

КЛИНИКА ДИЗАРТРИЙ



ДИЗАРТРИЯ

Дизартрия – (dis – нарушение признака или функции, arthroo – расчленяю) - это нарушение речи, вызванное неполноценностью нервного снабжения (иннервации) мышц речевого аппарата. Это приводит к расстройствам произносительной стороны речи. При отсутствии иннервации мышц речевого аппарата наблюдается полное отсутствие громкой речи - **анартрия**. Дизартрия — одно из проявлений основного неврологического заболевания, вызванного тяжелым органическим поражением головного мозга. Она часто сочетается с нарушениями в общей рефлекторной и двигательной сферах.

Основными **причинами** нарушения иннервации речевых мышц являются:

- внутриутробные инфекции
- тяжелые токсикозы в период беременности у матери
- родовая травма
- перенесенные инфекции центральной нервной системы (менингиты, энцефалиты)
- ишемия головного мозга у новорожденных
- пороки развития нервной системы
- тяжелые наследственные заболевания

БУЛЬБАРНАЯ ДИЗАРТРИЯ

Двигательный механизм речи на физическом уровне обеспечивается различными мозговыми структурами. К наиболее элементарному уровню относятся:

Периферические двигательные нервы, идущие от ядер черепно-мозговых нервов (в стволе мозга) к мышцам речевого аппарата (языка, губ, щек, нёба, нижней челюсти, глотки, гортани, диафрагмы, грудной клетки) и сами **ядра**.

Поражение ядер и их двигательных нейронов дает картину **периферического** паралича (пареза). Нервные импульсы к речевым мышцам не поступают и мышцы становятся вялыми, дряблыми, наблюдается их **атрофия** и **атония**, в результате перерыва спинальной рефлекторной дуги рефлекс с этих мышц исчезают, наступает арефлексия. **Три А — атрофия, атония, арефлексия**. Бульбарная дизартрия обозначается также как **паретическая**.

Это является причиной появления наиболее тяжелой формы дизартрии или анартрии - **бульбарной**. Нередко ей сопутствуют нарушения глотания.

При **бульбарной** дизартрии движения речевых органов резко ограничены в объеме, речевое дыхание и голос слабые, звуки речи не оформлены артикуляционно. Артикуляция гласных сводится к звуку нейтрального характера, а звонких согласных и гласных – к глухому. В целом высказывание неразборчиво.

ПСЕВДОБУЛЬБАРНАЯ ДИЗАРТРИЯ

Мозговыми структурами, обеспечивающими движения речевой мускулатуры следующего уровня, являются **подкорково-мозжечковые ядра** и **проводящие пути**, соединяющие кору мозга и ядра черепно-мозговых нервов (кортико-нуклеарные пути).

При поражении этих структур наблюдаются отдельные проявления **центрального** паралича (пареза) с нарушениями мышечного тонуса (гипертонус), усилением отдельных безусловных рефлексов (гиперрефлексия), увеличение речевых мышц в объеме (гипертрофия). Три **ГИПЕР** - **гипертония, гипертрофия, гиперрефлексия**. Имеет место и гиперсаливация. Псевдобульбарная дизартрия обозначается также как **спастическая**.

Нередко нарушается регуляция мышечного тонуса и последовательность мышечных сокращений речевой мускулатуры, синхронность (координированность) в работе артикуляционного, дыхательного и голосового аппарата. В результате возникают явления насильственного смеха, плача.

При **псевдобульбарной** дизартрии движения речевых органов ограничены в объеме, речевое дыхание шумное, голос напряжен, хриплый, звуки речи не артикуляционно четкие. Речевая просодия характеризуется монотонностью, замедлением темпа, отсутствием плавности, увеличением громкости, снижением эмоциональной выразительности и индивидуального тембра. Артикуляция гласных сдвигается назад, звучание согласных приглушенное. В целом высказывание неразборчиво. Наблюдаются явления насильственного плача и смеха.

ОСОБЕННОСТИ БУЛЬБАРНОЙ И ПСЕВДОБУЛЬБАРНОЙ ДИЗАРТРИЙ В ГРУДНОМ ВОЗРАСТЕ

В рамках раннего периода проявления дизартрии при этих нарушениях у детей грудного возраста отмечаются следующие симптомы: паретичность мышц приводит к **затруднению грудного вскармливания** (прикладывание к груди осуществляется к 3-7 суткам, то есть поздно), характерно **поперхивание**, частое **срыгивание** и **вялость сосания**.

Ранний этап развития детей может сопровождаться в этом случае **отсутствием лепета**, те же звуки, которые если и появляются, звучат **гнусаво**. Дети с задержкой произносят и первые слова (в основном в 2-2,5 года), последующее развитие их речи сопровождается нарушениями артикулирования.

ПОДКОРКОВАЯ (экстрапирамидная) ДИЗАРТРИЯ

Подкорковая дизартрия (от латинских extra – внешне и pyramidalis – пирамидный) – форма дизартрии, которая возникает при поражении подкорковых узлов и их нервных связей. Иногда подкорковая дизартрия также называется **экстрапирамидной** или **гиперкинетической**. Для нее характерно наличие **гиперкинезов** в *лицевой, дыхательной мускулатуре, языке*, а также негибкости мышц (**ригидности**). Соответственно выделяют **гиперкинетическую** и **ригидную** форму подкорковых дизартрий.

Гиперкинезы могут быть в состоянии покоя и усиливаются при попытке к произвольному движению. **Произношение отдельных звуков**, как правило, **сохранно**. Общая разборчивость речи зависит от управления речевым дыханием и голосом и от силы голоса. Голос у большинства больных глухой, напряженный и затухающий к концу фразы. Отсутствует плавность речи. Наблюдается дискоординация движений дыхательных и артикуляционных мышц. Часто повышен тонус мышц шеи и плечевого пояса. Часто наблюдается саливация. При резких спазмах речь невозможна. Подкорковая дизартрия нередко сочетается с дискоординациями в общей двигательной сфере, нарушениями слуха по типу нейросенсорной тугоухости.

Поскольку активирующие кору пути проходят из глубины мозга в кору через подкорку, при подкорковой дизартрии могут быть ослаблены функции внимания и памяти, речи а как следствие — и мышления.

К отдельным видам подкорковой дизартрии относятся нарушения темпа речи — **брадилалии** (патологическая замедленность) и **тахилалии** (патологическое убыстрение речи). Они тоже — результат нарушения координированной работы ядер стриопаллидарной системы.

К этим нарушениям примыкают некоторые формы **органического заикания**, обусловленные поломкой механизма ритмического регулирования речи со стороны этих же ядер. Таким образом, брадилалии и тахилалии — это результат неполноценности **темповых** механизмов подкорки, а органическое заикание — **ритмических**.

Может иметь место и сочетание этих нарушений, обуславливающих форму дизартрии с нарушением **темпово-ритмических** характеристик высказывания.

К подкорковым дизартриям относится также **паркинсоническая дизартрия**, которая диагностируется при паркинсонизме. Основные особенности заключаются в **невывразительности** и **замедленности** речи, а также в общем нарушении **голосовой модуляции**.

Отдельные формы дизартрий — это мозжечковая и холодовая.

Мозжечковая дизартрия обуславливается поражением мозжечка и его проводящих путей. Нарушается **тактика** речевого акта, речь становится **скандированной** и **растянутой**, ослабляются модуляции голоса, меняется громкость речи. Речь сопровождается атаксиями (выкриками).

Холодовая дизартрия обуславливается, как и экстрапирамидная (подкорковая) поражением стриопаллидарной системы. Нарушения речи обусловлены миастенией (ослаблением) артикуляционных мышц и возникают при нахождении в условиях пониженной температуры (например, разговоре на улице при холодной погоде).

КОРКОВАЯ ДИЗАРТРИЯ

Корковая дизартрия, обуславливается поражением отделов **коры мозга**, иннервирующих акты артикуляции. В результате возникает **артикуляционная апраксия**: **афферентная** при поражении теменной зоны левого полушария и **эфферентная** при поражении премоторной зоны левого полушария.

Вопрос об обозначении данного нарушения речи до сих пор не является решенным: одни авторы предпочитают термин **артикуляционная апраксия**, другие — **корковая дизартрия**.

Независимо от этого, всеми исследователями признается, что **дифференциально диагностическими критериями** этого нарушения речи, даже при грубых расстройствах артикулирования, является сохранность понимания речи, чтения и письма.

СТЕРТАЯ ДИЗАРТРИЯ

Стертая дизартрия - это легкие проявления смазанности речи. Причины этого те же, что и при нестертой дизартрии, только носят ослабленный характер.

Большинство звуков **изолированно** может произноситься **верно**, но в речевом потоке они слабо дифференцированы. При отсутствии ограничения в движениях языка и губ наблюдается **неточность движений** и **недостаточность их силы**. Эту форму дизартрии легко спутать с дислалией. А.Н. Корнев считает даже, что стертая дизартрия занимает промежуточное положение между дислалией и дизартрией.

Р.И. Мартынова отмечает, что у детей со стертой дизартрией присутствует негрубая, но **разнообразная неврологическая симптоматика**: стертые парезы, изменения тонуса мышц, гиперкинезы в мимической и артикуляционной мускулатуре, патологические рефлекссы, нарушения иннервации речевой мускулатуры со стороны черепно-мозговых нервов.

Формы стертой дизартрии те же, что и нестертой, но симптомы нарушений речи менее явные.

НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ПРИ СТЕРТОЙ ДИЗАРТРИИ

Неврологический статус при стертой дизартрии может быть отмечен наличием **микросимптоматики**, которая обусловлена сопутствующими поражениями ЦНС.

Это:

- стертые формы парезов (форма ослабления произвольных движений);
- слабовыраженные формы гиперкинезов (автоматические движения насильственного характера, возникающие в результате сокращения мышц, осуществляемого непроизвольным образом), проявляющиеся в лицевой мимической мускулатуре;
- изменения мышечного тонуса;
- появление тех или иных форм патологических рефлексов и пр.

СИСТЕМНЫЕ НАРУШЕНИЯ ВПФ ПРИ ДИЗАРТРИИ

Ввиду грубости органических поражений нередко имеет место **системная неполноценность** развития неречевых ВПФ, обусловленная тормозными восходящими влияниями пораженных структур мозга на кору.

Среди системных нарушений ВПФ наиболее значимы **задержки психоречевого развития**, замедленность и снижение интенсивности процессов внимания, памяти, мышления. Однако в отличие от умственно отсталых детей, интеллектуальный дефект которых носит тотальный характер и захватывает все виды мыслительной деятельности, у детей даже с тяжелыми дизартриями отмечается лишь неравномерное интеллектуальное развитие.

Диагностика этих нарушений осложняется наличием расстройств речи. В связи с этим акцент делается на методы обследования, не требующие развернутых речевых ответов.

Восполнения дефицита неречевых ВПФ при дизартрии требует специальных усилий в виде осуществления ряда мер направленного коррекционного воздействия с самых ранних этапов онтогенеза.

ДИЗАРТРИЯ ПРИ ДЦП



У детей с ДЦП дизартрия, как правило, является смешанной. В ее картине присутствуют все виды дизартрий. Это обусловлено обширностью и разноуровневостью поражения мозговых структур. Принято ее симптоматологическое (синдромологическое), а не топическое обозначение (И.И. Панченко), то есть формы дизартрии выделяются не на основании того, какая структура пострадала — ядра ЧМН и их периферические отростки (бульбарная) или центральные отростки этих ядер (псевдобульбарная) и т. д., а на основании того, какое главное мышечное проявление.

Паретическая — **бульбарная** (поражены ядра ЧМН и их периферические нейроны)

Спастическая — **псевдобульбарная** (поражены проводящие пути, соединяющие кору с ядрами ЧМН)

Гиперкинетическая и **ригидная** - **подкорковые** (поражены подкорковые ядра)

Атактическая - **мозжечковая** (поражен мозжечок)

Наиболее часто встречаются сочетание этих дизартрий.

ВИДЫ ДИЗАРТРИИ ПРИ ДЦП

На основе такого синдромологического подхода выделяют следующие формы дизартрии применительно к детям с церебральным параличом:

наиболее часто встречающиеся при ДЦП формы дизартрии:

- **Спастика-паретическую** (псевдобульбано-бульбарная)
- **Спастика-ригидную** (псевдобульбарно-подкорковая)
- **Спастика-гиперкинетическую** (псевдобульбарно-подкорковая)
- **Спастика-атактическую** (псевдобульбарно-мозжечковая)
- **Атактико-гиперкинетическую** (мозжечково-подкорковая)

Эти виды дизартрии характеризуют состояние произносительной стороны речи, но не информативны в отношении системных следствий. Обусловлено это тем, что далеко не все особенности психической сферы, которые имеют место при ДЦП, определяются речевыми расстройствами. Значима вся картина поражения мозга.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ДЦП

Для детей с ДЦП характерны специфические отклонения в психическом развитии. Механизм этих нарушений сложен и определяется как **временем поражения мозга**, так и **степенью** и **локализацией** мозгового поражения. Проблеме психических нарушений у детей, страдающих церебральным параличом, посвящено значительное количество работ отечественных специалистов (Е.М. Мастюкова, И.Ю. Левченко, Е.И. Кириченко, С.Н. Шаховская и др.).

Картина нарушений при ДЦП характеризуется мозаичностью. В ней сочетаются различные двигательные, речевые и сенсорные дефекты. Многие из них обусловлены **ограничением социальных контактов**, условий обучения и воспитания, возникающим и в связи с двигательными расстройствами.

В целом при ДЦП нарушено формирование познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности.

Среди мозговых механизмов этих расстройств особенно значимо нарушение координированного взаимодействия различных анализаторных систем. Часто имеющая место патология зрения, слуха, мышечно-суставного чувства существенно сказывается на восприятии в целом, **ограничивает объем информации**, затрудняет интеллектуальную деятельность детей с церебральным параличом.

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ДЦП

При многих формах ДЦП имеют место **кинестетическая апраксия**, затрудняющая определение положения и направления движений пальцев рук без зрительного контроля (с закрытыми глазами) . Затруднено узнавание предметов на ощупь (**астереогноз**). Осложнено и манипулирование с предметами, необходимое для формирования наглядно-действенного мышления.

У детей выражены **нарушения схемы тела**. Трудно формируется представление о ведущей руке, о частях лица и тела, о правой и левой стороне тела. Нелегко осваиваются и пространственные координаты.

При ДЦП характерна **замедленность, истощаемость психических процессов**, трудности переключения на другие виды деятельности, **недостаточность концентрации внимания, снижение объема памяти**.

Часто имеет место **сниженная познавательная активность**, что проявляется в недостаточном интересе к заданиям, плохой сосредоточенности, повышенной утомляемости.

СОСТОЯНИЕ ИНТЕЛЛЕКТА ПРИ ДЦП

Состояние интеллекта у разных детей с ДЦП различно. Одни из них имеют нормальный или близкий к нормальному интеллект, у других наблюдается **задержка психического развития** (ЗПР), у части детей имеет место **умственная отсталость**. Дети без отклонений в психическом (в частности, интеллектуальном) развитии встречаются относительно редко. ЗПР — у очень многих детей этой категории, но чаще всего, при своевременной и правильной помощи взрослых, наблюдается **благоприятная динамика** дальнейшего умственного развития детей. При адекватной коррекционно-педагогической работе многие дети **догоняют сверстников в умственном развитии**.

Речевые нарушения у детей с ДЦП определяются как состоянием мышц речевого аппарата, так и степенью активности корковых структур, благодаря которым происходит научение. Поскольку у разных детей эти показатели разные, то **единой картины речевых расстройств при ДЦП** не имеется. У одних детей более нарушена произносительная сторона речи (дизартрия), у других к ней добавляются симптомы неполноценности языкового **уровня речевой системы (трудности понимания слов с пространственным значением, предлогов, сложных оборотов и пр.)**, то есть ОНР разной степени выраженности.

ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СФЕРА ПРИ ДЦП

Для детей с ДЦП характерны разнообразные расстройства **эмоционально-волевой** сферы. У одних они проявляются в виде **повышенной эмоциональной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности**, у других — в виде **заторможенности, застенчивости, робости**. Склонность к колебаниям настроения часто сочетается с инертностью эмоциональных реакций. Повышенная эмоциональная возбудимость нередко сочетается с плаксивостью, раздражительностью, капризностью, реакцией протеста, которые усиливаются в новой для ребенка обстановке и при утомлении. Иногда отмечается радостное, приподнятое, благодушное настроение со **снижением критики к своему состоянию**.

Нарушения поведения встречаются достаточно часто и могут проявляться в виде двигательной расторможенности, агрессии, реакции протеста по отношению к окружающим. У некоторых детей можно наблюдать состояние полного безразличия, равнодушия, безучастного отношения к окружающим. Следует подчеркнуть, что нарушения поведения отмечаются не у всех детей с церебральным параличом; у детей с сохранным интеллектом — реже.

ОСОБЕННОСТИ РАЗНЫХ СИНДРОМОВ ДЦП

Вероятность присутствия тех или иных речевых расстройств определяется **близостью очага поражения** двигательной сферы к тем структурам мозга, которые обеспечивают **РЕЧЬ** на уровне коры.

Особенно часто дефицитарность формирования ВПФ обусловлена тормозными влияниями на кору мозга со стороны его глубины. В этом случае в двигательной сфере **дискоординации** и **гиперкинезы** выражены более, чем параличи и парезы. Данный факт свидетельствует о **важности координационных актов** и у здоровых детей. Те из них, у кого они не сформированы в нужном объеме и качестве, часто недостаточно активны и в интеллектуальном плане.

Таким образом, **не имеет места соответствие грубости параличей и парезов конечностей, входящих в синдром, и степени тяжести речевых и психических отклонений.**

КАЗУСЫ ДЦП

Мозаика неврологической симптоматики обуславливает существенно разные системные влияния на психику ребенка. Важны локализация очагов поражения, размер, время поражения и многие другие факторы. При этом целый ряд феноменов этого комплексного нарушения остается не вполне ясным.

Почему среди людей с грубой формой ДЦП имеются не только психологически полноценные, даже **гении**?

Пример:

Стивен Уильям Хокинг (англ. Stephen William Hawking, Оксфорд, Великобритания) — английский физик-теоретик. Учился в Оксфорде, затем в Кембридже, где стал профессором математики. Изучал теорию возникновения мира в результате Большого взрыва и сделал много открытий в теории чёрных дыр. Открыл, что маленькие черные дыры теряют энергию, испуская излучение Хокинга, и, в конце концов, «испаряются». Популяризатор науки. Написал ряд сценариев к научно-популярным фильмам, которые пользуются большим интересом со стороны разных людей.

КОРРЕКЦИЯ СИСТЕМНЫХ НАРУШЕНИЙ НЕРЕЧЕВЫХ ВПФ ПРИ ДИЗАРТРИЯХ



ПОДХОДЫ К ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЕ ПО УСТРАНЕНИЮ РАССТРОЙСТВ НЕРЕЧЕВЫХ ВПФ ПРИ ДИЗАРТРИИ

Методы логопедической работы по коррекции произносительной стороны речи при разных формах дизартрии достаточно подробно разработаны и освещены в литературе. Мне известны особенности логопедического воздействия, вызванные теми нарушениями неречевых ВПФ, которые являются **следствием дефектов речи при дизартрии**. Поскольку их качество и степень выраженности при разных формах дизартрии различна, необходимо учитывать **специфику** последствий речевых расстройств при каждой из форм этого вида патологии речи и применять не только конкретные приемы работы, но и основываться на собственном творческом подходе к индивидуальным особенностям реакций каждого больного на свое состояние.

ЛОГОПЕДИЯ ПРИ БУЛЬБАРНОЙ ДИЗАРТРИИ

При *бульбарной дизартрии* основным следствием наличия грубого дефекта произносительной стороны речи является проявление общей дезадаптации в окружающей действительности, вызванной трудностями речевой коммуникации с окружающими и ограничением движений, необходимых для освоения пространства их жизни. Специфические значимые нарушения мышления, памяти, внимания присутствуют редко.

Одни дети этой категории реагируют снижением установок на познание, другие — раздражительностью, плаксивостью и пр.

Во всех случаях основной задачей логопеда является создание благоприятного эмоционального фона проведения специфической работы по коррекции речевого расстройства. Для этого в курс занятий необходимо включение психотерапевтических установок, которые направлены на смягчение негативного психологического реагирования. Тональная «окрашенность» используемых приемов должна отличаться энергичностью («передачей» ему собственной энергии): подчеркнуто **мажорный стиль** обращений к ребенку, убеждение его в том, что он может выполнить задание лучше: **«Старайся!»** - вот основной девиз общения специалиста с ребенком.

Необходимо также постоянное, усиленное пополнение уровня его **осведомленности** о самых разных явлениях жизни доступными ему средствами: рассматривание картинок, чтение ему детской литературы, при отсутствии плегий — рисование, лепка, конструирование, раннее обучение грамоте (чтению и письму), чтобы восполнить дефицит устной речи.

ЛОГОПЕДИЯ ПРИ ПСЕВДОБУЛЬБАРНОЙ ДИЗАРТРИИ

При псевдобульбарной дизартрии основные задачи логопедической работы те же, что и при бульбарной, однако приёмы создания благоприятного эмоционального фона занятий иные. Тональная «окрашенность» используемых приемов должна отличаться **спокойствием**, отсутствием эмоционально возбуждающих жестов и восклицаний: подчеркнуто **седативный стиль** обращений к ребенку, убеждение его в том, что он может выполнить задание, не напрягаясь: **«Не старайся, делай все легко!»** - вот основной девиз общения специалиста с ребенком при этом нарушении речи.

Такая же установка должна быть дана по ходу выполнения ребенком артикуляционной гимнастики и коррекции произношения звуков речи и слов: «Не напрягай губы, язык, почти не двигай ими, говори тихо и т.п.», - вот девиз обращений логопеда к ребенку. Если же ему дать установку на старание, тонус лицевых и артикуляционных мышц еще более повысится, усилится саливации. Могут быть спровоцированы насильственный смех или плач. Вторично появятся элементы блокирования внимания.

Работа по повышению уровня осведомленности ребенка тоже необходима, так же, как и при бульбарной дизартрии. Методы ее те же.

ЛОГОПЕДИЯ ПРИ ПОДКОРКОВЫХ ДИЗАРТРИЯХ

Эти дизартрии нередко приводят к специфическим нарушениям неречевых ВПФ, обусловленным тормозным влиянием «глубины» мозга на его кору (через двигательные подкорковые ядра проходят восходящие, активирующие проводящие пути).

Отсюда вытекает необходимость использования **прямых методов работы, стимулирующих** функции мышления, памяти, внимания. К ним относятся выполнение различных невербальных заданий на активизацию конструктивного мышления (фрагменты тестов Векслера, Равена и др.), понимания стилизованных рисунков разной степени сложности, рисование с подбором карандашей и красок, которые ребенок может удержать в руке, отгадывание загадок, чтение ему детской литературы, подготовка к обучению грамоте и математическим операциям).

Необходимо при этом учитывать особенности эмоционального реагирования детей с подкорковыми дизартриями, особенно гиперкинетическими. При эмоциональном перевозбуждении или передозировках в объеме обучающего материала ребенок может стать отстраненным или дать различные протестные реакции.

Особое значение имеет задача коррекции двигательных координаций и их ритмической основы. Здесь следует использовать доступные приемы логопедической ритмики, элементов психодрамы. Входя в образ какого-либо персонажа, например, животного, ребенок непроизвольно «подгоняет» под него свои движения.

От успехов, достигаемых в общей двигательной сфере в существенной мере зависит и результат коррекции речевой функции, поскольку координации в ней и в речевых движениях много общих механизмов.

ЗНАЧЕНИЕ ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННЫХ МЕТОДОВ

Механизмы, участвующие в координации речевых мышц и движений речевых органов, во многом **совпадают** с теми, которые обеспечивают координацию мышц и движений тела. В связи с этим в логопедической работе при дизартрии полезно использовать элементы существующих **телесно-ориентированных методик**.

Основателем телесной терапии является Вильгельм Райх. В основу своей методики он положил убеждение, что функционирование всякого организма, в том числе и относительно здорового, и движения тела необходимо время от времени налаживать и совершенствовать с помощью **прямого телесного воздействия**. Однако применение ее имеет более широкие границы. В частности, некоторые из методов полезны и при грубых патологиях, включая ранний детский аутизм, при котором задача налаживания телесных контактов одна из основных.

Помимо методов избирательного управления мышцами той или иной части тела в телесно-ориентированные методики входят различные телесные контакты, в том числе и в танце.

ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ

В. Райх структурировал свою методику **по частям тела**.

- 1. Глаза.** Вращение глазами и смотрение по сторонам способствует успокоению и активизации зрительного восприятия.
- 2. Рот, мышцы подбородка, затылка и горла.** Этот сегмент считается отвечающим за эмоциональную блокировку гнева, крика, плача. Снять блок можно произнося звуки, активирующие губы, кусанием губ и просто работая над конкретными мышцами.
- 3. Шея.** В данный сегмент входят мышцы шеи и языка. отдел тела сдерживает гнев, крик и плач. Мышцы тренируются с помощью криков протяжных криков.
- 4. Грудь** (широкие грудные мышцы, мышцы плеч, лопаток, руки с кистями) сдерживает такие эмоции как смех, печаль, аффект. Происходит подавление эмоций благодаря сдерживанию дыхания. В этом случае необходима работа над дыханием, к примеру, делая полные выдохи.

5. **Диафрагма.** Мышечный зажим в этом сегменте сдерживает сильный гнев. Он регулируется с помощью спокойного, ровного дыхания.
6. **Живот.** Сюда входят широкие мышцы живота и спинные мышцы. Напряжение этих мышц считается связанным со страхом. Сам же панцирь живота связан со злостью, неприязнью. Тренировать мышцы живота, расслабляться следует лежа, используя кинестетический контакт руки и мышц живота.
7. **Таз** (все мышцы таза и нижних конечностей). Этот отдел тела считается связанным с возбуждением, гневом, удовольствием. Он может регулироваться с помощью круговых движений тазом и движений ног.

ЛОГОПЕДИЯ ПРИ МОЗЖЕЧКОВЫХ ДИЗАРТРИЯХ

Неспецифические приемы логопедической работы при мозжечковой дизартрии определяются, прежде всего, необходимостью выработки у детей **тактики движений**, то есть устранения атаксий. Эта задача требует использования методов, повышающих ощущение плавности перехода от одного движения к другому.

В этом случае целесообразно использование различных **телесно-ориентированных** методов работы (см. методы работы при подкорковых дизартриях). При этом их следует модифицировать соответственно задаче выработки ощущения плавности движений. Здесь также полезны **элементы психодрамы**.

Ощущение плавности телесных движений переносится на движения речевых мышц.

ЛОГОПЕДИЯ ПРИ КОРКОВЫХ ДИЗАРТРИЯХ

Специфические методы работы при корковых дизартриях состоят в преодолении симптомов афферентной и эфферентной артикуляционной апраксии. Неспецифические методы зависят от степени грубости артикуляционной апраксии. При легкой степени нарушений афферентного артикуляционного праксиса речевой дефект ограничивается дислалией, наличие которой не сказывается заметно на общем психическом развитии ребенка. При грубой степени выраженности артикуляционной апраксии, включая эфферентную, может отсутствовать не только экспрессивная, но и импрессивная речь, и в этом случае значимо **задерживается развитие мышления**. К логопедическим методам коррекции речи добавляется работа по стимуляции развития мышления. Прежде всего в ней значимы неречевые приемы стимуляции, такие как рассматривание картинок (реальных и стилизованных), рисование, прослушивание предложений с опорой на картинки, раннее обучение грамоте, счетным операциям и приемам конструктивной деятельности.

Большое значение имеет и стимуляция ритмической функции. Это обусловлено едиными истоками неречевого и речевого ритма, осуществляемыми глубинными структурами мозга.

ОБОБЩЕНИЕ

Неречевые ВПФ нарушаются не при всех формах дизартрии и не в равной степени. Если они имеются, то носят характер преимущественно задержек, обусловленных осложненными условиями развития или же общностью механизмов подкорковых процессов и активирующих кору мозга.

Содержание логопедической работы при дизартрии должно включать не только методики коррекции произносительной стороны речи, но и операций языкового уровня мозгового обеспечения речевой функции в целом, а также стимуляцию основных неречевых ВПФ - эмоций, внимания, памяти, мышления.