

Речевое развитие детей с нарушением опорно-двигательного аппарата

В современном мире наблюдается тенденция увеличения числа детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Значительное место среди них занимают дети с нарушениями функции опорно-двигательного аппарата. Согласно статистическим данным их количество составляет около 30%. Заболевания опорно-двигательного аппарата могут быть как врожденными, так и приобретенными. К наиболее выраженным патологиям относятся детский церебральный паралич (ДЦП), аномалии развития позвоночника, верхних и нижних конечностей, системные заболевания скелета. Ведущим в клинической картине является двигательный дефект. Двигательные расстройства нередко сочетаются с отклонениями в развитии сенсорных функций, познавательной деятельности. Часто отмечаются речевые нарушения, которые имеют органическую природу и усугубляются дефицитом общения. Поэтому помимо медицинской помощи необходима также психолого-педагогическая и логопедическая коррекция. Дети данной категории нуждаются в особых условиях жизни, обучения и воспитания.

У детей с выраженными нарушениями опорно-двигательного аппарата (НОДА) наблюдаются характерные особенности: астенические проявления (повышенная утомляемость, истощаемость психических процессов), дисгармоничный характер нарушений отдельных психических функций, сниженный запас знаний и представлений об окружающем мире, который ограничен рамками социально-бытовой сферы. Чаще всего это обусловлено вынужденной изоляцией, ограничением контактов ребенка со сверстниками и взрослыми людьми в связи с трудностями передвижения (или обездвиженностью). Сочетанная патология зрения, слуха, эмоционально-волевой сферы, мышечно-суставного чувства существенно сказывается на восприятии в целом, ограничивает объем информации, затрудняет интеллектуальную деятельность.

У детей с НОДА выделяют различные формы речевых нарушений. Примерно в 86% случаев фиксируется дизартрия, у 7% детей – алалия, у 2% - заикание, у 3% - дислалия и лишь у 2% детей речевое развитие соответствует возрастной норме.

Среди общего числа детей с НОДА необходимо выделить группу детей с ДЦП, в структуре дефекта которых речевые расстройства составляют свыше 90%. Особенности нарушений речи, степень их выраженности зависят от локализации и тяжести поражения мозга. В их основе лежит не только повреждение определенных отделов коры головного мозга, но и позднее их формирование или недоразвитие. Уровень речевого развития во многом зависит от состояния интеллекта. При сохранном интеллекте наблюдается положительная динамика развития речи, высокая результативность логопедической работы. Большое влияние на отставание в развитии речи при ДЦП оказывает так называемый «коммуникативный вакуум», ограничение социальных контактов, что приводит к низкой общей осведомленности. Отрицательное влияние на развитие речи также оказывают ошибки воспитания, в частности чрезмерная опека, вследствие чего у ребенка не формируется потребность в речевом общении.

Наблюдается стойкая взаимосвязь между речевыми и двигательными нарушениями у детей с церебральным параличом. Отмечается определенная зависимость между тяжестью нарушений артикуляционной моторики и функции рук. Ограниченная подвижность мышц артикуляционного аппарата — это основное проявление пареза или паралича этих мышц. Патологические тонические рефлексы приводят к повышению тонуса мышц языка, затрудненному дыханию, голосообразованию, нарушению подвижности языка и губ, к гиперкинезам, атаксии, синкинезиям, саливации. В результате речь у детей неразборчива, смазана. В случае тяжелого поражения центральной нервной системы моторная реализация речи становится невозможной, у детей отмечается анартрия — полное отсутствие звукопроизношения в результате паралича речедвигательных мышц.

При ДЦП значительно замедляется и искажается процесс формирования речи. Сроки появления речи у детей зависят от степени поражения мозга, состояния интеллекта, своевременности и направленности коррекционно-логопедической работы. Чаще всего дети начинают произносить первые слова к двух-, трехлетнему возрасту, до этого периода общаясь с окружающими, в основном, при помощи мимики и жестов. Фразовая речь у них формируется к 4-5 годам.

У детей с церебральным параличом в результате нарушения функции артикуляционного аппарата страдает, прежде всего, развитие звукопроизношения. В этих случаях на начальных этапах речевого развития дети не произносят многих звуков, а в дальнейшем часть из них произносится искаженно. У детей отстает в развитии фонематическое восприятие: они не различают многие звуки на слух, не могут воспроизвести слоговые цепочки, испытывают трудности звукового анализа. Лексико-грамматическая сторона речи также формируется с опозданием: затруднено понимание обращенной к ним речи, с большой задержкой пополняется активный словарный запас, длительное время сохраняются нарушения грамматического строя речи. Недоразвитие лексической стороны речи, выраженное ограничением словаря, обусловлены недостаточным уровнем осведомленности, знаний об окружающем мире. Словарь детей беден качественно и количественно, в нем преобладает номинативно-предикативная лексика обиходного характера; практически отсутствуют прилагательные и наречия, нарушено употребление предлогов. У детей затруднено усвоение лексического значения слов. Низкая речевая активность и недоразвитие познавательной деятельности замедляют формирование и развитие грамматических форм и категорий. Это приводит к трудностям при построении предложений, согласовании слов, при самостоятельном высказывании.

В школьном возрасте характерны нарушения письменной речи в виде зеркальности. Также дети с ДЦП путают сходные по написанию графемы, допускают пропуски слогов и букв при письме, смешивают звуки, близкие по

месту и способу артикуляции. Специфические нарушения письма обусловлены недостаточностью взаимосвязи зрительных образов слов с их звуковыми и артикуляционными, с несформированностью зрительно-моторной координации.

С целью организации адекватной логопедической помощи детям с ДЦП необходимо учитывать взаимосвязь речевых и двигательных нарушений, их особенности - несформированность произвольных движений и врожденные двигательные автоматизмы:

- тонический лабиринтный рефлекс (повышает мышечный тонус корня языка),
- шейный тонический рефлекс (повышает мышечный тонус спинки и кончика языка, что затрудняет дыхание, голосообразование, движения языка и губ),
- асимметричный шейный тонический рефлекс (повышает тонус в речевой мускулатуре, противоположной повороту головы ребенка).

При проведении логопедической работы с детьми с ДЦП необходимо учитывать, что тонические рефлексy оказывают влияние на мышечный тонус артикуляционного аппарата, поэтому коррекционную работу над звукопроизношением следует планировать, учитывая форму дизартрии:

– *при псевдобульбарной дизартрии* основное внимание должно быть направлено на расслабление общих и лицевых мышц, устранение гиперсаливации, синкинезий;

– *при мозжечковой дизартрии* включать в работу массаж артикуляционных мышц, упражнения для развития дыхания, упражнения на воспроизведение и удержание артикуляционных поз;

– *при экстрапирамидной дизартрии* работа направлена на развитие мимической мускулатуры, преодоление гиперкинезов и синкинезий;

– *при корковой афферентной апрактической дизартрии* акцент ставится на развитие кинестетических ощущений, орального и ручного праксиса;

– *при корковой эфферентной дизартрии* коррекционная помощь направлена на развитие тонких дифференцированных движений, на выработку ощущения положения языка.

Таким образом, занятия по устранению речевых дефектов для детей с ДЦП следует проводить в таких положениях, при которых влияние тонических рефлексов на речевую моторику было бы минимальным. Эти позы подбираются учителем-логопедом совместно с врачом-неврологом.

Формирование лексико-грамматической стороны речи осуществляется как единый неразрывный процесс. Особенностью работы по развитию словаря является комплекс коррекционных мероприятий, направленных на совершенствование восприятия и представлений об окружающей действительности, сопровождающихся словесным обозначением предметов и явлений, а также мер, способствующих расширению практического и чувственного опыта ребенка. Детей учат смотреть, слушать, наблюдать, анализировать. Все специальные занятия по развитию грамматического строя речи необходимо сочетать с обогащением опыта разговорной речи детей.

С целью профилактики дисграфии у детей с ДЦП необходимо проводить коррекционную работу, направленную на развитие всех сторон речи, зрительного и слухового восприятия, зрительно-моторной координации. Кроме того, необходимо постоянно стимулировать мотивацию речевого высказывания через воспитание стремления к общению. Родители в данном случае должны выступать активными участниками педагогического процесса.

В коррекционную работу с детьми с НОДА в период речевого развития целесообразно включать психотерапевтические занятия, основная цель которых заключается в устранении болезненных психических проявлений и развитии адекватного отношения к себе, собственному дефекту и окружающей среде.

Логопедическое обследование детей с НОДА проводится в условиях психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК) совместно командой специалистов медицинского и педагогического профиля. В данную работу

включены: врач-ортопед, врач-невролог, врач-психиатр, учитель-логопед, учитель-дефектолог, педагог-психолог.

Для обеспечения оптимальных условий медико-педагогической коррекции, медицинской реабилитации и социальной адаптации детей с НОДА и нарушениями речи в условиях ПМПК осуществляется комплексное сопровождение такой категории детей, которое организуется поэтапно:

1 этап - осуществляется на базе ПМПК, где проводится первичная диагностика, выбор образовательного маршрута, формы и продолжительности получения коррекционной помощи, рекомендации по включению в коррекционную помощь разных специалистов, формулируются рекомендации для обучения и воспитания детей с НОДА педагогам и родителям;

2 этап - реализуется на базе общеобразовательных учреждений (ОУ) в тесной взаимосвязи с ПМПК. Включает в себя организацию совместной коррекционной помощи педагогами ОУ, отслеживание ее эффективности, по необходимости – корректировка выбранных направлений в работе в условиях деятельности психолого-медико-педагогических консилиумов ОУ, введение в коррекционный процесс узких специалистов ПМПК и здравоохранения;

на *3 этапе* происходит отслеживание результативности и эффективности выбранной коррекционно-образовательной помощи совместно специалистами ПМПК и ОУ.

В целях осуществления качественного логопедического сопровождения детей с НОДА специалистами ПМПК прорабатывается система взаимодействия с образовательными учреждениями по вопросам организации системы коррекционной помощи детям, имеющим речевую патологию. На сегодняшний день наиболее эффективными в совместной деятельности учителей-логопедов ПМПК и сотрудников ОУ являются следующие формы взаимодействия:

- проведение совместных районных, городских семинаров, конференций, круглых столов;
- участие в психолого-медико-педагогических консилиумах ОУ;

- организация методических объединений для учителей-логопедов;
- совместное участие в разработке и реализации инновационных проектов;
- проведение мастер-классов, практикумов для педагогов и родителей;
- совместная деятельность по созданию программ и пособий для организации обучения и коррекции детей с нарушениями речи;
- консультирование всех субъектов образовательного процесса, которое стало особенно актуальным в последние годы. Это объясняется тем, что увеличилось количество детей с ОВЗ, посещающих ОУ. В связи с чем деятельность ПМПК, направленная на оказание действенной помощи педагогам и родителям, позволяет обеспечить раннее выявление проблем и оказание своевременной коррекции.

Благодаря многообразию используемых форм взаимодействия логопедов ПМПК и ОУ появилась возможность качественного сопровождения детей с НОДА и нарушениями речи по всем направлениям и в максимальном объеме. Такой подход к организации коррекционной логопедической помощи детям с ОВЗ способствует их успешной адаптации, социализации, интеграции в общество во всех областях жизни.