

The background features a dark blue gradient with faint, light-colored technical diagrams. These include circular gauges with numerical scales (e.g., 40, 150, 160, 170, 180, 190, 200, 210, 220, 230, 240, 250, 260) and various circular and semi-circular lines, some with arrows, suggesting a scientific or engineering theme.

Психолого-педагогическая характеристика
детей с дизартрией. Основные
направления комплексного медико-
психолого -педагогического воздействия
при дизартрии.

НИКОЛАЕВА Л.М.

Дизартрия - нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата.



- Главным отличительным признаком дизартрии от других нарушений произношения является то, что в этом случае страдает не произношение отдельных звуков, а вся произносительная сторона речи. У детей - дизартриков отмечается ограниченная подвижность речевой и мимической мускулатуры. Речь такого ребенка характеризуется нечетким, смазанным звукопроизношением; голос у него слабый, тихий, а иногда, наоборот, резкий; ритм дыхания нарушен; речь теряет свою плавность, темп речи может быть замедленным или ускоренным.



Психолого-педагогическая характеристика детей с дизартрией

- В анамнезе ребенка с симптомами дизартрии, как правило, упоминаются чрезмерное двигательное беспокойство, постоянный и беспричинный плач, стойкие нарушения сна, слабость крика, отказ от груди, трудность удержания соска, вялость акта сосания, частые поперхивания, обильные срыгивания, быстрая утомляемость.
- Показатели психомоторного развития детей колеблются от нормы до выраженной задержки. Дети, как правило, соматически ослаблены, иногда у них отмечается судорожный синдром.
- У значительной части детей с дизартрией речевое развитие замедлено. Первые слова появляются в возрасте 1.5-2 года. Фразовая речь появляется в 2-3 года, а в некоторых случаях - в 4, При этом речь детей остается фонетически не сформированной.

- Общесомоторная сфера детей с дизартрией характеризуется замедленными, неловкими, скованными, недифференцированными движениями. Может отмечаться ограничение объема движений верхних и нижних конечностей, преимущественно с одной стороны, встречаются синкинезии, нарушения мышечного тонуса, экстрапирамидная недостаточность двигательной сферы. Иногда подвижность резко выражена, движения являются непродуктивными и бесцельными.
- Поза Ромберга у детей положительна: отмечаются нарастание мышечного тонуса в руках при подъеме их вверх, легкий тремор пальцев, уход языка в большую сторону, легкие гиперкинезы языка.
- Наиболее ярко недостаточность общей моторики у дошкольников с дизартрией проявляется при выполнении сложных двигательных актов, требующих четкого управления движениями, точной работы различных мышечных групп, правильной пространственно-временной организации движений.

- Нарушения звукопроизношения у детей выражаются в искажениях артикуляции, в смешениях, заменах и пропусках звуков. При этом антропофонические дефекты звукопроизношения явно преобладают над фонологическими, так как расстройства звукопроизношения связаны с паретическими явлениями в отдельных группах мышц органов артикуляционного аппарата. Нарушения произношения шипящих звуков и соноров «р» и «л» вызываются недифференцированностью и малой амплитудой движений кончика языка. Напряжение корня языка, оттянутость его вглубь ротовой полости, выгорбленность приводят к велярному или увулярному ротацизму, смазанному произнесению заднеязычных звуков. Наиболее часто встречающимися искажениями являются боковое произнесение свистящих, шипящих и «р», межзубное произнесение переднеязычных («т», «д», «н», «л», «с»), смягченное произнесение всех согласных звуков: из-за спастического напряжения средней части спинки языка.
- Характерным является упрощение артикуляции, когда сложные звуки заменяются более простыми по своим артикуляторно-акустическим признакам: щелевые звуки - взрывными, звонкие - глухими, шипящие - свистящими, твердые - мягкими, аффрикаты расщепляются на составляющие их звуковые элементы. Как уже отмечалось, особенностью дизартрии является не только недостаточность произвольных артикуляционных движений, но и слабость их кинестетических ощущений.

- Наряду с недостаточностью звукопроизносительной стороны речи отмечают у детей с дизартрией нарушения внимания, памяти, эмоционально-волевой сферы, замедленное формирование ряда высших корковых процессов: пространственного гнозиса, фонематического анализа, конструктивного праксиса. Авторы констатируют быструю истощаемость нервных процессов. Внимание детей характеризуется пониженным уровнем устойчивости и переключаемости. Они не могут длительно концентрировать его, правильно распределять и удерживать на определенном объекте.
- Значительные отклонения выявляются в состоянии речеслуховой и зрительной памяти. Отмечаются трудности запоминания отдельных слов, логически-смыслового запоминания текста, что обуславливается не только расстройством активного внимания, но и нарушениями фонематического слуха, которые являются следствием расстройства артикуляции.

- По причине ухудшения внимания и памяти у детей с дизартрией может отмечаться некоторое вторичное ослабление мыслительной деятельности. Дети данной категории испытывают затруднения, выполняя задания на обобщение предметов методом классификации, при определении последовательности в сериях сюжетных картинок, при установлении причинно-следственных связей и ориентировке во времени, при группировке предметов и фигур по форме, цвету и величине
- Среди особенностей эмоционально-волевой сферы детей с дизартрией можно выделить их легкую возбудимость, неустойчивость настроения, что часто приводит к проблемам поведения. У отдельных детей случаются аффективные вспышки.

Основные направления комплексного медико-психолого-педагогического воздействия при дизартрии:

- Первый блок – медицинский;
- Второй блок – психолого-педагогический;
- Третий блок – логопедическая работа.



- ❖ Первый блок определяет врач-невропатолог. Он назначает медикаментозное лечение, лечебную физкультуру, массаж, физиотерапию и пр.
- ❖ Основные направления работы во втором блоке заключаются в развитии: слухового восприятия, фонематического слуха; зрительного восприятия; стереогноза; пространственных представлений, конструктивного праксиса, графических навыков; внимания, памяти, мышления.
- ❖ Третий блок – логопедическая работа – включает этапы:

- Первый этап – подготовительный (в основном индивидуально): нормализация мышечного тонуса, мимической и артикуляционной мускулатуры с использованием логопедического массажа; нормализация моторики артикуляционного аппарата; нормализация голоса; нормализация речевого дыхания; нормализация просодики; нормализация мелкой моторики рук.
- Второй этап – выработка новых произносительных умений и навыков (в основном индивидуально): развитие фонематического слуха; вызывание конкретного звука; закрепление вызванного звука и его автоматизация; дифференциация поставленного звука в произношении с оппозиционными фонемами. Последовательность постановки звуков индивидуальна. Выработка основных артикуляционных укладов (дорсального, какуминального, альвеолярного, небного).
- Третий этап – выработка коммуникативных умений и навыков. Формирование у ребенка навыков самоконтроля; введение звука в речь в учебной ситуации (заучивание стихов, рассказы, пересказы и т.д.).

Включение в лексический материал просодических средств, различных интонаций, модуляций голоса по высоте и силе, изменение темпа речи и тембра голоса, определение логического ударения, соблюдение пауз и др.

- Четвертый этап – предупреждение или преодоление вторичных нарушений при дизартрии. Устранение фонематических и лексико-грамматических нарушений.
- Пятый этап – подготовка детей к обучению детей в школе. Формирование графо-моторных навыков; формирование психологической готовности к обучению; профилактика дисграфических ошибок.

Логопедическая работа с детьми, страдающими дизартрией базируется на знании структуры речевого дефекта при разных формах дизартрии, механизмов нарушения общей и речевой моторики, учете личностных особенностей детей.