

Методические аспекты коррекции нарушений звукопроизношения при дизартрии

Вопросы коррекции звукопроизношения у детей с различными формами дизартрии освещены в работах Г.В. Чиркиной, Е.М. Мастюковой, М.В. Ипполитовой, Е.Н. Винарской, Е.Ф. Собонович, К.А. Семеновой, Л.В. Лопатиной, Н.В. Серебряковой [24]. Все авторы отмечают, что основными задачами по коррекции произносительной стороны речи у детей с дизартрией являются:

1. развитие моторики артикуляционного аппарата;
2. формирование навыков правильного произнесения и различения звуков;
3. преодоление затруднений, связанных с произношением слов со сложной слоговой структурой.

Е.Ф. Архипова, Г.В. Чиркина, Л.В. Лопатина работу над произношением рекомендуют начинать с подготовительного этапа, который включает в себя:

- массаж;
- использование произвольных движений;
- пассивную, пассивно-активную, активную артикуляционную гимнастику, дыхательные и голосовые упражнения;
- формирование фонематических представлений [4, 28].

Логопедический массаж нормализует мышечный тонус, ослабляет гиперкинезы, нормализует речевое дыхание. Выбор приемов логопедического массажа проводится дифференцированно, в зависимости от состояния и тонуса речевой мускулатуры (В.А. Ковшиков, И.В. Блыскина) [5].

При гипертонусе, спастичности мускулатуры проводится расслабляющий массаж. При выраженной вялости мускулатуры

артикуляционного массажа используется укрепляющий массаж, тонизирующий оральную мускулатуру.

При дизартрии наряду с сегментарным ручным массажем может быть использован и пальцевой точечный массаж (для ослабления гиперкинезов – перекрестный точечный массаж К.А. Семенова) [36].

У детей с тяжелой степенью дизартрии работу над речевой моторикой Г.В. Чиркина, М.В. Ипполитова рекомендуют начинать с использования произвольных движений: зевания, глотания, покашливания. Произвольные движения закрепляются вследствие многократного повторения, в результате ребенок может производить их самостоятельно по речевой инструкции. Затем эти упражнения используются для отработки необходимых артикуляционных движений [28].

Работу над развитием подвижности языка у детей с тяжелыми нарушениями артикуляции Е.Ф. Архипова, Г.В. Чиркина, Л.В. Лопатина рекомендуют начинать с произвольного рефлекторного уровня. Так для сокращения языка можно положить кусочек сладкого на кончик языка или дотронуться до кончика языка шпателем; для выработки движений языка в сторону положить кусочек сахара между щекой и зубами; для выдвигания языка вперед к губам ребенка протягивают конфету или нижнюю губу намазывают вареньем. Стимуляция мышц корня языка начинается с их рефлекторных сокращений путем раздражения корня языка шпателем. Закрепление осуществляется произвольным покашливанием [4, 28].

Для активизации движений мягкого нёба обучают произвольному глотанию: логопед из пипетки капает на корневую часть языка капли воды, стимулируя кашлеподобные движения, зевания [7].

Для развития подвижности органов артикуляции Г.В. Чиркина, Л.В. Лопатина рекомендуют использовать различные виды артикуляционной гимнастики: пассивную, пассивно-активную, активную. Пассивной гимнастикой называется такая ее форма, когда ребенок производит движение только при помощи механического воздействия - под нажимом руки

логопеда или соответствующего зонда, шпателя. Гимнастика сопровождается обязательным зрительным контролем. Движения производятся плавно, медленно, с постепенным увеличением нагрузки. Когда пассивные движения становятся более свободными, механическая помощь сокращается: происходит переход к пассивно-активным упражнениям [24]. Затем, если ребенок может самостоятельно удерживать необходимые положения губ, языка, произвольно менять их, переходят к активной гимнастике (Г.В. Чиркина) [28].

По мере отработки отдельных движений артикуляционного аппарата начинается постановка звуков. Способ постановки и коррекции звука выбирается индивидуально. Существует несколько приемов постановки звуков при дизартрии. Г.В. Чиркина отмечает, что наиболее распространенным является метод фонетической локализации, когда вызывается «аналог» звука, не совпадающий полностью по своим акустическим и артикуляционным признакам с эталоном правильной речи, но вместе с тем четко противопоставленный всем остальным звукам речи [45]. Приближенное произношение звука является для ребенка с дизартрией определенной ступенью на пути к овладению нормативной артикуляцией. Овладение аналогом звука достаточно для того, чтобы ребенок мог оперировать им во время работы по развитию фонематических представлений и навыков звукового анализа (Г.В. Чиркина) [40]. Особенности логопедической работы над коррекцией звукопроизношения при дизартрии являются:

- значительно более длительные сроки работы над каждым звуком;
- необходимость одновременной работы над несколькими звуками, принадлежащими к разным артикуляционным группам;
- опора на компенсаторные возможности ребенка (сохраненные анализаторы, правильно произносимые звуки, произвольные движения, звукосочетания);

– соблюдение определенной последовательности в работе над звуками.

Г.В. Чиркина указывает, что последовательность работы над звуками определяется следующими факторами:

– степенью доступности звуков для произношения и по степенностью перехода от меньших произносительных трудностей к большим;

– артикуляционной и акустической близостью звуков;

– возможностью подбора речевого материала, включающего звуки [40].

Степень доступности звуков зависит не только от легкости артикуляции, но и от возможности зрительного восприятия отдельных элементов артикуляции и наличия «орального образа звука». Звуками, имеющими видимую артикуляцию, считаются следующие: а, о, у, э, и, п, б, м, ф, в, ш, ж, л, с, т, к (по степени уменьшения видимых элементов артикуляции).

По легкости артикуляции самыми простыми принято считать гласные звуки и среди них - [а], который образуется продвижением вперед прижатого ко дну ротовой полости языка. Среди согласных взрывные согласные усваиваются легче, чем фрикативные. Среди взрывных самый легкий звук - [п]. Среди фрикативных самые легкие звуки - [ф], [в], [х].

Усвоение звука усложняется, если его артикуляция или акустическая характеристика близка к артикуляции или акустическим свойствам ранее усвоенного звука. В связи с этим постановка близких по артикуляционным и акустическим признакам звуков должна быть рассредоточена во времени.

Возможность подбора достаточного количества доступного речевого материала объясняет ситуацию, когда сначала изучаются более трудные по артикуляции звуки: например, звук [ы] раньше, чем звук [э], при этом [э] - более легкий.

Л.В. Лопатина, Н.В. Серебрякова отмечают, что коррекция звукопроизношения при дизартрии обычно сочетается с работой над совершенствованием интонационной выразительности речи [24].

Методика логопедической работы при отдельных клинических формах дизартрии рассматривается в работах О.В. Правдиной. Содержание логопедической работы при каждой форме дизартрии имеет свои особенности, обусловленные различным патогенезом этих дизартрий [31]

Бульбарная дизартрия

Цель логопедической работы при вялых параличах и парезах заключается в улучшении трофики тканей, улучшении проводимости нервов, повышении возбудимости мышц, преодолении контрактур. Эти цели достигаются приемами тонизирующего массажа и логопедической гимнастики с использованием лечения. Логопед должен обращать специальное внимание на затормаживание содружественных движений при попытке выполнения дизартриком активных движений паретичными мышцами. В разработке индивидуализированного комплекса упражнений необходимо учитывать распределение вялых параличей.

Необходимо обращать внимание на тренировку тех групп мышц, которые участвуют в образовании отрабатываемой группы звуков. Так, при нарушении артикуляции губных звуков тренируются прежде всего мышцы губ и щек; язычных звуков – мышцы языка; голоса – мышцы гортани и шеи; преимущественно открытой гнусавости – мышцы глотки и мягкого нёба. При любом распределении пареза тренируется дыхательная мускулатура.

Псевдобульбарная дизартрия

При спастических параличах внимание логопеда должно быть направлено, во-первых, на понижение рефлекторной возбудимости мышц и расслабление их тонического напряжения. Этой задаче отвечают приемы расслабляющего массажа, упражнения на активное расслабление мышц, дыхательные упражнения. Во-вторых, логопед должен упражнять парализованные мышцы, чему служит лечение положением,

дифференцированный массаж паретичных мышечных групп, медленные, плавные, с постепенным увеличением амплитуды пассивные движения, пассивно-активные и активные движения. В тренировке активных движений всегда следует необходимо обращать внимание на тонкие движения кончика языка. В тяжелых случаях псевдобульбарной дизартрии отдельные произвольные движения вырабатываются на основе непроизвольных безусловно рефлекторных синергий: кашля, глотания, чихания и пр.

Подкорковая дизартрия

Методика логопедического воздействия может быть весьма разнообразной в соответствии с разнообразием клинических проявлений при подкорковой форме дизартрии. Обычно используются приемы расслабляющего массажа, а иногда и тонизирующего.

Логопеду необходимо тренировать ребенка в активном расслаблении мышц и в волевом подавлении гиперкинезов. В ряде случаев удается преодолеть невнятность и смазанность артикуляции расчленением автоматизированных артикуляторных навыков произношения целых слов и фраз. Постоянно работа ведется над развитием дыхания, над темпом, ритмом, мелодикой и оптимальной четкостью речи.

Кинестетическая постцентральная корковая дизартрия

В соответствии с апраксическим патогенезом дизартрии задача логопеда заключается в формировании артикуляционных укладов, главным образом согласных. Для этого логопед объясняет ребенку, что нужно делать, чтобы получить данный признак согласного (например, звонкость, смычку, щель и пр.) или целостный артикуляционный уклад данного согласного (например, п, т, с и пр.). Для наглядности логопед пользуется артикуляционными профилями, муляжами и другими пособиями. При произнесении отрабатываемых согласных логопед обращает внимание ребенка на состояние своих губ, языка, дает ребенку ощутить рукой наличие или отсутствие вибрации своей гортани и выход воздушной струи через нос или рот и ее характер. Затем ребенок самостоятельно воспроизводит те же

самые согласные перед зеркалом, контролируя правильность своего произнесения с помощью зрения, слуха, тактильных и вибрационных ощущений. В дальнейшем дизартрик дифференцирует произношение сходных артикуляционных укладов согласных и, наконец, отрабатывает их в структуре слов и фраз разной степени сложности.

Кинетическая премоторная корковая дизартрия

При чистых формах этого расстройства отработка произношения отдельных артикуляционных укладов не требуется, задача заключается в том, чтобы научить ребенка сочетанию отдельных артикуляционных укладов в последовательные комплексы – артикуляторные действия, соответствующие слову. Обращать внимание ребенка на качество произношения отдельных звуков вредно, так как это еще больше усугубляет напряженность его артикуляции и послоговое произношение слов. Предметом тренировки становятся целые слова и короткие фразы, при произношении которых внимание больного акцентируется на правильном, несколько подчеркнутом воспроизведении ритмической структуры слова с выделением ударного слога. Внимание ребенка также акцентируется на интонационном контуре целой фразы с выделением слова, находящегося под логическим ударением. Ребенку даются упражнения на произвольное расслабление своих мышц и рекомендуется говорить тихим голосом. Дидактический материал подбирается таким образом, чтобы в нем не было по возможности длинных многосложных слов и слов с трудной звуковой структурой (таких, как встреча, искусственный), так как такие слова выявляют имеющиеся у больного трудности переключения с одного артикуляционного уклада на другой и персеверации [49].

Е. Ф. Архипова в своей книге «Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стёртой дизартрии у детей» представила авторскую методику автоматизации и дифференциации звуков с использованием тактильно-кинестетической стимуляции. По мнению Е.Ф.Архиповой, оптимизирующим процесс автоматизации звуков при стёртой дизартрии

является включение пальцевых упражнений, выполняемых на иппликаторе Кузнецова [4].

Известно о доминирующей роли руки, артикуляционного аппарата в произвольной моторной организации речи, что обуславливает необходимость работы над артикуляцией и одновременным развитием функциональных возможностей пальцев рук. Движение пальцев руки стимулирует созревание центральной нервной системы, и одним из проявлений этого будет совершенствование речи ребенка.

Основной целью работы логопеда при дизартрии является улучшение разборчивости речевого высказывания, обеспечивающее лучшее понимание речи ребенка окружающими.

Достижение данной цели предполагает:

1. Снижение степени проявления двигательных дефектов речевого аппарата, нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата;
2. Развитие речевого дыхания и голоса; формирование силы, продолжительности, звонкости, управляемости голоса в речевом потоке; выработка синхронности голоса, дыхания и артикуляции;
3. Нормализацию просодической системы речи (мелодико-интонационных и темпо-ритмических характеристик речи);
4. Формирование артикуляционного праксиса на этапе постановки, автоматизации и дифференциации звуков речи;
5. Развитие фонематического восприятия и звукового анализа;
6. Нормализацию лексико-грамматических навыков экспрессивной речи;
7. Развитие функциональных возможностей кистей и пальцев рук, коррекция нарушений мелкой моторики [27, 42].

Тактика и содержание коррекционно-логопедического воздействия определяется на основе данных диагностики. Для каждого ребенка

составляется программа, в которой отражаются направления и формы работы, прогноз конечного результата логопедического воздействия [26].

Логопедическая работа при дизартрии, как правило, начинается с ослабления проявлений расстройств иннервации мышц речевого аппарата.

Таким образом, логопедическая работа при дизартрии имеет ряд особенностей, обусловленных характером дефекта.