

Из методических рекомендаций для учителей и родителей «Особенности логопедической работы при детском церебральном параличе». **- СПб. 2000**

Рекомендовано Министерством общего и профессионального образования Российской Федерации

Научный редактор:

И. А. Смирнова - канд. пед. наук, доц., зав. кафедрой логопедии Международного Университета семьи и ребенка им. Рауля Валленберга.

Научный руководитель:

Л. М. Шишшыва - д-р биол. наук, проф., ректор Международного Университета семьи и ребенка им. Рауля Валленберга

В данном пособии представлены теоретические и практические материалы по коррекции нарушений речи у детей с церебральным параличом разного возраста. Анализируются отечественные и зарубежные подходы. Предлагаемые диагностические и коррекционные методики апробированы в специальных школах Санкт-Петербурга.

Рекомендуется логопедам, дефектологам, врачам-педиатрам, родителям детей с отклонениями в развитии.

© Международный Университет семьи и ребенка им. Р. Валленберга, 1996

© Президентская программа «Дети России» (подпрограмма «Дети-инвалиды»), 1996

ПРЕДИСЛОВИЕ

Известно, что у детей с церебральным параличом отмечаются множественные речевые нарушения. Дефекты речи могут быть обусловлены характером заболевания, а именно, органическим поражением ЦНС (дизартрии различного типа, дисграфии разной этиологии, моторная и сенсорная алалии и т. д.). Кроме того, у детей, страдающих церебральным параличом (ДЦП) часто имеют место и функциональные речевые нарушения вследствие специфических условий развития и воспитания больного ребенка. Как правило, у ребенка с ДЦП наблюдается целый спектр речевых нарушений. Например, дисграфия может сочетаться с алалией или дизартрией.

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. Поэтому в работе делается определенный акцент на анализ имеющихся в отечественной и зарубежной литературе подходов в диагностике и коррекции речевых отклонений у детей с моторными нарушениями в раннем возрасте. Эта часть пособия подготовлена аспирантом из Аргентины Клаудиа Стока.

Для систематизации и поэтапного проведения логопедической работы при детском церебральном параличе (ДЦП) на каждого ребенка следует вести специальную карту психического и речевого развития, в которой отмечаются особенности развития познавательной деятельности, состояние экспрессивной и импрессивной речи, результаты оценки состояния артикуляционной моторики, дыхательно-голосового аппарата, произношения, лексики, грамматики. Образец такой карты представлен в пособии.

На основе комплексного обследования предлагается разработанная Л.А. Даниловой и успешно применяемая логопедами в Санкт-Петербурге система занятий по коррекции спастической, гиперкинетической и мозжечковой дизартрии, моторной и сенсорной алалии, а также разных видов дисграфии и дислексии.

1. ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ

В последние годы в практику всего мира все шире внедряют методы ранней диагностики и медико-педагогической коррекции детского церебрального паралича (ДЦП). Применение комплексного медико-психотерапевтического подхода в коррекционной работе в раннем возрасте показано положительные результаты в развитии двигательной сферы ребенка с ДЦП.

Известно, что ДЦП - это психомоторное нарушение, в центре которого лежит сложная патология всей рефлекторной сферы, обусловленная поражением центральной нервной системы (Н. М. Махмудова, К. А. Семенова).

Особенностью двигательных нарушений при ДЦП является то, что они существуют с рождения, тесно связаны с перцептивными расстройствами, особенно с недостаточностью ощущений собственных движений.

В клинике ДЦП значительное место занимают речевые расстройства, составляющие, по данным различных авторов, от 70 до 85% (Е. Н. Правдина-Винарская, 1959; Е. М. Мастюкова, 1973; Н. Westlake & D. Rutherford, 1968 и др.)

Наряду с повреждением определенных мозговых систем существенную роль в генезе речевых расстройств у этих детей играет вторичное недоразвитие или более позднее формирование тех отделов коры головного мозга, чрезвычайно важных для речевой функции, которые наиболее усиленно развиваются уже в постнатальном онтогенезе (премоторно-лобная, теменно-височная области).

Артикуляция, являясь частью общей моторики, функционирует по принципу «проприоцептивного рефлекторного кольца», большую роль в котором играет обратная афферентация, т. е. импульсация, основанная на четкости кинестетического восприятия в речевой мускулатуре. Так же, как сложным двигательным актам предшествуют движения, основанные на врожденных безусловных рефлексах, так и речь формируется на основе безусловных врожденных рефлексов, лежащих в основе первых звуков новорожденных: крика, крихтения, натуживания, звуков, связанных с периферическими функциями, насыщением, кашлем и т. д. (М. Б. Эйдинова, 1962 и др.).

Наличие нередуцированных: рефлексов орального автоматизма ведет к стойким синкинезиям в артикуляторном аппарате, которые затрудняют развитие произвольных артикуляторных движений.

Целый ряд авторов считает, что новорожденный ребенок - «рефлекторное существо» положение которого постепенно изменяется.

Речевой аппарат основывается на системе органов, выполняющих жизненно необходимые биологические функции, особенно функции, связанные с питанием (сосание, выплевывание, жевание, разжевывание, глотание) и с дыханием.

В известном смысле эти функции можно отнести к разряду предлингвистических рефлекторных явлений.

Сенсорная подготовка орально-моторной области у детей с ДЦП занимает важное значение для развития речи. Еще во внутриутробном периоде плод своей маленькой ручкой тянется к лицу и исследует ротовую полость. Позже новорожденный зависит от ориентации рта и груди, откуда он получает питание. Доктор James Bosma ввел термин «Оральная сенсорика». По его мнению ротовая полость сначала готовится к познанию мира и только потом к принятию пищи. Во рту сосредоточено больше нервных волокон, чем в любой другой части тела. Осуществляя прямое вмешательство, мы всегда должны помнить, что рот - сенсорная об-

ласть. Сенсорный статус рта отражает состояние эмоций и поведения ребенка. Ответные реакции рта - сильные детерминанты выражения лица, отражающего эмоциональный тонус в данный момент.

У нормально развивающегося новорожденного имеется ряд рефлексов, влияющих на рот и его функции. Благодаря основному рефлексу рот автоматически поворачивается при прикосновении к щеке или губам. Малыш сосредотачивает свое внимание на социальном окружении при изучении окружающего мира, язык движется в ротовой полости, производимые звуки меняются, а увеличение объема тела облегчает дыхание.

Даже не очень грубые физиологические дисфункции оральной области ведут к серьезным нарушениям нормального питания у ребенка и в дальнейшем могут выразиться в дезорганизации общения и поведения.

Для организации контроля за речью у детей с ДЦП необходима специальная подготовка орально-моторного механизма к правильному речевому дыханию и нормализации артикуляторной координации.

Орально-моторная система очень подвержена различным влияниям, что ведет к нарушениям орально-моторных функций, при этом страдает произношение, так как скорость речевых движений самая быстрая из всех движений тела.

Для ребенка с нервно-моторными нарушениями нормальное функционирование оральной области очень важно, чрезвычайно важна и сенсорная организация рта, так как это приводит к улучшению организации всего тела и снижает состояние общего напряжения.

Становление артикуляции в онтогенезе имеет самое непосредственное отношение к формированию орального праксиса. Под праксисом понимается сложный комплекс аналитико-синтетических процессов, направленных на организацию целостного двигательного акта. Как правило, праксис требует участия нескольких анализаторов, ибо ни одно действие невозможно без рецепторного контроля.

Праксису принадлежит большая роль в формировании речи. По мнению Е. Н. Винарской (1960), формирование у детей второго года жизни номинативной функции речи и есть, иначе говоря, становление навыков речевого слухового гнозиса и артикуляторного праксиса, кинестетического и кинетического.

У детей с ДЦП праксис формируется искаженно, его развитие осложняется из-за наличия парезов и параличей мышц артикуляторного аппарата, слабости кинестезии, напряжения мышц языка и губ. При ДЦП, особенно при тяжелых формах, имеются кинестетические нарушения в области рта, что в сочетании с рефлекторной патологией отрицательно влияет на формирование праксиса и артикуляции.

Для изучения проблемы речевых нарушений Westlake and Rutherford были проанализированы истории болезней 1293 детей, страдающих церебральным параличом. В результате обнаружено, что тип речевых расстройств во многом зависит от вида церебрального паралича. Так, дети с диплегией и гемипарезом могут обладать нормальными речевыми способностями.

Речь спастичного ребенка обычно эксплозивна и прерывается длительными паузами в силу чрезмерного напряжения мышц и внезапных спазмов. Это именно то, что обычно называют речью при церебральном параличе. В тяжелых случаях такой ребенок не в состоянии управлять фоноартикуляторным аппаратом, у него отмечается анартрия.

Речь атетозного ребенка, для которого характерно преобладание произвольных движений, достаточно многообразна. В легких случаях наблюдаются лишь незначительные нарушения в области артикуляции в отличие от детей с серьезными кинетическими расстройствами, у которых речь отсутствует. Обычно, речь атетозного ребенка неплывная, отсутствует координация, отрывочна и без ритма. S. L. Hoberman & M. Hofaerman (1960) указывают на то, что речевые нарушения у атетозных детей усугубляются тем, что они не контролируют движения головы и не могут глотать образующуюся у них слюну. C. Van Riper (1958) считает, что при сочетании симптомов спастичности и атетоза артикуляция нарушается грубее, чем при наличии одной спастичности.

Имеется ряд исследований, посвященных различиям речи спастических и атетозных детей. Так, W. A. Wolfe (1950), работая с 50 детьми, страдающими церебральным параличом, исследовал членораздельность их речи. В результате он обнаружил, что речь 40% атетозных детей нечленораздельна, тогда как в речи 72% спастических больных некоторая членораздельность наблюдается. W. A. Wolfe считает, что эти результаты неудивительны, поскольку предварительное изучение речевого механизма показало, что у 100% атетозных больных нарушены функции органов дыхания и артикуляции, следствием чего являются расстройства произношения. Среди спастических детей обнаруживается небольшое количество детей с расстройствами фонации и большое количество детей с нормальной речью. Результаты исследований, посвященных различиям голоса атетозных и спастических детей не всегда совпадают. Некоторые ученые полагают, что у спастических детей голос выше, чем у атетозных, в то время как другие доказывают обратное. Однако многие исследователи, такие как Duffey, Leith и Steer, Clement и Twiiehell, сходятся на том, что у атетозных детей в отличие от спастических, наблюдаются более тяжелые расстройства речи с внезапными и неконтролируемыми движениями. Irwin и Вугпе не находят значительных различий между этими группами больных. Эти противоречивые результаты показывают, насколько сложно дать исчерпывающую оценку речи детей, страдающих церебральным параличом.

Наличие речи у детей или ее отсутствие непостоянны, так как речь все время меняется в зависимости от степени спастичности. Этот момент частично зависит от положения тела, от уровня стимулов окружающей среды. Конечно, эти факторы в высшей степени изменчивы, так что если сначала очевидна одна характеристика речи, то в дальнейшем она исчезает и ее заменяет другая. Это подтверждает суждение Bobath's, что при работе с пациентами, страдающими церебральным параличом, необходимо рассматривать проблему в целом, не выделяя

отдельных ее частей. Нужно рассматривать речевую симптоматику в связи с моторной патологией и с общим состоянием ребенка.

Как было сказано, ДЦП - не только психомоторное нарушение, но и нарушение рефлексов. Поэтому перспективно комплексное лечение детей на ранних этапах развития. Это касается и речи. На предпривиситическом этапе многие авторы рекомендуют начинать лого терапевтическое лечение с нормализации функций мышц, которые принимают участие не только в процессе речи и артикуляции, но и в дыхании, сосании, жевании, глотании. Моторные системы, осуществляющие дыхание, сосание, глотание появляются с момента рождения, а для жевания меняются в связи с употреблением ребенком твердой пищи.

Для оценки функции мышц губ, языка, гортани, шеи, которые принимают участие в звукопроизношении, очень важно следить за произвольными движениями. Каждая функция должна быть рассмотрена индивидуально, при этом не следует забывать целостность тактильной и кинестетической чувствительности.

Кормление и речь тесно взаимосвязаны между собой вследствие орального автоматизма, т. е. развитие рефлекторных движений кормления ведет к формированию орального праксиса и голосообразования. Сосательный и глотательный рефлексы лежат в основе произношения. Обычно они находятся в пределах нормы, так как без этих процессов ребенок не может жить, но они могут быть достаточно нарушены из-за спастичности или атетозной симптоматики.

Задержка развития глотательного рефлекса приводит к затруднениям при глотании жидкости, вводимой в ротовую полость. У ребенка с ДЦП часто отмечается отсутствие сосательного рефлекса после рождения, так как мозговое расстройство ведет к нарушению контроля данного рефлекса. Специфические трудности при ДЦП в первые месяцы жизни связаны не только с недостаточным развитием сосательных и глотательных рефлексов, но и со слабостью мускулатуры губ, с нарушением мышечного тонуса в языке и ограничением его подвижности, с нарушением функции мягкого неба, а также с общими двигательными расстройствами. Дети с нервно-моторными нарушениями имеют большой риск попасть в группу детей с нарушениями питания. Иногда у ребенка возникают проблемы с питанием вследствие орально-моторной дисфункции. Логопедам следует обращать внимание на оральную моторику, косвенно влияющую на артикуляцию. Поэтому все усилия следует направлять на стимулирование сосания у новорожденного ребенка в первые годы жизни, что будет иметь важное значение для будущего развития речи. Конечная цель при этом не в том, чтобы только накормить ребенка, а в улучшении его поведения во время еды, коррекции его орально-моторных функций во время приема пищи. Пища не может вести к улучшению речи, однако прием пищи - естественный путь функциональной тренировки оральной мускулатуры для развития речевого процесса. Работа над артикуляцией также необходима для орально-моторного развития, так как ощущения при речи и при приеме пищи различны. Важно выбрать формы, соответствующие уровню

развития ребенка и его орально-моторному статусу (К. и В. Bobath, 1975).

Bobath's (1975-1980) разработали систему коррекции позотонических рефлексов у детей с ДЦП. Их метод ученые назвали методом торможения постуральных рефлексов. В основе данной методики лежит торможение примитивных рефлексов, их патологической стойкости. По мнению авторов, чтобы достигнуть адекватной сенсо-моторной модели, необходимо развивать нормальные проприоцептивные системы и нормализовать мышечный тонус путем торможения патологических тонических рефлексов. После этого следует попытаться улучшить и укрепить нормальные позотонические реакции. Используя эти позы торможения, следует дать ребенку возможность воспроизведения противоположного движения по отношению к доминирующей тонической реакции. Например, осуществляются вращения головы без движения тела, чтобы ощутить движения головы на фоне релаксации мышц шеи и лица.

Американские невропатологи и логопеды Westlake & Rutherford разработали интересную методику устранения нарушений речи у детей с ДЦП. Их методику можно разделить на две части:

1) обследование фоноартикуляторных органов и произношения, т. е. состояния органов слуха и речи, дыхания и периферических функций, речи в разных ситуациях.

2) использование нестандартных процедур для фониатрического лечения и подбор специфической техники для развития потенциальных возможностей. Эта часть включает изучение психологического статуса ребенка с ДЦП, сенсоперцептуальных данных (особенно важен I год жизни), развитие диалогической речи, свободной речи, использование разнообразных фониатрических подходов и упражнений.

Особенно важны методики, включающие обследование в позе релаксации, с дальнейшим акцентом на ощущение и воспроизведение движений в условиях сопротивления (данный подход называется «стабилизация»). Чтобы препятствовать развитию насильственных движений, нужно начинать лечение с нормализации периферических функций для формирования произвольных движений: от общих к индивидуальному, от пассивных к сопротивлению.

Шведский логопед Helen Muller уделяет большое внимание поведению ребенка и приспособлению к спонтанному положению тела. Эта работа была одной из первых, в которой непосредственно манипулировали во рту ребенка и обучали его сосанию. Был сделан вывод о том, что кормление из соски приводит к гиперстимуляции. Орально-тактильная чувствительность нормализовалась в процессе терапии и кормления.

Канадский логопед Marie Crickmay разработала методику на основе методики К. и В. Bobath's, которая является уникальным средством обучения детей с ДЦП. При этом особое внимание обращается на артикуляцию, движение языка, связанное с положением тела, подбираются необходимые позы для облегчения движения головы и артикуляции.

Английский физиотерапевт Margaret Road предлагает методику для развития и исправления речи, включающую приемы обучения закрыванию рта, глотанию и контролю за слюноотделением.

Представляет интерес и методика Е. Ф. Архиповой (1989). Эта методика базируется на стимуляции и развитии психомоторных функций у детей, страдающих церебральным параличом, в доречевом периоде. Широко используются разнообразные подходы для стимуляции головных функций детей раннего возраста и тактильно-кинестетическая стимуляция.

Как было сказано, дети с ДЦП испытывают особые трудности при сосании. Для активизации оральной области следует стимулировать, тактильные рефлексы в области рта, губ, щек; вызывать ощущения температуры (холодная, теплая); вызывать ощущения вкуса (сахара, соли, хинина, лимона); использовать запахи (духи, цветы и др.).

Рекомендуется сочетание разных стимулов. Следует помнить, что лечение и коррекция дефектов функционирования артикуляторного аппарата детей с ДЦП на раннем этапе развития является главной задачей.

Западное направление в лечебной терапии акцентирует внимание на способе и образовании позотонических движений и правильном положении тела в отличие от российского подхода, где обращается большее внимание на тренировку артикуляционных поз и движений. Согласно Bobatt's, необходимо обучать ребенка с ДЦП всем сериям движений, которые относятся к ранней стадии развития, так, как это происходит у детей в норме.

При логопедическом обследовании необходимо выявить состояние функций, связанных с произношением. Для этого следует обращать внимание на:

- гипотонию/гипертонию мышц лица, насильственные движения, резкие движения или изменение тонуса, объем движений;
- наличие или отсутствие рефлексов орального автоматизма, их влияние на дисфункции моторных структур, необходимых для питания.

Особое внимание обращается на рефлексы: сосание-глотание, кусание, рвотный, поисковый. Оцениваются: характер рефлекса, длительность (появление, наличие, отсутствие);

- ответную реакцию при стимуляции области рта и вокруг его при помощи пальца логопеда.

Важно проверить оральный мышечный тонус;

- челюсти во время движений и без движений; например, в норме челюсти во время отдыха находятся в полуоткрытом положении. У детей с ДЦП часто встречается, что в нейтральной ситуации челюсти находятся в открытом положении.

- тонус, подвижность, компенсаторные реакции, симметрию губ;
- тонус мышц языка, его изолированные движения, возможность их переключаемое™;
- мягкое небо, твердое небо, координацию между ними, подвижность;

- ритм, объем дыхания, координацию между дыханием и речью (голосовыми реакциями), вдохом-выдохом, «обратное дыхание» (да/нет), сопровождается ли дыхание ребенка движениями тела и головы;

- взаимоотношение между моторным контролем, который используется во время еды и во время фонации, еды и звукопроизношения; активность этого контроля, объем движений, наличие стереотипных движений.

Для стимулирования появления артикуляции необходимо, чтобы ребенок мог контролировать мелкие движения и дифференцировать движения губ и челюстей, языка через выполнение упражнений, которые требуют большой определенности. Для этого необходимо формирование контроля за положением тела. С этой целью проводится работа в «рефлекс-запрещающей» позе ребенка, чтобы оценить мышечный тонус.

Логопедическую работу рекомендуется начинать с движений и упражнений, которые доступны, легко получаются у ребенка. Упражнения и движения, должны быть разнообразны, интересны для ребенка, но самое главное, они должны быть функциональными, т. е. облегчать движения языка, формировать координацию движений, серии движений, которые необходимы в процессе кормления и речи.

Актуальным и перспективным является проведение с первых месяцев жизни ребенка комплексной работы логопеда совместно с физиотерапевтом и акцентирование внимания на проприоцептивной сфере и контроле движений.

Будущее ребенка с ДЦП со многом зависит не только от его потенциальных возможностей, но - особенно - от правильности подбора подходов к достижению максимальной возможности в развитии.

2. ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКОГО И РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА С ДЦП (ЛОГОПЕДИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ)

Карта логопедического обследования

I. Общие сведения о ребенке

фамилия _____
имя _____

Год рождения _____

II. Диагноз

III. Состояние анализаторов:

слухового _____
зрительного _____

IV. Первые психические реакции:

звуковые:

на звучащий предмет _____
на голос, речь _____

зрительные:

узнавание близких _____
слежение за предметом _____

эмоциональные:

улыбка _____
смех _____

предречевые:

гуление _____
лепет _____

V. Двигательные нарушения:

парезы, параличи, гиперкинезы в конечностях -
моторная апраксия:

в статике _____
в динамике _____
зрительно-моторная координация (прослеживание строки пальцем) _____

VI. Эмоционально-волевая сфера:

адекватность реакций:

контактность - негативизм _____
плаксивость - эйфоричность _____
заторможенность - расторможенность _____
способность к волевому усилию _____

VII. Познавательная деятельность: запас

сведений о себе и окружающем (семья, школа, город и др.)

стереогноз:

фактура _____
форма _____
величина _____

зрительное восприятие предметов:

цвет _____
форма _____
величина _____

пространственные представления:

ориентировка в схеме тела _____
прямая _____
зеркальная _____

дифференциация понятий
 вправо - влево _____
 впереди - сзади _____
 вверху - внизу _____
 дифференциация предлогов в,
 на, за -перед, между -над,
 под - _____
 конструктивная деятельность:
 складывание целого из 4-6 элементов _____
 копирование образца _____
 графическая деятельность:
 рисование домика _____
 рисование человека _____
 копирование букв _____
 временные представления:
 понимание последовательности
 времен года _____
 дней недели _____
 сформированность понятий
 вчера-сегодня _____
 завтра _____
 потом _____
 раньше-сейчас _____
 определение количества событий
 за неделю _____
 сутки _____ час _____
 минуту _____

VIII. Количественные представления
 сформированность понятий: один-
 много „ _____
 больше-меньше _____
 равно-неравно _____
 уравнивание количеств _____
 состав числа _____
 счетные операции в пределах 5 _____

IX. Мышление:
 понимание причинно следственных зависимостей (по серии из 3-4
 сюжетных картин) _____
 выделение логического звена (по тексту) _____
 сравнение, классификация, обобщение (методика «четвертый лиш-
 ний») _____

X. Внимание:
 концентрация _____
 объем _____
 переключение _____

XI. Память: тип
 памяти:
 механическая-логическая _____
 кратковременная-долговременная _____
 объем памяти _____

XII. Состояние речи:
 1. Импрессивная речь:
 восприятие речи в широком плане (по тексту сказки «Лев и
 лиса») _____
 восприятие речи в ситуативном плане (беседа о семье, игруш-
 ках) _____
 восприятие флективных отношений _____
 восприятие предложных отношений _____
 состояние пассивного словаря _____
 2. Экспрессивная речь:
 состояние связной речи _____
 рассказ _____; _____
 пересказ _____
 фраза _____
 состояние лексико-грамматического строя речи _____
 словообразование _____
 словоизменение _____
 употребление предлогов _____
 состояние активного словаря _____
 3. Артикуляторный аппарат:
 наличие гиперкинезов, парезов, параличей, их локализация _____
 наличие анатомических аномалий (короткая уздечка, небные рас-
 щелины) _____
 наличие артикуляторно-мимических апраксий _____
 4. Дыхательно-голосовой аппарат:
 наличие гиперкинезов, парезов, параличей _____
 тип дыхания: _____
 ключичное _____
 грудное _____
 брюшное _____
 объем дыхания: _____
 поверхностное _____
 глубокое _____

Голосообразование
атака _____

тембр, выразительность, громкость

синхронность дыхания, голоса и артикуляции

5. Фонематическое восприятие _____

6. Звукопроизношение

7. Чтение

характер ошибок:

семантические

грамматические

артикуляторно-акустические

оптические

осмысление содержания

текста темп, объем

8. Письмо

характер ошибок:

семантические _____

грамматические _____

артикуляторно-акустические

оптические _____

творческая работа (изложение, сочинение)

темп, объем _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

3. ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ДИЗАРТРИИ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Эффективность коррекционно-логопедической работы при разных формах дизартрии зависят от правильного определения вида дизартрии и, соответственно, от использования дифференцированных методов коррекции (М- В. Ипполитова, Е. М. Мастюкова, К. А. Семенова).

При разработке методов коррекции учитывались прежде всего ведущие расстройства при различных формах дизартрии. Так, при гиперкинетической форме дизартрии ведущим расстройством является асинхронность между подачей дыхательной струи, включением голоса, сокращением мягкого неба и нужными движениями губ и языка, Такая же асинхронность наблюдается и при спастической дизартрии, но в первом случае механизмом нарушения являются гиперкинезы, а во втором - спастичность в различных отделах артикуляторного аппарата. Ведущим расстройством при мозжечковой форме дизартрии является грубое нарушение интонационного оформления речи и ее монотонность.

При каждой форме дизартрии можно выделить три степени поражения: легкую, среднюю и тяжелую.

При легкой степени спастической дизартрии экспрессивная речь вялая, лишь с нечетким произношением отдельных звуков, имеются негрубые затруднения при переключении в артикуляторном аппарате и отдельные элементы спастичности в различных его отделах.

У детей со средней степенью спастической дизартрии в экспрессивной речи искажено произношение 1/3 звуков. Даже изолированно эти звуки не могут быть произнесены правильно. Спастичность наблюдается во всех отделах артикуляционного аппарата и в мимической мускулатуре.

При тяжелой степени поражения экспрессивная речь невнятная, носит не фразовый характер, а состоит из отдельных слов. Произношение большинства звуков искажено. В процессе речевого акта наблюдаются синкинезии в мимической мускулатуре, а в мускулатуре конечностей увеличивается спастичность. Отмечается высокая спастичность во всех отделах артикуляционного аппарата.

У больных с легкой степенью гиперкинетической формы дизартрии наблюдаются элементы гиперкинезов в мягком небе и в кончике языка. В артикуляционном аппарате несколько затруднено переключение. Речь у этих больных вялая, но в речевом потоке наблюдается нечеткое произношение отдельных звуков при правильном изолированном их произнесении.

При средней степени гиперкинетической дизартрии количество гиперкинезов увеличивается, они распространяются на все отделы артикуляционного аппарата и на мимическую мускулатуру. У этих больных искажено произношение примерно одной трети звуков, что делает их речь трудной для понимания.

У больных с тяжелой степенью гиперкинетической дизартрии интенсивность гиперкинезов резко возрастает, речь невнятная, искажены почти все звуки. При попытке к речи возникают гиперкинезы мимической мускулатуры, а также мускулатуры конечностей и туловища.

Для смешанной формы дизартрии характерен комплекс нарушений в экспрессивной речи и артикуляционном аппарате, свойственных соответствующим степеням поражения спастической и гиперкинетической форм.

3.1. Система логопедической работы при спастической дизартрии

Эта система включает в себя следующие основные направления: I. Нормализация тонуса в артикуляторном аппарате, мимической мускулатуре и конечностях.

- подбор специальной позы, при которой наблюдается максимальное снижение тонуса и минимальное влияние патологических рефлексов в процессе речевого акта;

- покачивание торса ребенка и легкое потряхивание всех конечностей.

II. Развитие и формирование кинестетического контроля:

- формирование кинестетического следового образа в артикуляторной мускулатуре (логопед своей рукой воспроизводит определенное положение языка и губ у ребенка в зависимости от артикуляции звука);

- массаж артикуляторной мускулатуры по общепринятой методике и точечный массаж методом штопора.

III. Формирование слухового контроля за произношением и развитием фонематического анализа:

- игры-упражнения в звукоподражании;
- работа по развитию фонематического анализа и синтеза по общепринятым методикам.

IV. Нормализация проприоцептивной дыхательной мускулатуры.

- работа по удлинению выдоха;
- формирование умения задерживать дыхание и регулировать силу и толчок выдыхаемой струи.

V. Формирование речевого дыхания вне фонации:

- постановка грудно-брюшного дыхания;
- отработка синхронного дыхания с логопедом.

VI. Формирование синхронности речевого дыхания и голосоподачи:

- отработка синхронного дыхания на слогах: АХ, УХ, ИХ;
- отработка голосоподачи при обоюдном контроле руки ребенка и логопеда при пении гласных А -----, У -----, И -----.

VII. Коррекция нарушений звукопроизношения. Последовательность постановки звуков и коррекции звукопроизношения зависит от локализации параличей и парезов в артикуляторном аппарате и индивидуальных компенсаторных способностей ребенка. В первую очередь ста-

вятся те звуки, в образовании которых участвуют наименее спастичные отделы языка и губ.

При постановке звуков необходимо опираться на все сохранные анализаторы и использовать уже восстановленную функцию.

3.2. Система логопедической работы при коррекции гиперкинетической дизартрии

Среди церебральных параличей у детей особо сложный характер имеют гиперкинетические формы. Их отличают большая распространенность поражения двигательной сферы и лучшая сохранность интеллекта.

Работа логопеда при этом заболевании тесно связана с общими мероприятиями по снижению гиперкинезов и по восстановлению произвольных движений, поскольку гиперкинезы артикуляторного аппарата являются проявлением общего заболевания.

Гиперкинетическая форма дизартрии наблюдается у больных гиперкинезами в 25—30% случаев. При этом сравнительно редко встречаются дети с чистой гиперкинетической формой без явлений спастичности и парезов мышц артикуляторного аппарата. При попытке к речи или при выполнении намеренных движений органами артикуляторного аппарата гиперкинезы усиливаются не только в самом аппарате, но и в других частях тела.

Речь у таких детей толчкообразная, с голосовыми и дыхательными спазмами, с отсутствием дифференцированных движений губ и языка. Локализация гиперкинезов в артикуляторном аппарате определяет особенности экспрессивной речи. Так, гиперкинезы дыхательной мускулатуры и голосовых связок делают голос прерывистым, затухающим, ребенок вынужден сделать вдох для произнесения отдельных слов, слогов, а иногда и звуков.

Голос у такого ребенка может несколько раз пропадать не только при произнесении какой-то короткой фразы, но даже и одного слова, что обуславливается гиперкинезами голосовых связок. При гиперкинезах в области мягкого неба голосо-дыхательная струя периодически попадает в носовую полость, и произношение в этом случае сопровождается резким носовым оттенком. При гиперкинезах в различных отделах языка страдает произношение соответствующих групп звуков /переднеязычных, заднеязычных, среднеязычных/. Гиперкинезы в губной мускулатуре приводят к нарушению всех губных звуков.

Характерно, что у детей, страдающих гиперкинетической дизартрией, довольно легко можно добиться правильного произношения изолированного звука, но в речевом потоке резко нарушается переключение звуков, и произношение получается с грубыми дефектами. К тому же эти больные в процессе речевого акта быстро утомляются.

Основным направлением восстановительных мероприятий в логопедической работе является подавление насильственных движений. При этом большое внимание уделяется восстановлению статических поло-

жений с задержкой движений и выработке умения сохранять состояние покоя.

В проведении коррекционной работы на индивидуальных занятиях выделяется несколько основных **этапов**:

1. Подбор для больного ребенка позы, при которой количество и интенсивность произвольных движений были бы минимальны. При этом применяется фиксация конечностей и головы в среднем положении - в тех случаях, когда гиперкинезы отдельных частей тела вызывают или усиливают насильственные движения артикуляторного аппарата, а также тогда, когда попытки к речи усиливают произвольные движения отдельных частей тела.

2. Обучение ребенка удерживать мышцы лица в состоянии покоя с использованием способности к самоторможению гиперкинеза на основе обучения расслаблению мышц. Сюда входят:

- *Психотерапевтическое воздействие*, основная цель которого - снять мышечное беспокойство и напряжение в возможных пределах и привести ребенка в состояние эмоционального покоя. Подобного состояния можно добиться объяснением, стимулирующим расслабление мышц шеи, конечностей, ротовой полости, дыхательной мускулатуры. Голос логопеда, в зависимости от цели воздействия, должен быть спокойным и властным, мягким и жестким, но без лишнего звонкого модуляций. Содержание речи логопеда очень простое, речевые инструкции повторяются, меняется лишь эмоциональный фон. После этого следует перейти к пассивным поворотам головы в любом направлении с одной временной фиксации раздражимых областей.

- *Массаж*, в основном, одного типа: легкое плоскостное поверхностное поглаживание. Движения способствуют оживлению кинестетического анализа, повышению кинестетического контроля. Массаж лицевых мышц выполняется в зависимости от состояния мышечного тонуса артикуляторной зоны. По длительности - не более 5 минут. Массаж проводится в медленном темпе. Подключается точечный перекрестный массаж тормозным методом.

- *Пассивные движения* двух видов: статические и динамические. Статические: когда ребенок говорит, логопед затормаживает насильственные повороты головы, движения челюстей, губ, приведение и отведение рук, ног, вращение туловища. Динамические: направлены на изменение амплитуды движений челюсти, губ, языка. Сразу же после проведения пассивных движений проверяется возможность самостоятельного управления нужной позицией при общем покое и при включении в движение. Все пассивные движения, сочетаемые с упражнениями на расслабление мышц, выполняются плавно, медленно, ритмично, с возможно большей амплитудой, но не допуская болевых ощущений. На всем протяжении занятий необходимо привлекать внимание ребенка, обучая его выделять ощущение данного движения, воспроизводить его по словесному обозначению.

3. Обучение правильному речевому дыханию при беззвучной артикуляции. У детей с гиперкинезами наблюдается недостаточное развитие ритма и глубины дыхания. Вначале нужно обращать внимание на выработку активного сильного выдоха, затем тренировать ритмичность дыхательных движений /дышать ритмично и синхронно с логопедом/. Можно использовать глубокое дыхание для борьбы с гиперкинезами как один из методов расслабления мышц.

4. Выработка правильного речевого дыхания при фонации гласных А, И, У, тренировка умения сочетать выдох с моментом голосообразования.

5. Постановка звуков. Последовательность постановки звуков определяется локализацией гиперкинезов в артикуляторном аппарате. В первую очередь отрабатываются звуки, которые образуются в тех отделах артикуляторного аппарата, где наблюдается наименьшее количество гиперкинезов. Например, если насильственные движения губ отсутствуют или слабо выражены, то в первую очередь ставятся губные звуки.

6. Выработка плавного произношения и правильной интонации.

В результате этой работы удастся поставить все звуки, но чистого произношения звуков в связной речи добиться не удастся. Достаточно, если звук будет понятен слушающим и отождествлен с необходимой фонемой.

При обучении грамоте детей, страдающих гиперкинезами, решающую роль играет индивидуальный подход, т.к. дети одного возраста имеют различный уровень развития моторики. Важен и учет психологических особенностей ребенка. Одни дети активны и самостоятельны, отличаются выраженным стремлением к преодолению своих двигательных затруднений, другие, наоборот, вялы, малоподвижны, они не используют даже имеющиеся двигательные возможности, требуют постоянного побуждения к движению.

Более эффективно справиться с этими проблемами способен учитель-логопед после специальной подготовки. Во-первых, потому, что происходит взаимопроникновение индивидуальных и групповых занятий, вернее, приемов и методов, которые помогают реализовать задачи обучения. Например, на индивидуальных занятиях вырабатывается правильная артикуляция звука, на групповых - его автоматизация. Слоговые упражнения - один из лучших методов формирования артикуляционных движений необходимого качества, и в то же время, - эффективное средство отработки техники чтения, и т. п.

Учитывая особенности и возможности детей с гиперкинезами, приходится отказаться от использования некоторых конкретных методических приемов, в частности, физминуток, работы учеников у доски, с наборным полотном, с буквенными и слоговыми кассами.

Зрительная память этих детей развита намного лучше, чем слуховая, поэтому обучение должно быть максимально наглядным. Однако недоразвитие манипулятивных функций не дает возможности активно пользоваться обычными наглядными пособиями. Эта задача в отноше-

нии схематической «записи» и анализа устной речи решается с помощью набора деревянных брусочков разной величины и кружков разного цвета /предложение - слово - слог - звук/. При работе с буквами удобна в использовании магнитная доска с набором пластмассовых букв и знаков.

Некоторые дети на определенных этапах нуждаются только в индивидуальной работе с ними, но и для них крайне важным является подключение к групповым занятиям при наличии индивидуальной помощи. Уроки обучения грамоте являются идеальной возможностью для создания «языковой установки», для звуко-слогового творчества.

3.3. Система логопедической работы при мозжечковой дизартрии

1. Формирование правильного дыхания:

- дать ощущение движения диафрагмы, межреберных мышц, мышц живота с целью сформировать навыки речевого нижнеребернодиафрагмального или грудобрюшного типа дыхания с тренировкой удлиненно го выдоха;

- отработка диафрагмального дыхания без речевого сопровождения;

- сопровождение выдоха длительным звуком с интонацией удовольствия и неудовольствия А - И - У.

2. Работа над голосом:

- развитие силы голоса;

~ изменение силы голоса от громкого произношения к среднему, тихому и наоборот (можно использовать сказку Л.Н. Толстого «Три медведя», а также порядковый счет и т. д.);

- воспитание умения варьировать высоту голоса (при отработке можно использовать различные игры-драматизации).

3. Развитие тембра голоса:

- подбором соответствующей позы и успокаивающего массажа снять напряжение мышц шеи и гортани, а также челюстных отделов как препятствие свободного голосового потока;

- отработка ровного, устойчивого, гибкого голоса и уверенного звучания любой высоты. При этом используется повышение и понижение голоса на сонорных согласных М, Н с паузами и без пауз. Голос повышается и понижается на 2 - 3 тона. Повышение и понижение голоса производится обычным или полупапевным способом произнесения, что дает возможность освободить органы артикуляции и увеличить силу звучания голоса.

4. Работа по развитию интонации:

- отработка интонации вопроса, утверждения, восклицания, повеления, убеждения, приглашения, просьбы, угрозы;

- отработка интонации при помощи логических ударений, выделения ударных слов, пауз, изменения темпа речи. При этом широко используются элементы драматизации и диалог.

4. ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА ПРИ АЛАЛИЯХ

4.1. Система логопедической работы при сенсорной алалии

1. Развитие слуха:

- Прослушивание по очереди звучания двух игрушек за спиной ребенка (дудочка и барабан).

- Выработка слуховых дифференцировок звучания двух предметов (детское пианино и игрушка-пищалка). Ребенок должен подражать звучащим предметам.

- Различение на слух, звукоподражание и подбор ребенком соответствующей игрушки или картинки (гудок парохота, паровоза, шум автомобиля, крик петуха, курицы, лай собаки, мяуканье кошки). Узнавание звуков, соответствующих ситуации: а) баюканье куклы; б) аюканье; в) движение поезда; г) полет самолета. При этом ребенок должен узнавать ситуацию по звуку и правильно показывать источник звука.

- Узнавание мелодий простейших песенок и их повторение.

- Ритмико-интонационное повторение простейших считалок, поговорок, стихотворений, загадок.

2. Развитие фонематической системы:

- Различение согласных звуков в сочетании с гласными:

а) шипящие, свистящие, сонорные и далекие от них по звучанию и образованию заднеязычные: ЗА - КА; МА - ХА;

б) губные - язычные сонорные;

в) свистящие, шипящие - другие переднеязычные АС - ТА;

- Различение гласных, произносимых с определенной интонацией: А - удивления; О - восторга; У - укоризнины; И - недовольства.

- Дифференциация на слух звуковых параллелей:

звонкие - глухие; шипящие - свистящие; переднеязычные - заднеязычные; йотированные - нейотированные.

- Выделение заданного звука в слове:

а) определение наличия звука в слове;

б) выделение данного звука и определение его места в слове (двусложные и трехсложные слова).

- Определение количества слов в предложении (от двух до четырех слов), запись в виде схемы.

- Определение количества слогов в слове (от двух до четырех слогов), составление схемы слова.

- Определение количества звуков в слогах и в двусложных словах, запись в виде схемы.

3. Дыхательно-голосовая работа:

- Постановка правильного диафрагмального речевого дыхания с равным участием дыхательных мышц с обеих сторон.

- Развитие достаточной силы голоса и звучности.

4. Постановка звуков:
- Последовательность при постановке звуков зависит от умения дифференцировать данные звуки на слух и от состояния и возможности артикуляторного аппарата:
 - а) гласные нейотированные (а, о, у, ы, и, э);
 - б) губные (согласные);
 - в) переднеязычные;
 - г) заднеязычные;
 - д) шипящие, свистящие, аффрикаты, сонорные ставятся во вторую очередь.
 - При постановке звуков следует опираться на тактильно-вибрационное чувство и на визуальную характеристику артикуляции. Каждый раз нужно добиваться правильных слуховых дифференцировок.
5. Формирование словаря:
- Введение в пассивный и активный словарь слов, имитирующих различные звукоподражания, голоса животных, шум транспорта.
 - Развитие глагольного словаря с показом действий: логопед произносит глагол, ребенок показывает действие и называет: одеваемся, едим, пишем, ходим, читаем, прыгаем, рисуем, бегаем, обуваясь, играем, гуляем, поем.
 - Накопление пассивного и активного словаря при постоянном контроле за пониманием слов.
 - При обучении и общении детей, вышедших из состояния сенсорной алалии, необходима работа над составлением фразы: а) согласование слов во фразе; б) тщательная отделка употребления флективных отношений.
- Нежелательно строить сложные лексико-грамматические конструкции.

4.2. Система логопедической работы при моторной алалии

1. Развитие и формирование фонематического восприятия
- Развитие фонематического слуха:
 - а) выделение и дифференцировка звуковых параллелей на слух: гласные - согласные; шипящие - другие переднеязычные
 - б) игры по упражнению в звукоподражании (гуся, жук, пузырь, змея);
 - в) определение по звуку источника звука. (Игры: «Гудок паровоза», «Шум машины», «Кто шипит?», «Кто свистит?», «Крик ребенка», «Ауканье в лесу».);
 - г) определение наличия звука в слове и его места.
 - Знание характеристики изучаемого звука: опора на тактильный образ (работа перед зеркалом), на кинестезию и тактильно-вибрационные проприоцептивные ощущения, использование различных графических схем.

- Тренировка переключения без речевого оформления (кольцо - кулак; кулак - ребро - ладонь).
2. Дыхательная, голосовая, артикуляционная гимнастика:
- Сопряженное и отраженное диафрагмальное дыхание вне фонации.
 - Сопряженная голосовая дыхательная гимнастика при произнесении гласных и при звукоподражаниях (гудок паровоза, мычание коровы, козы).
 - Массаж мимической мускулатуры, круговой мышцы рта. Нахмуривание бровей, открывание и закрывание глаз, движения языком в полном объеме, вызывание глоточного рефлекса для полного сокращения мягкого неба.
 - Переключение движений в артикуляторном аппарате вне фонации.
 - Переключение при произнесении от одного звука к другому: В-Ф, Т-Д, К-Г, М-Н.
3. Работа по развитию устной речи:
- Развитие активного и пассивного словаря (знание определенных понятий, использование их в самостоятельной речи):
 - существительные нарицательные:
 - а) названия одежды, обуви, их основных деталей (платье, рубашка, брюки, воротник, карманы, манжеты);
 - б) названия школьных принадлежностей (пенал, книга, портфель, парта, ручка, карандаш);
 - в) посуда (чайник, чашка, ложка, вилка, нож);
 - г) мебель (стол, стул, шкаф, кровать, диван, кресло, тумбочка);
 - д) еда (суп, щи, борщ, каша, картошка, мясо, блинчики, запеканка, творог, молоко, чай, компот, кисель, хлеб, булка);
 - е) транспорт (трамвай, троллейбус, метро, автобус, такси);
 - ж) семья (мать, отец, бабушка, дедушка, брат, сестра);
 - з) фрукты, овощи, ягоды (яблоко, груша, апельсин, лимон, слива, виноград, клубника, малина, клюква, морковь, картофель, свекла, огурец, помидор);
 - и) времена года
 - зима (снег, Новый год, елка, мороз); весна (солнце, трава, ручьи, капель, сосульки); лето (цветы, листья) осень (грибы, дождь, ягоды, листопад).

Все эти существительные употребляются в разных падежах, единственном и множественном числе.

- существительные собственные (фамилии, имена родителей, учащихся и учителей класса; название города, в котором живешь; объясни, почему дано это название; названия улицы и названия рек родного города; клички домашних животных).
- прилагательные; знание названий основных цветов спектра, антонимы (хороший - плохой, длинный - короткий, толстый - тонкий, соленый - кислый, сладкий - горький, вкусный - невкусный, чистый - грязный, большой - маленький).

- глаголы: (есть, умываться, одеваться, причесываться, гулять, ходить, бегать, спать, сидеть, читать, писать, прыгать, говорить, петь, танцевать, ездить).

При этом следует учить различать совершенный и несовершенный вид, лицо и время глаголов при понимании и построении фраз.

- наречия, характеризующие действия или признак со стороны
 - хорошо - плохо,
 - красиво - некрасиво;
- количества
 - много - мало,
 - меньше - больше;
- пространственных отношений
 - выше - ниже;
 - дальше - ближе;
 - вправо - влево;
 - вверху - внизу;
 - вперед - назад.

4.3. Логопедическая работа по развитию активного и пассивного словаря

Этот вид логопедической работы включает в себя:

1. Активное восприятие цвета. Отработка знания основных цветов спектра и их оттенков и умение их называть. Игра в цветное лото, с цветными карандашами, по трафарету и самостоятельно.

2. Умение различать и называть различные геометрические формы (квадрат, круг, прямоугольник, треугольник, овал, многоугольник).

Ребенок должен уметь подбирать геометрические фигуры по аналогии: найти фигуры такой же формы, цвета; по неполной аналогии: найти фигуру такой же формы, но другого цвета; найти фигуру такой же формы, но другой величины. При этом проводится простое сопоставление геометрических фигур на основе целостного зрительного восприятия без выделения отдельных признаков. Можно использовать доску Сегена, бочонок с набором объемных геометрических тел, геометрическое лото, выполнение аппликаций из различных геометрических форм, сопоставление и преобразование геометрических фигур.

3. Формирование словаря по пространственным представлениям и умения различать основные направления (влево, вправо, вверх, вниз, назад, вперед), различать и использовать в речи предлоги, обозначающие направления (в, на, у, за, около, перед, над, под, между).

При отработке понимания слов проверять у ребенка умение выполнить действие по заданию. Например, «положи тетрадь в левый верхний угол парты».

4. Развитие словаря по временным представлениям: умение использовать слова, обозначающие дни недели, времена года, месяцы, части суток, а также понятия - сегодня, завтра, вчера, поздно.

Ребенок должен последовательно называть времена суток, знать основные признаки времени суток в связи со школьной жизнью и трудовой деятельностью людей, уметь осознанно пользоваться в речи понятиями: «вчера», «завтра», «рано», «поздно».

5. Отработка пассивного и активного словаря в связи с развитием навыков обобщения, дифференциации и сопоставления. Используется классификация по родовым и видовым признакам предметов: учебных вещей, мебели, одежды, обуви, игрушек, спортивных игр, овощей, фруктов; обобщение через сопоставление, («костюм - одежда, а сапоги?»)

6. Развитие устной речи: составление связного рассказа по картинкам, по серии картин на заданные темы, формирование диалогов. При этом обращается внимание на формирование умений: а) строить правильно оформленные фразы;

б) логически правильно и последовательно излагать мысли;

в) правильно употреблять окончания и системы согласования.

Обучение в средней школе и в старших классах вызовет особые трудности у детей, вышедших из состояния алалии. Поэтому следует в дальнейшем проводить специальную коррекционную работу, направленную на развитие и обогащение словаря и усвоение сложных грамматических связей при чтении и слушании текстов, а также при самостоятельной письменной и устной речи.

5. ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА ПРИ НАРУШЕНИЯХ ЧТЕНИЯ И ПИСЬМА

5.1. Система логопедической работы при дислексии

Дислексия - сложное страдание, которое диагностируется примерно у 7-9% от общего числа детей с расстройством чтения. Именно дислексия, по нашим наблюдениям, обуславливает стойкую неуспеваемость в начальной школе и значительные трудности в усвоении программного материала в старших классах.

Школьник, страдающий дислексией, не может уловить правильный смысл текста, так как слова он читает «по догадке», опираясь на смысловое значение слова, при этом флексии он практически не читает. Это затрудняет понимание смысла задач на уроках математики, учебных текстов. Такой ученик не может закрепить дома материал, прослушиваемый на уроке.

Дети, у которых расстройства чтения не устранены в начальной школе, в старших классах пытаются усвоить учебный материал, в основном слушая объяснения учителя. Такие дети испытывают невероятные трудности, отстают от сверстников, и, как правило, переносят тяжелые психические срывы.

В начальной школе логопедам нужно обследовать всех детей, у которых наблюдаются сложности в процессе обучения и проанализиро-

вать их технику чтения. Со школьниками, у которых выявляются дислексии, необходимо проводить специальные (коррекционные) занятия.

Среди детей, страдающих церебральным параличом, примерно 40% имеют расстройства чтения. Специально проведенное исследование показало, что дислексия у детей в начальной школе носит качественно иной характер, чем в средней.

Дети в начальной школе не узнают графический образ буквы, читают слог и слово, переставляя буквы, и, ориентируясь на общий графический образ, произносят слово, изменяя его структуру и, как правило, искажая флексию.

В старших классах дети неправильно улавливают лексико-грамматические связи, т.к. ориентируются только на семантическую значимость слова, без учета рефлексивных и предложных отношений, а также синтаксических связей.