j] – параламбдацизм.

Ваня.

Гласные звуки произносит в норме.

Согласные:

[с] – призубный сигматизм.

[з] – призубный сигматизм.

[р] – пропуск – ротацизм.

[л] – ламбдацизм.

Кристина.

Гласные звуки изолированно и в словах произносит в норме.

Согласные:

[л] – [л’] – ламбдацизм.

[р] – [р’] – ротацизм.

[з] – [с], [ш] – [щ], [ж] – межзубный сигматизм.

Евгения.

Гласные звуки изолированно и в словах произносит в норме.

Согласные:

[л], [л’] – ламбдацизм.

[р], [р’] – ротацизм.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

У Евгении, П. Кирилла, Саши заменяются 1 группа звуков (соноры).

У Вани заменяются 2 группы звуков (свистящие, соноры)

У Кости, Кристины и Жени нарушение в 3-х групп звуков (свистящие, шипящие, соноры)

У Кирилла, Ильяса нарушение всех групп согласных и гласных звуков.

Состояния фонематических функций.

У детей данной экспериментальной группы фонематические функции не сформированы в полном объёме.

При оценке фонематического восприятия Настя, Саша, Костя, Ваня, П. Кирилл дали правильный ответ со 2 попытки.

Кристина, Евгения – дали правильный ответ с 3 попытки.

У Ильяса и Кирилла с заданиями не справились.

При оценке фонемного анализа и синтеза также Настя, Саша, Костя, Женя, Ваня, П. Кирилл дали правильный ответ с 3 попытки.

Кристина, Евгений дали правильный ответ со 4 попытки.

Ильяс и Кирилл с заданиями не справились.

Состояние просодики:

Настя, Саша, Евгений, П. Кирилл, Ваня воспроизводят мелодико-просодико-интонационную сторону речи по показу, допуская при этом 2-3 ошибки.

Костя, Кристина при воспроизведении предложенных предложений допустили более 3 ошибок.

Ильяс, Кирилл – с заданиями не справились.

Состояние дыхания:

Кирилл, Ильяс – дыхание нарушено: расстройство глубины дыхания (дыхание поверхностное), расстройство ритма дыхания (в момент речи дыхание учащается, после произнесенного слова – небольшой судорожный вдох). Короткий вдох, непродолжительный выдох.

У остальных детей дыхание близко к норме, но практически у всех дыхание поверхностное, укорочен вдох и выдох.

Таким образом, можно сделать вывод, что у всех детей нарушена фонетико-фонематическая сторона речи в разной степени тяжести.

На основании этого мы поделили детей на группы с учётом разной степени тяжести проявления фонетико-фонематического недоразвития речи.

Кирилл, Ильяс – низкий уровень сформированности фонетико-фонематической стороны речи

Кристина, Евгения, Саша – средний уровень сформированности фонетико-фонематической стороны речи.

Ваня, Настя, Костя, Женя, П. Кирилл – хороший уровень сформированности фонетико-фонематической стороны речи.

ГЛАВА III. ФОРМИРОВАНИЕ ФОНЕТИКО-ФОНЕМАТИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ У ДОШКОЛЬНИКОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

3.1. Задачи и содержание экспериментального обучения

Анализ констатирующего эксперимента показал нам, что у детей с детским церебральным параличом наблюдаются разные по сложности нарушения фонетико-фонематических процессов:

Мы разработали план коррекционных мероприятий по устранению фонетико-фонематических нарушений у детей каждой из подгруппы, применяя средства тактильно-проприоцептивной стимуляции (дифференцированный логопедический массаж, стимулирующий массаж артикуляционной мускулатуры, массаж язычной мускулатуры, пассивная артикуляционная гимнастика); развитием чётких артикуляционных кинестезий (активная, пассивная артикуляционная гимнастика); подключением двигательно-кинестетического (тактильный контроль) и слухо-зрительно-кинестетического контроля (слуховой контроль, зрительный – используется зеркало, тактильный контроль).

Логопедическая работа проводилась по нескольким направлениям:

1. Развитие артикуляционной моторики:

Работа по развитию артикуляционной моторики должна проводиться по группам нарушенных звуков у данной группы.

Евгения, Саша, П. Кирилл – артикуляционная гимнастика для постановки соноров (звуков Л, Р).

Костя, Кристина, Женя – артикуляционная гимнастика для постановки свистящих (С, З, Ц – построить забор, наказать непослушный язык, лопаточка или блинчик, почисти зубки, песенка водички…); шипящих (Ш, Щ) – построить заборчик, наказать непослушный язычок, лопаточка, чашечка, лошадка, грибок...)

Ваня – артикуляционная гимнастика для свистящих звуков и соноров (построить забор, наказать непослушный язык, лопаточка или блинчик, почисти зубки, песенка водички лопаточка, чашечка, лошадка, грибок...)

Кирилл и Ильяс – артикуляционная гимнастика для всех групп согласных и гласных звуков.

Обращаем внимание на объем движений, точность выполнения, способность к переключению и удержанию позы. Борьба со слюнотечением.

Со всеми детьми ведем **работу по развитию мелкой моторики.**

С Ильясом и Кириллом ведем работу по развитию мимической моторики.

Евгения, Саша, П. Кирилл – постановка и автоматизация соноров (звуков Л, Р).

Костя, Кристина, Женя – постановка свистящих (С, З, Ц); шипящих (Ш, Щ). Автоматизация в слогах, словах, предложениях, в связной речи. Дифференциация свистящих и шипящих звуков. Постановка соноров (Р, Л), автоматизация в слогах, словах, в предложениях.

Ваня – постановка и автоматизация свистящих (С, З) и соноров (Р, Л).

Кирилл и Ильяс – постановка, автоматизация, и дифференциация всех свистящих, шипящих звуков. Постановка и автоматизация соноров.

3. Развитие просодических компонентов речи.

Со всеми детьми проводим работу по развитию темпа, ритма, паузации.

4. Регулирование дыхания.

Со всеми детьми логопед проводит работу, направленную на дифференциацию носового и ротового вдоха и выдоха. Необходимо сделать ротовой вдох по возможности более произвольным, длительным, ритмичным.

Со всеми детьми ведется работа по увеличению объема дыхания, по нормализации ритма дыхания, по удлинению ротового выдоха.

С Кириллом проводим работу по нормализации носового дыхания и устранению нормализации носового дыхания.

5. Развитие фонематических процессов.

При обследовании фонематических процессов мы выявили ряд нарушений и сгруппировали детей на группы. Разработали план устранения фонематических нарушений.

Настя, Саша, Костя, Женя, Ваня, П. Кирилл – составление слов из звуков, данных в нарушенной последовательности.

Настя и Женя - определение первого и последующего звука в словах.

Саша - определение количества гласных и количество согласных в словах.

Ваня – подбор слова на заданный звук с указанием его места в слове.

2-я группа: Кристина и Евгения – ошибки при фонематическом анализе и синтезе.

Кристина – выделение согласного звука в начале слова, в середине слова. Определение первых и последующих звуков в словах.

Составление слов из звуков, данных в нарушенной последовательности.

Евгения:

1. Подбор картинок с заданным звуком.

2. Выделение гласных звуков стоящих в начале слова, в середине слова, в конце слова.

3. Выделение согласных звуков в начале слова, в середине слова.

4. Определение первого и последующего звуков в словах.

5. Определение последовательности и количества звуков в слове.

6. Составление слов из звуков, данных в нарушенной последовательности.

3-я группа. Ильяс и Кирилл.

1. Работа над определением наличия или отсутствия заданного звука в словах. Подбор пары картинок к названым словам паронимам.

2. Над выделением гласных и согласных звуков в начале, в середине, в конце слова, определением из скольких звуков состоит слово. Подбор слов на заданный звук.

3. Работа над фонематическим анализом и синтезом:

4. Составление слова из последовательно данных звуков.

5. Составление слов из звуков, данных в нарушенной последовательности.

3.2. Приёмы формирования фонетико-фонематической стороны речи

В своей работе мы использовали следующие приемы логопедической работы:

Массаж

✓ Дифференцированный логопедический массаж (для ослабления проявления расстройств иннервации мышц речевого аппарата). Расширяя возможности движений речевых мышц, можно рассчитывать на лучшее спонтанное включение этих мышц в артикуляционный процесс, что в свою очередь повысить качество звуковой системы языка. Необходимо использовать средства, приемы в зависимости от характера нарушения тонуса мышц (расслабляющего или стимулирующего).

✓ Расслабляющий массаж артикуляционной мускулатуры. Применяют в случае повышения тонуса в речевых мышцах (в лицевой, губной, язычной мускулатуре).

✓ Стимулирующий массаж артикуляционной мускулатуры. Осуществляется при гипотонии мышц с целью укрепления мышечного тонуса.

✓ Массаж язычной мускулатуры. При спастичности языка производят расслабляющий массаж, при гипотонии языка – укрепляющий. Цели массажа

– нормализация мышечного тонуса, увеличение объема и амплитуды артикуляционных движений, уменьшение слюнотечения. Массаж может осуществляться разными способами (зондовый массаж, пальцевый массаж, массаж деревянным или металлическим шпателем, массаж зубными щетками...)

Артикуляционная гимнастика

✓ Пассивная артикуляционная гимнастика. Проводится после массажа. Начало, конец и фиксация не зависят от ребенка, требуя от него зрительного контроля. Цель – включение в процесс артикулирования новых групп мышц, до этого бездействовавших, или увеличение интенсивности мышц ранее не включенных.

✓ Активная артикуляционная гимнастика. Осуществляется принцип компенсации, на первых этапах используют максимальное подключение различных анализаторов (зрительного, слухового, тактильного). Тактильный анализатор играет существенную роль в кинестетическом восприятии, поэтому массаж и пассивную гимнастику проводят перед активной артикуляционной гимнастикой. Для более четких и дифференцированных артикуляционных кинестезий постепенно исключают участие тактильного анализатора, зрения, слуха. При выполнении активных артикуляционных движений в мимической, губной и язычной мускулатуре важно формировать полноту объема движений, дифференцированность включения различных мышц; плавность, симметричность движений; скорость включения и переключения. Необходимо развитие произвольности, дифференцированности артикуляционных движений и контроля за их выполнением.

Развитие моторики артикуляционного аппарата

Упражнения для губ:

Цель: Формирование и развитие правильных и четких движений органов артикуляционного аппарата, необходимых для правильного звукопроизношения.

- Трубочка. Вытянуть сомкнутые губы вперед трубочкой (зубы тоже должны быть сомкнуты).
- Улыбка. Удерживать сильно растянутые губы в улыбке. Зубы не видны.
- Бублик. Губы округлить (шепотом произносить звук о) и немного вытянуть вперед. Упражнение делается без напряжения, одними губами. Рот приоткрыт, нижняя челюсть не должна выдвигаться вперед.
- Заборчик. Улыбнуться без напряжения, обнажая передние верхние и нижние зубы (Чтобы показать ребенку, как это сделать, надо про себя произносить звук и.)

Упражнения для языка.

- Птенчик. Широко открыть рот, как можно дальше разведя уголки губ. Язык спокоен и неподвижен.
- Лопаточка. Открыть рот и положить широкий расслабленный язык на нижнюю губу. Занести лопатку в рот и опустить за нижние зубы, стараясь не напрягать язык.
- Чашечка. Широко открыть рот и положить широкий расслабленный язык на нижнюю губу. Приподнять края языка, не касаясь верхних зубов.
- Иголочка. Открыть рот и выдвинуть далеко вперед узкий язык.
- Наказать непослушный язычок. Немного приоткрыть рот, спокойно положить язык на нижнюю губу, и пошлепывая его губами, произносить звуки «пя – пя – пя…». Удерживать широкий расслабленный язык в спокойном положении при открытом рте под счет от одного до десяти. Похлопывать язык губами надо несколько раз на одном выдохе, без задержек.
- Горка. Открыть рот. Кончик языка упереть в нижние зубы, а сам язык поднять вверх.
- Лошадка. Открыть рот и поцокать языком. Нижняя челюсть и губы не двигаются, работает только язык.

- Грибок. Улыбнуться, обнажив зубы, приоткрыть рот и, прижав широкий язык всей плоскостью к небу, широко его открыть…

Коррекция звукопроизношения

Приемы постановки свистящих и шипящих звуков:

- Используется прием подражания (то есть добиваемся изолированное произношение звука).
- С механической помощью (используются зонды для выработки продольного желобка по средней линии языка и для заведения широкого кончика языка за нижние резцы). Подключаем все анализаторы (слуховой, зрительный, тактильный).
- Отраженное произнесение слов, в составе которых шипящие, свистящие звуки в начале слова, в середине, в конце.
- Ребенок запоминает и произносит слоговые ряды самостоятельно.
- Закрепление правильного звукопроизношения в предложениях, в состав которых входят слова с шипящими и свистящими звуками.

Приемы постановки соноров:

1. Приемы постановки звука Р.

- При отсутствии звука Р – производим выработку проторного звука без вибрации.
- Активно используем упражнение «Дятел» – фиксируем положение языка и предлагаем от опорного звука Д – Д – Др – Др…
- Опорным может являться звук Т. Без голоса с добавлением голоса.
- С механической помощью (использование зонда или шпателя.)
- Вибрация с помощью чистого пальчика, делает сам ребенок.
- Используются опорные звуки (Д, Ш, Ж).

Автоматизация звука проходит поэтапно:

- Открытый слог (Ра – ро – ры…), закрытый слог (ар, ор…), стечение согласных (дра, дро, дры…).
- Автоматизация в словах (рот, рама, рога…). Звук, стоящий в начале слова, середине, в конце.

- Автоматизация в предложениях, чистоговорках, скороговорках.

Дифференциация важна при параротацизмах.

Приемы постановки звука Л.

- «Пароход» (И) – (Л) – (А).
- Постановка с механической помощью «Балалайка» – мизинцем прижимаем кончик языка к небу.

Автоматизация звука в слогах:

А – А – А

Ла – Ла – Ла

Ла – Ло – Лы

Лу – Лу – Ла

- Автоматизация в стихах, в словах: в начале слова (лампа, лук…), в середине (пила, молоко…), в конце (пол..).

- Можно составить предложение по опорным картинкам или опорным словам.

- Автоматизация в чистоговорках (ЛА ЛА ЛА – запилила пила, ЛО – ЛО – ЛО у меня весло…).

-Автоматизация в речи.

Работа над дыханием

*Цель***:** выработка у детей умения правильно дышать в процессе речи, развитие глубокого вдоха и более длительного выдоха. Увеличить объем дыхания.

Для закрепления удлиненного произвольного выдоха (через рот) необходимо опираться на кинестетические ощущения. Рекомендуется «видеть» и «слышать» свой вдох.

При проведении дыхательной гимнастики нельзя переутомлять ребенка. Необходимо следить за тем, чтобы не напрягал шею, плечи, не принимал неверную позу. Следует концентрировать внимания ребенка на ощущениях движения диафрагмы, межреберных мышц, продолжительности произвольного вдоха и выдоха. Нужно следить за плавностью и ритмичности

дыхательных движений. Дыхательная гимнастика должна проводиться до еды в хорошо проветренном помещении.

Для развития дыхания ребенка пользуются дыхательными играми:

- сдувать снежинки, бумажки, пушинки со стола, с руки;
- дуть на легкие шарики, карандаши и катать их по столу.
- надувать надувные игрушки и воздушные шарики; полезно пускать мыльные пузыри – это вырабатывает очень тонкое регулирование выдоха;
- поддувать вверх пушинку, ватку, пушинку...

Загнать мяч в ворота.

1) Вытянуть губы вперед трубочкой и плавно дуть на ватный или поролоновый шарик, лежащий на столе перед ребенком, загоняя его между двумя кубиками.

2) То же, но сдуть следует резкой, отрывной струей. Загонять шарик надо на одном выдохе, не прерывая воздушную струю. Нужно обращать внимание, чтобы щеки не надувались

Фокус

Улыбнуться, приоткрыв рот, положить широкий передний край языка на верхнюю губу так, чтобы боковые края его были прижаты к верхней губе, а посередине языка была щель – желобок, и сдуть ватку, положенную на кончик носа. Воздух при этом должен идти посередине языка, тогда ватка полетит вверх. Необходимо следить, чтобы нижняя челюсть была не подвижной.

При дыхательной гимнастике строго соблюдаются правило: вдох совпадает с расширением грудной клетки, выдох с сужением его

Работа над просодикой

Цель: Научить ребенка пользоваться голосом различной высоты, формировать умение повышать и понижать голос в пределах фразы. Умение пользоваться мелодико-интонационной стороной речи

- Выделение слова, на которое падает смысловое ударение голосом и движением:

Мама мыла Таню... Мама мыла Таню... Мама мыла Таню...

- Работа над интонацией:

Сказала тетя: (повествовательно)

«Фи, футбол! (восклицательно, с оттенком брезгливости)

Сказала мама (повествовательно)

«Ну, футбол!» (восклицательно, с оттенком растерянности)

А я ответил (повествовательно)

«Во футбол!» (восклицательно, радостно)...

- Одним из средств выражение эмоций является произнесение эмоций:

Ай! (руки прижимает к себе, на лице выражение испуга)

Ай – я – яй! (укоризненно качает головой и грозит пальцем)

Ой! (на лице радость, всплескивает руками и подносит их к лицу)

Эй (радостный окрик, руку вытягивает вверх)

Эй – е – ей! (радостно кричит и приветливо машет рукой).

При формировании мелодико-интонационной стороны речи важным разделом является работа над логическим ударением (выделение слов наиболее важных по смыслу). Необходимо развивать у детей естественные интонации, выражающие различные эмоциональные состояния: радость, удивление, испуг. Развитию мелодико-интонационной стороны речи, гибкости, модуляции голоса способствуют игры-инсценировки и чтение сказок по ролям. В процессе развития просодики проводится работа по формированию и коррекции нарушений темпо-ритмических характеристик речи.

В работе над темпом и ритмом можно использовать такие движения, как хлопки ладошами и притоптывание: отстукивание ритма одной или двумя ногами, отхлопывание в ладоши или одной рукой по телу или столу. При этом ударному слогу соответствует более громкий хлопок или удар ногой по полу, неударному – тихий. Важным разделом работы является восприятие и воспроизведение ритма стихотворений. При работе над темпом речи важно проговаривание речевого материала в заданном темпе.

5. Развитие фонематических процессов:

Цель: Развить фонематическое восприятие, фонематический анализ и синтез.

Развитие фонематического восприятия:

***** Я буду произносить звуки, а ты хлопни в ладоши, когда услышишь звук «с»:

С Д Т В Р С Л П Н С

* Я буду произносить слоги, а ты хлопни в ладоши, когда услышишь слог со звуком «с»:

РА – СА – ТО – СО – ЗУ – СУ – ВЫ – СЫ – БО

*Я буду читать слова, а ты хлопни в ладоши, когда услышишь слово со звуком «с»:

САНИ – ДИВАН – СЫР – БУКВА – ЛЕС

ЛАК – САНИ – ПЕСОК – КОЗА – ЛИСА

***** Добавь слог со звуком «с».

добавь слог – СА –

ко... коле... ли... о.... ро...

добавь слог – СЫ –

бу... ве... воло... но... рель...

добавь слог – СОК –

ви... ку... ле... но... пе...

* Повтори цепочки слогов со звуком «с».

СА – СО – СУ СО – СУ – СЭ СЫ – СА – СО

СА – СЫ – СЭ СУ – СЫ – СЭ СЫ – СЭ – СО

СО – СА – СЫ СУ – СЭ – СО СЭ – СУ – СА

*Замени в слове первую букву на звук «с». Какое слово у тебя получится?

БОР – ...ОР ДОМ – ...ОМ ЗУД – ... УД КОН – ... ОН

ЛУК – ... УК ПУП – ... УП ТОК – ... ОК ТЫН – ...ЫН

Развитие фонематического анализа:

*Выдели гласный звук, стоящий в начале слова.

*Выдели гласный звук, стоящий в середине слова (рак, кит…).

*Выдели гласный звук в конце слова (пила, очки…).

*Выдели согласный звук в начале слова (танк, мышь…), в середине слова (бант, белка, груша…).

*Определи первый и последующий звук в слове (корова, лошадь…)

*Определи последовательность и количество звуков в слове (нос, рыба, улитка...)

Развитие фонематического синтеза.

*Составь слово из последовательно данных звуков (К, О, Т,), (Р, У, К, А,), (С, У, М, К, А)

*Составить слово из звуков, данных в нарушенной последовательности. (А, Р, Ш), (Л, А, Н, У), (Д, М, Ы).

3.3. Результаты контрольного эксперимента

Проверка полученных результатов производилась по методике, описанной в 2 главе. Результаты контрольного эксперимента представлены в таблице 3.

Таблица 3

Состояние фонетико-фонематических функций у детей экспериментальной группы

Имя, ф.	Моторика		Сост. звукопр.		Состоян. Просодич. Компон. речи.		Состояние фонематических функций в баллах			Обследование дыхания.		Средний балл.	
							Фонем. воспр.	Фонем. анализ.	Фонем. синтез				
	К1	К2	К1	К2	К1	К2				К1	К2	К1	К2

							К1	К2	К1	К2	К1	К2				
Женя	10	10	2	2	2	3	4	4	3	4	3	4	3	3	27	30
Кирилл	4	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	11	11
Костя	8	8	2	2	2	3	4	4	3	4	3	4	3	3	24	28
Настя	11	11	4	4	3	4	4	4	3	4	3	4	3	3	31	34
Ильяс	4	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	11	11
Саша	11	11	3	3	3	4	4	4	3	4	3	4	3	3	25	29
П.Кирилл	7	7	3	3	3	4	4	4	3	4	3	4	3	3	29	32
Ваня	9	10	3	3	3	4	4	4	3	4	3	4	3	3	28	31
Кристина	9	9	2	2	2	2	3	4	2	3	2	2	3	3	23	25
Евгения	9	9	3	3	2	2	3	4	2	3	2	2	3	3	23	25
Эталон	15	15	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	45	45

К1 – результаты констатирующего эксперимента.

К2 – результаты контрольного эксперимента.

После проведения обучающего эксперимента, который проводился с октября по декабрь 2019 года, мы выявили небольшие сдвиги в сформированности фонетико-фонематической стороны речи.

Количественных изменений в моторике не произошло, но улучшилось качество выполнения упражнений на мелкую моторику.

Мелкая моторика:

У Насти, Саши, Жени – при показе второго и третьего пальца, второго и пятого пальца сначала на правой, потом на левой руке движения стали наиболее точными, но также замедленными. Улучшилось выполнение на обеих руках одновременно.

Остальные дети, также самостоятельно предложенные задания, не выполняют, но при помощи логопеда произошли значительные улучшения в их проведении.

В мимической моторике сдвигов не произошло.

Артикуляционная моторика.

П. Кирилл, Саша, Настя, Кирилл, Ильяс – также отмечается снижение способности к переключению и удержанию позы, на объем движения стал наиболее полным, также ослаблен тонус.

Ваня, Костя, Евгения, Женя, Кристина: артикуляционные движения выполняют, движения выполняются быстрее, но так же напряжены. Незначительно уменьшился тремор кончика языка при повторных движениях и при удержании позы. Объем движений стал более полным. Саливация не изменилась.

Состояние звукопроизношения после обучающего эксперимента значительных сдвигов не дало. У Насти автоматизировались соноры в речи.

Состояния фонематических функций.

Настя, Саша, Костя, Женя, Ваня, П. Кирилл – научились выделять гласные звуки в начале, середине, в конце слова.

При выделении согласных звуков в начале, в середине, в конце слова стали давать правильный ответ со 2 попытки.

При фонематическом синтезе научились составлять слова из последовательно данных звуков. Из звуков данных в нарушенной последовательности выполняют со 2 попытки.

Кристина, Евгения – научились выделять гласные звуки в начале, середине, в конце слова.

При выделении согласных звуков в начале, в середине, в конце слова стали давать правильный ответ с 3 попытки.

При фонематическом синтезе научились составлять слова, из последовательно данных звуков допуская при этом одну ошибку. Из звуков данных в нарушенной последовательности выполняют с 3 попытки.

Улучшения в проведении фонематического анализа и синтеза у Ильяса, Кирилла, Кристины не произошло.

Состояние просодики:

Настя, Саша, Евгений, П. Кирилл, Ваня стали воспроизводить мелодико-просодико-интонационную сторону речи, по показу не допуская при этом ошибок.

Костя, Кристина при воспроизведении предложенных предложений стали допускать 2-3 ошибки.

Ильяс, Кирилл так же с заданиями не справляются.

Таким образом, вновь сгруппируем детей по уровням сформированности фонетико-фонематических функций.

Кирилл, Ильяс – также низкий уровень сформированности фонетико-фонематической стороны речи

Кристина, Евгения – средний уровень сформированности фонетико-фонематической стороны речи.

Ваня, Костя, Женя, П. Кирилл, Саша – хороший уровень сформированности фонетико-фонематической стороны речи.

Настя – выходит на высокий уровень сформированности фонетико-фонематической стороны речи (соответствует возрастным нормам).

Выводы по 3 главе:

Сравнив данные контрольного и констатирующего эксперимента, мы отмечаем улучшения состояния фонетико-фонематической стороны речи у детей данной экспериментальной группы.

Саша – выходит на хороший уровень сформированности фонетико-фонематической стороны речи.

Настя – выходит на высокий уровень сформированности фонетико-фонематической стороны речи (соответствует возрастным нормам).

Остальные дети остаются на тех же уровнях сформированности фонетико-фонематических функций, но произошли значительные улучшения:

Костя, Женя, Ваня, П. Кирилл – научились выделять гласные звуки в начале, середине, в конце слова.

При выделении согласных звуков в начале, в середине, в конце слова стали давать правильный ответ со 2 попытки.

При фонематическом синтезе научились составлять слова из последовательно данных звуков. Из звуков, данных в нарушенной последовательности, выполняют со 2 попытки.

Кристина, Евгения – научились выделять гласные звуки в начале, середине, в конце слова.

При выделении согласных звуков в начале, в середине, в конце слова стали давать правильный ответ с 3 попытки.

При фонематическом синтезе научились составлять слова, из последовательно данных звуков допуская при этом одну ошибку. Из звуков данных в нарушенной последовательности выполняют с 3 попытки.

Настя, Саша, Евгений, П. Кирилл, Ваня стали воспроизводить мелодико-просодико-интонационную сторону речи, по показу не допуская при этом ошибок.

Костя, Кристина при воспроизведении предложенных предложений стали допускать 2-3 ошибки.

Это связанно с малым количеством времени, отведенным на проведение формирующего обучения. В нашей экспериментальной группе проявление фонетико-фонематических функций проявляется в рамках различных форм дизартрий, что требует более глубокого анализа и длительного времени для устранения нарушений в фонетико-фонематических функций.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данная работа посвящена исследованию формирования моторных и фонетико-фонематических функций у дошкольников с детским церебральным параличом.

В первой главе представлены данные литературы по проблеме исследования. В частности, состояние двигательной сферы, речевые нарушения детей с церебральным параличом, описаны зарубежные и отечественные методики работы с данной категорией детей.

Во второй главе описана методика экспериментального изучения состояния моторных и фонетико-фонематических функций, которая проходила по следующим направлениям:

- Обследование моторных функций (мелкой, мимической, артикуляционной моторики).
- Обследование звукопроизношения, просодической стороны речи.
- Обследование фонематических функций (фонематического восприятия, фонематического анализа и синтеза).
- Обследование дыхания.

По результатам исследования выделены 3 группы детей по сформированности моторных и фонетико-фонематических функций.

В третьей главе представлено содержание экспериментального обучения по формированию фонетико-фонематических функций.

Были сформулированы следующие задачи экспериментального обучения:

1. Нормализация артикуляционной, мимической и мелкой моторики (снижение тяжести проявления спастического пареза, гиперкинезов и атаксии);
2. Развитие физиологического и речевого дыхания, голоса;
3. Нормализация просодических компонентов речи (мелодико-интонационной и темпо-ритмической стороны);

4. Постановка и автоматизация звуков в речи.
5. Развитие фонематических функций (фонематического восприятия, фонематического анализа и синтеза).

Приёмы работы с каждой группой детей были отдифференцированы нами с учётом полученных данных в ходе констатирующего эксперимента. Коррекцию нарушений мы осуществляли на логопедических занятиях средствами тактильно-проприоцептивной стимуляции, развитием статико-динамических ощущений, чётких артикуляционных кинестезий, подключением двигательно-кинестетического и слухо-зрительно-кинестетического контроля.

На основании анализа экспериментального обучения дошкольников с детским церебральным параличом можно заключить, что гипотеза констатирующего эксперимента подтвердилась.

Перспектива исследования заключается в дальнейшем изучении детей с детским церебральным параличом, изучения коррекционной работы и методов обучения детей данной группы.

Таким образом, цель работы достигнута, задачи выполнены, гипотеза доказана.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Архипова, Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом. / Е.Ф. Архипова – М. «Просвещение».1999.
2. Бадалян, Л.О. Детская невропатология. – М.,1975. – [Электронный ресурс] – https://www.studmed.ru/badalyan-lo-nevropatologiya_7985035bc4f.html
3. Бадалян, Л.О. Детские церебральные параличи. / Л.О. Бадалян, Л.Т. Журба, О.В. Тимонина– Киев, 1988.
4. Бельтюков, В.И. Взаимодействие анализаторов в процессе восприятия устной речи. – М., 1972. – [Электронный ресурс] – https://studfile.net/preview/5188274/
5. Блыскина, И.В. Массаж в коррекции артикуляционных расстройств. / И.В. Блыскина, В.А. Ковшиков – Санкт-Петербург: «Сатис», 1995.
6. Бот, О.С. Игры и упражнения для тренировки тонких движений пальцев рук у детей с задержкой речевого развития. / О.С. Бот – М., 1970.
7. Винарская, Е.Н. Раннее речевое развитие ребёнка и проблемы дефектологии. / Е.Н. Винарская – М.: Просвещение,1987.
8. Данилова, Л.А. Методы коррекции речевого и психического развития у детей с церебральным параличом. / Л.А. Данилова – Л., Медицина, 1977.
9. Дедюхина, Г.В. Логопедический массаж и лечебная физкультура с детьми 3-5 лет, страдающих детским церебральным параличом. / Г.В. Дедюхина, Л.Д. Могучая, Т.А. Яньшина – М., «Гном и Д», 2001.
10. Жукова, Н.С. Если ваш ребенок отстает в развитии. / Н.С. Жукова, Е.М. Мастюкова – М., Медицина, 1993.
11. Жукова, Н.С. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников. / Н.С. Жукова, Е.М. Мастюкова Т.Б. Филичева – М., 1990.
12. Иншакова, О.Б. Альбом для логопеда. / О.Б. Иншакова – М, 2005.

13. Ипполитова, М.В. Воспитание детей с церебральным параличом в семье. / М.В. Ипполитова, Р.Д. Бабенкова, Е.М. Мастюкова – М, Просвещение.1993.

14. Калижнюк, Э.С. Психические нарушения при детских церебральных параличах. / Э.С. Калижнюк – М., 1990.

15. Ковалев, В.В. Психиатрия детского возраста. – М.: 1975. – [Электронный ресурс] – https://www.bookvoed.ru/files/3515/10/84/45.pdf

16. Кольцова, М.М. Развитие сигнальных систем действительности у детей. / М.М. Кольцова – Л., 1980.

17. Кольцова, М.М. Ребенок учится говорить. Пальчиковый игротренинг. / М.М. Кольцова, М.С. Рузина – СПб., 1998.

18. Крестинина, И.А. Программа как средство включения детей с ММД в образовательный процесс // Дети с проблемами в развитии, – 2004. – №2.

19. Левченко, И.Ю. Этапы коррекции нарушений психики у детей с церебральными параличами: Психологические исследования в практике врачебно-трудовой экспертизы и социально-трудовой реабилитации. / И.Ю. Левченко – М., 1989.

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

21. Логопедия. / Под ред. Л.С.Волковой, С.Н.Шаховской. – М., 2002.

22. Лопатина, Л.В. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами. / Л.В. Лопатина – СПб, «Союз», 2005.

23. Лопатина, Л.В. Характеристика и структура речевого дефекта у дошкольников со стёртой дизартрией: Особенности механизмов, структуры нарушений речи и их коррекции у детей с интеллектуальной, сенсорной и двигательной недостаточностью. / Л.В. Лопатина – СПб., 1996.

24. Лурия, А.Р. Основные проблемы нейролингвистики. – М., 1975. – [Электронный ресурс] – https://search.rsl.ru/ru/record/01006941207

25. Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушение при локальных поражениях мозга. / А.Р. Лурия – М., 1968.

26. Мастюкова, Е.М. Нарушение речи у детей с церебральным параличом. / Е.М. Мастюкова, М.В. Ипполитова – М., Просвещение.1985.

27. Мастюкова, Е.М. Особенности логопедической работы при детском церебральном параличе. //Логопедия/ под ред. Л.С.Волковой. – М.,1989.

28. Мастюкова, Е.М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом: Младенческий, ранний и дошкольный возраст. / Е.М. Мастюкова – М., 1991.

29. Махмудова, Н.М., Курбанов, У.К., Стерник, О.А. Детский церебральный паралич. – Ташкент, 1978. – [Электронный ресурс] – https://search.rsl.ru/ru/record/01007634190

30. Михеев, В.В. Нервные болезни. / В.В. Михеев – М.: 1958.

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

32. Панченко, И.И. Дети с двигательными нарушениями: коррекционная работа на первом году жизни. / И.И. Панченко, Л.А. Щербакова, О.Г. Приходько, Т.Ю. Моисеева – М., 2004.

33. Петрова, В.Г. Кто они, дети с отклонениями в развитии? / В.Г. Петрова, И.В. Белякова – М.: 1998.

34. Савина, Л.П. Пальчиковая гимнастика для развития речи дошкольников. / Л.П. Савина – М., АСТ, 2002.

35. Семенова, К.А. Детские церебральные параличи. – М., 1968. – [Электронный ресурс] – https://search.rsl.ru/ru/record/01008402204

36. Семёнова, К.А. Лечение двигательных расстройств при детских церебральных параличах. / К.А. Семёнова – М.: Медицина, 1976.

37. Семёнова, К.А. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных ДЦП. / К.А. Семёнова, Н.М. Махмудова – Ташкент,1979.

38. Семёнова, К.А. Клиника и реабилитационная терапия детей с церебральным параличом. / К.А. Семёнова, Н.М. Махмудова, М.Я. Смуглин – М., 1972.

39. Смирнова, И.А. Специальное образование дошкольников с ДЦП. / И.А. Смирнова – СПб., «Детство-Пресс», 2003.

40. Спирова, Л.Ф. Особенности речевого развития учащихся с тяжёлыми нарушениями речи. / Л.Ф. Спирова – М., 1980.

41. Стребелева, Е.А. Коррекционная помощь детям раннего возраста с органическим поражением ЦНС в группах кратковременного пребывания. / Е.А. Стребелева – М., 2004.

42. Учебно-воспитательный процесс в реабилитации детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата / Под ред. М.В. Ипполитовой. – М., 1988.

43. Халилова, Л.Б. Некоторые аспекты развития грамматического мышления детей с церебральным параличом. / Л.Б. Халилова – М., 1991.

44. Цвынтарный, В.В. Играем пальчиками и развиваем речь. / В.В. Цвынтарный – Нижний Новгород. «Флокс», 1995.

45. Чиркина, Г.В. Методы обследования речи детей. / Г.В. Чиркина – М., Просвещение, 1982.

46. Чистякова, М.И. Психогимнастика. / М.И. Чистякова – М., «Просвещение», 1990.

47. Шипицына, Л.М. Детский церебральный паралич. / Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук – СПб., «Дидактика Плюс». 200.

48. Эйдинова, М.Б. Детские церебральные параличи и пути их преодоления. / М.Б. Эйдинова, Е.Н. Правдина-Винарская – М., 1959. – [Электронный ресурс] – http://bookre.org/reader?file=379816&pg=44

49. Эльконин, Д.Б. Развитие речи в дошкольном возрасте. / Д.Б. Эльконин – М., 1969.