

О.Г. Приходько

**Ранняя помощь
детям
с двигательной патологией**

Методическое пособие

Издательство КАРО

Санкт-Петербург

2006

Приходько О.Г. Ранняя помощь детям с двигательной патологией первые годы жизни: Методическое пособие. СПб.: КАРО, 2006. - 112 с.

Методическое пособие содержит данные об особенностях развития и комплексной коррекции нарушений развития у детей с двигательной патологией в первые годы жизни. В книге проанализирован процесс формирования двигательных функций, описаны этапы познавательного, доречевого и речевого развития ребенка в онтогенезе. Систематизированы клинические проявления задержки моторного и психоречевого развития, позволившие автору вынести на обсуждение различные варианты отклоняющегося развития; представлены методы коррекции нарушений познавательного и речевого развития у детей раннего возраста.

Пособие адресовано дефектологам, логопедам, психологам и всем специалистам, работающим в системе реабилитации детей раннего возраста, а также родителям.

© Приходько О.Г., 2006

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

1. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОТОРНОГО, ПОЗНАВАТЕЛЬНОГО И РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ ПРИ НОРМАЛЬНОМ И НАРУШЕННОМ ПСИХОФИЗИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ.

1.1. РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ

1.2. РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ (ОТ ГОДА ДО ТРЕХ ЛЕТ).

2. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ДВИГАТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.

3. КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩАЯ ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В ПЕРВЫЕ ГОДЫ ЖИЗНИ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

В последние десятилетия в коррекционной педагогике нарастает интерес к проблеме ранней комплексной помощи детям с отклонениями в развитии (Е.Ф.Архипова, Е.Р.Баенская, И.А.Выродова, О.Е.Громова, Н.Н.Малофеев, Ю.А.Разенкова, Е.А.Стребелева, Н.Д.Шматко и др.). Младенческий и ранний возраст (с рождения до 3 лет) в жизни ребенка является наиболее ответственным (сензитивным) для развития моторных функций, познавательной деятельности и речи.

В последние годы отмечается рост числа детей, родившихся с признаками перинатального поражения центральной нервной системы. Перинатальные поражения ЦНС объединяют различные патологические состояния, обусловленные воздействием на плод вредоносных факторов во внутриутробном периоде, во время родов и в ранние сроки после рождения. Ведущее место в перинатальной патологии ЦНС занимают асфиксия и внутричерепная родовая травма, которые чаще всего поражают нервную систему аномально развивающегося плода. По данным разных авторов, ПЭП встречается до 83,3% случаев.

Раннее поражение мозга почти всегда в дальнейшем проявляется в той или иной степени нарушенным развитием. ПЭП является фактором риска по возникновению у ребенка двигательной патологии. Несмотря на равную вероятность поражения всех отделов нервной системы, при действии патогенных факторов на развивающийся мозг, прежде всего и сильнее всего страдает именно двигательный анализатор. В силу того, что страдает незрелый мозг, дальнейшие темпы его созревания замедляются. Нарушается порядок включения структур мозга по мере их созревания в функциональные системы.

У детей с перинатальной церебральной патологией постепенно по мере созревания мозга выявляются признаки повреждения или нарушения развития различных звеньев двигательного анализатора, а также психического, доречевого и речевого развития. С возрастом, при отсутствии адекватной лечебно-педагогической помощи постепенно формируется более сложная патология, нарушения развития закрепляются, что часто приводит к исходу заболевания в детский церебральный паралич (ДЦП).

Основную массу детей с двигательной патологией составляют дети с церебральным параличом (89%). Однако на первом году жизни диагноз «детский церебральный паралич» ставится только тем детям, у которых ярко выражены тяжелые двигательные расстройства: нарушения тонуса мышц, ограничение их подвижности, патологические тонические рефлексы, произвольные насильственные движения (гиперкинезы и тремор), нарушения координации движений и т.д. Остальным детям с церебральной патологией

ставится диагноз *«перинатальная энцефалопатия; синдром церебрального паралича (или синдром двигательных расстройств)»*.

У детей с синдромами двигательных расстройств и с ДЦП задержано и в той или иной степени нарушено овладение всеми двигательными функциями: с трудом и опозданием формируются функция удержания головы, навыки самостоятельного сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. Двигательные нарушения, в свою очередь, оказывают неблагоприятное влияние на формирование психических и речевых функций. Именно поэтому так важно как можно раньше выявлять нарушения в двигательной сфере ребенка. Степень тяжести двигательных нарушений варьирует в большом диапазоне, где на одном полюсе находятся грубые двигательные расстройства, а на другом - минимальные. Речевые и психические нарушения, так же как и двигательные, варьируют в широких пределах, и может наблюдаться целая гамма различных сочетаний. Например, при грубых двигательных нарушениях психические и речевые расстройства могут быть минимальными, а при легких двигательных расстройствах нередко встречаются тяжелые нарушения психики и речи.

Многолетние исследования показали, что в случае раннего выявления в первые месяцы жизни и организации адекватной коррекционной работы можно достичь значительных успехов в преодолении перинатальной патологии. Исследования К.А.Семеновой, Л.О.Бадаляна, Е.М.Мастюковой показывают, что при условии ранней диагностики – не позднее 4-6-месячного возраста ребенка – и раннего начала адекватного систематического медико-педагогического воздействия практическое выздоровление и нормализация различных функций могут быть достигнуты в 60-70% случаев к 2-3-летнему возрасту. В случае позднего выявления детей с перинатальной патологией и отсутствия адекватной коррекционной работы возникновение тяжелых двигательных, психических и речевых нарушений является более вероятным.

В настоящее время существуют эффективные методы клинической диагностики ПЭП на первом году жизни. При выявлении нарушений психомоторного развития, свидетельствующих о поражении головного мозга, необходимо организовать работу по их преодолению. Ведущую роль при этом играет врач-невропатолог. Он назначает восстановительное лечение, дает рекомендации по режиму. Но важная роль принадлежит также инструктору ЛФК, педагогу-дефектологу, логопеду и, конечно, родителям.

1. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОТОРНОГО, ПОЗНАВАТЕЛЬНОГО И РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ ПРИ НОРМАЛЬНОМ И НАРУШЕННОМ ПСИХОФИЗИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ.

1.1. РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ

Развитие ребенка на первом году можно условно разделить на 5 основных этапов: I - период новорожденности; II - 1-3 мес.; III - 3-6 мес.; IV - 6-9 мес.; V - 9-12 мес. На каждом возрастном этапе формируются специфические функции, которые служат показателями возрастного развития и определяют его последовательный ход. Для выявления нарушений психомоторного развития на первом году жизни, прежде всего, необходимо знать основные этапы развития здорового ребенка.

I. Период новорожденности.

Моторное развитие.

Для новорожденного ребенка характерна сгибательная поза. Руки согнуты во всех суставах, приведены к грудной клетке, кисти сжаты в кулачки, большой палец приведен к ладони. Ноги несколько согнуты во всех суставах. Спонтанная двигательная активность проявляется в виде хаотичных некоординированных движений. У ребенка в норме можно вызвать рефлексы врожденного автоматизма: защитный, хватательный, Моро, опоры, автоматической ходьбы, ползания, Галанта. К 3-ей неделе ребенок в положении на животе делает попытку приподнять голову. К концу первого месяца жизни у ребенка формируется лабиринтный выпрямляющий установочный рефлекс на голову (в положении на животе или на спине ребенок поднимает и удерживает голову).

При нарушении моторного развития в период новорожденности у детей могут отмечаться различные варианты нарушений мышечного тонуса. Гипертонус мышц (повышение мышечного тонуса) выражается в общей скованности: при всех манипуляциях ребенок сохраняет сгибательную позу. Руки согнуты и приведены к туловищу. При мышечной гипотонии ребенок, наоборот, лежит с разогнутыми во всех суставах конечностями. Мышечная гипотония у новорожденных встречается чаще и может быть симптомом многих неврологических заболеваний. Объем пассивных движений значительно увеличен. Спонтанная двигательная активность снижена. Безусловные рефлексы чаще угнетены. К концу первого месяца жизни у ребенка не формируется лабиринтный установочный рефлекс на голову.

Познавательное развитие.

В период новорожденности при нормальном развитии идет формирование зрительных и слуховых ориентировочных реакций: в возрасте 10 дней - ребенок удерживает в поле зрения движущийся предмет (ступенчатое слежение), в возрасте 20 дней - неподвижный предмет (лицо взрослого). Плачущий ребенок умолкает и прислушивается при сильном звуковом раздражителе. В возрасте 1 месяца отмечается зрительное сосредоточение и плавное прослеживание движущегося предмета; длительное слуховое сосредоточение (прислушивается к звуку игрушки, голосу взрослого). В ответ на ласковое обращение взрослого у ребенка появляется положительная эмоциональная реакция в виде "ротового внимания" и улыбки.

Нарушение познавательного развития у детей с двигательной патологией проявляется в том, что даже к концу периода новорожденности у них часто нет зрительного и слухового сосредоточения, "ротового внимания", прослеживания движущегося предмета. Оптические и слуховые раздражители вызывают защитно-оборонительные реакции в виде вздрагивания, мигания век, плача. Имеющиеся у некоторых детей ориентировочные реакции носят слабо выраженный познавательный характер. Период бодрствования короткий, на его фоне возникают отрицательные реакции. Нередко дети много и беспричинно кричат или, наоборот, сонливы. Эмоциональное общение детей с окружающими выражено слабо (они не улыбаются).

Доречевое развитие.

Первый период доречевого развития - безусловно-рефлекторный, когда ведущее значение для жизнедеятельности организма имеют безусловные пищевые и защитные рефлексы. Голосовые реакции - звуки, произносимые новорожденным и неотделимые от его жизненно важных физиологических функций. Помимо крика к голосовым реакциям новорожденного относят кашель, чихание, звуки при сосании, зевании. Крик в норме громкий, чистый, среднего или низкого тона, с коротким вдохом и удлиненным выдохом (*ya-a-a*-), длительностью не менее 1-2 секунд, без интонационной выразительности. Временами ребенок издает отдельные гортанные звуки, средние между *a* и *э*.

У детей выявляются следующие безусловные пищевые и оборонительные рефлексы, которые при нормальном развитии проявляются с рождения, а затем постепенно ослабевают и угасают:

1. Ладонно-рото-головной рефлекс (Бабкина). Вызывается давлением на ладонь в области возвышения большого пальца, при этом рот открывается, голова сгибается. Ослабевает к концу 1-го месяца жизни и пропадает к 3-м месяцам.

2. Губной рефлекс. При похлопывании по одному из углов полуоткрытого рта возникает произвольное движение губ, закрывание рта - подготовка к сосанию. После 6 недель рефлекс постепенно угасает.

3. Хоботковый рефлекс. Раздражение в области середины верхней губы вызывает рефлекторное движение губ вперед, они вытягиваются в "хоботок" (рефлекс подготовки к сосанию). Угасает после 6 недель.

4. Поисковый рефлекс. Раздражение щеки в области угла рта вызывает движение губ в сторону раздражителя (рефлекс подготовки к сосанию). Угасает после 6 недель.

5. Сосательный рефлекс. При тактильном раздражении губ, передней поверхности языка и твердого неба возникают сосательные движения. Нежное движение раздражителя (соски или пальца) ускоряет и усиливает активность сосательных движений. Рефлекс гаснет в возрасте от 4-х месяцев до 1 года.

6. Глотательный рефлекс. Вызывается тактильной стимуляцией корня языка, неба, задней стенки глотки. Обычно глотание следует за сосательной активностью. Но в период новорожденности глотание предшествует сосательному рефлексу. Изменение в схеме глотания и сосания начинается с 12 недель.

7. Рот-открывающий рефлекс. Вызывается зрительной стимуляцией - при виде груди или бутылки с молоком происходит рефлекторное открывание рта (условный сосательный рефлекс). Возникает в 4 месяца, начинает угасать с 6 месяцев.

8. Жевательный рефлекс появляется с 7 месяцев и вызывается тактильной стимуляцией десен или зубов.

Нарушение доречевого развития проявляется в том, что различные патологические состояния могут приводить к затруднению или невозможности осуществления даже примитивных голосовых реакций. Нарушения тонуса артикуляционной и дыхательной мускулатуры делают крик ребенка слабым, коротким, высокого тона. При крике может отсутствовать преобладание второй фазы (*ya* вместо *ya-a-a*). Иногда изменяется и звуковая сторона крика. Он может быть пронзительным, резким или очень тихим, в виде отдельных всхлипываний или вскрикиваний, которые ребенок обычно производит на вдохе. Крик бывает настолько тихим, что только по мимическим реакциям (grimаса на лице) можно догадаться, что ребенок плачет. В тяжелых случаях крик может отсутствовать совсем (афония). Иногда отмечается хныканье, несвойственное здоровым новорожденным. У ре-

бенка со слабостью дыхательной мускулатуры ослаблен или отсутствует кашлевой толчок, он плохо чихает.

Голосовые реакции новорожденного с двигательными нарушениями могут быть бедными или отсутствовать совсем вследствие угнетения центральной нервной системы. В этом случае ребенок не произносит даже отдельные гортанные звуки.

В первые недели и месяцы жизни у детей с двигательной патологией рефлекс орального автоматизма чаще всего ослаблены, угнетены или не проявляются совсем, что затрудняет кормление детей и препятствует развитию голосовых реакций.

II период (1-3 месяца.)

Моторное развитие.

Сгибательная поза еще сохраняется, но уже менее выражена. Наблюдается нарастание объема движений в конечностях, особенно активизируются руки. Ребенок может подносить их ко рту. К концу периода он может короткое время удерживать вложенную в руку игрушку; совершает активные повороты головой в стороны, особенно на звуковой стимул. На третьем месяце, лежа на спине, малыш пытается поднять голову.

К третьему месяцу в положении на животе, поднимая голову, ребенок опирается на предплечья, руки полуразогнуты в локтевых суставах. В начале периода безусловные рефлекс ярко выражены, к его концу они начинают угасать.

При нарушении двигательного развития тонус мышц-сгибателей остается повышенным или даже происходит его нарастание. Объем активных движений может быть снижен, особенно отсутствует активизация рук, кисти остаются сжатыми в кулачки. Патологическими признаками являются сохраняющееся снижение мышечного тонуса и дистония (меняющийся характер мышечного тонуса). На животе сохраняется сгибательная поза (руки располагаются под грудью, ноги согнуты в бедрах и коленях, таз приподнят). При мышечной гипотонии поза остается распластанной, ноги разогнуты. Опора на руки практически отсутствует.

При гипертонусе активизируется асимметричный шейный тонический рефлекс (АШТР), который вызывает асимметрию мышечного тонуса и позы. АШТР проявляется в том, что при повороте головы в сторону разгибаются конечности, в направлении которых повернута голова; ребенок принимает «позу фехтовальщика». Реакции выпрямления отсутствуют или развиваются недостаточно. В положении на животе ребенок плохо поднимает голову и не удерживает ее, не выдвигает руки вперед, не опирается на предплечья. Поэтому он не любит лежать на животе.

Отмечается активизация рефлексов врожденного автоматизма, вместо постепенного их угасания.

Познавательное развитие.

При нормальном развитии во II периоде в ответ на положительное эмоциональное общение со взрослым ребенок проявляет "комплекс оживления" - сочетание улыбки и начальных звуков гуления с общим мимическим оживлением и двигательной активностью. У ребенка отмечается длительное зрительное сосредоточение и прослеживание предмета (во всех направлениях). Возникает поисковая реакция: ищущие повороты головы при длительном звуке. Ребенок начинает различать интонации голоса взрослого (по-разному реагирует на ласковый и сердитый голос).

К концу II периода в норме большинство безусловных рефлексов значительно ослабевает, что выражается в их непостоянстве, быстрой истощаемости при повторных раздражениях, фрагментарности. У детей появляется движение руки к объекту.

Нарушение познавательного развития в этот период проявляется в следующем. У детей с двигательной патологией чаще всего преобладают отрицательные эмоциональные реакции, не наблюдается их выразительность и дифференцированность. Улыбка отсутствует или вызывается с трудом после повторной стимуляции и длительного латентного периода. "Комплекс оживления" обычно не сформирован. Нет реакции "глаза в глаза" со взрослым.

Зрительные и слуховые ориентировочные реакции неполноценны или отсутствуют. Ребенок плохо фиксирует взгляд на предмете, реакция прослеживания фрагментарная, быстро истощается. Иногда отмечается повышенная чувствительность на любой слуховой раздражитель, которая находит свое выражение в защитно-оборонительных реакциях в виде вздрагивания и мигания.

Объем активных движений в руках снижен. Отсутствует движение руки к объекту.

Доречевое развитие.

II-й период доречевого развития характеризуется новым, качественным обогащением - появлением интонационной выразительности в крике, начального гуления и смеха.

На 3-м месяце крик как выражение отрицательных эмоций приобретает различный характер в зависимости от того, чем он вызван. По характеру крика можно определить состояние ребенка. Ребенок по-разному, определенными интонациями в крике сигнализирует окружающим о чувстве голода, болевых ощущениях, дискомфорте в связи с мокрыми

пеленками. В интонации крика на фоне неудовольствия проскальзывают нотки требования (в лице – мимика гнева, «протестующие» движения руками и ногами).

Постепенно частота крика снижается, вместо него появляется начальное гуление (гуканье) на фоне положительного эмоционального состояния (повторно произносит различные гласные и гортанные согласные). При этом появляется первый смех, радостные повизгивания.

Нарушение доречевого развития у детей с двигательной патологией проявляется в том, что крик остается однообразным, непродолжительным, тихим, мало модулированным, нередко с носовым оттенком. Интонационная выразительность крика не развивается: отсутствуют дифференцированные интонации, выражающие оттенки радости, недовольства, требования. Крик не является средством выражения состояния ребенка и его желаний, то есть не может служить средством общения с окружающими. Даже к концу этапа начальное гуление отсутствует.

Часто отмечается задержка угасания и даже усиление рефлексов орального автоматизма. Например, если на I этапе отмечалась ослабленность сосательного рефлекса, то на II этапе сосательные движения могут быть усилены и ребенок не в состоянии их притормозить в паузах между кормлением, т.е. сосание остается сугубо рефлексорным актом и в него не включаются элементы произвольной регуляции.

У детей с двигательной патологией в первые месяцы жизни выявляется взаимосвязь между развитием двигательной и голосовой активности. При выраженности двигательных нарушений задерживается развитие произвольных голосовых реакций, крик не приобретает интонационной выразительности и имеет крайне ограниченное значение в развитии общения ребенка со взрослым.

III период (с 3 до 6 месяцев).

Моторное развитие.

В этот период поза ребенка определяется развивающимися выпрямляющими реакциями туловища и зависит от двигательной активности ребенка. Физиологическая гипертония сгибателей сменяется нормальным мышечным тонусом. Объем движений в конечностях полный. Важнейшим показателем этого периода является движение рук и независимость движений головы и конечностей. Ребенок все чаще поворачивает голову, поднимает руки вверх, тянется к игрушке, захватывает, ощупывает одежду.

Четырехмесячный ребенок пытается повернуться на бок. Сначала поворот осуществляется «блоком»: сгибает голову, поворачивает ее в сторону, за головой следует ту-

ловище. К концу третьего периода ребенок осваивает повороты со спины на живот, затем возникают повороты вокруг оси тела. В положении на животе постепенно исчезает сгибательная поза. Формируется разгибание головы и выпрямление туловища. В возрасте 4-5 месяцев ребенок лежит на животе, опираясь на предплечья, согнутые под прямым углом, открывает кисть. Голова по средней линии, ноги разогнуты. К 6 месяцам возможна опора на ладони вытянутых рук с приподнятой грудной клеткой. Поставленный на опору, ребенок выпрямляет голову и туловище. Безусловные рефлексy не вызываются.

Нарушение двигательного развития проявляется в том, что у детей при наличии повышенного мышечного тонуса сохраняется патологическая поза: сгибательная, разгибательная или асимметричная. Отмечается выраженное сопротивление пассивным движениям, уменьшение их объема. Сохранение повышения мышечного тонуса, как правило, сочетается с позотоническими рефлексами, которые препятствуют формированию возрастных двигательных навыков, что нарушает произвольную активность, в первую очередь рук.

В положении лежа на спине отмечается разгибательное положение головы, туловища и конечностей. В положении на животе усиливается, а не уменьшается тонус мышц-сгибателей. Руки продолжают располагаться под грудью, их трудно отвести в стороны, выдвинуть вперед. При этом ноги слегка разогнуты, таз поднят. Такая поза обусловлена влиянием шейного тонического рефлекса (ШТР). Затруднены направленные движения рук к игрушкам и захват. Из-за выраженного АШТР ребенок не может поднести руку и игрушку ко рту.

При мышечной гипотонии дети предпочитают лежать на спине, к игрушке не тянутся, вложенную в руки игрушку быстро выпускают.

Нарушение двигательного развития с 4 до 6 месяцев сопровождается задержкой цепных выпрямительных реакций туловища. Лежа на животе, ребенок не опирается на предплечья, не поднимает голову и не удерживает ее в срединном положении или делает это недолго. В положении на спине не формируется сгибание головы и подтягивание. Ребенок не поворачивается на бок после 4 месяцев и на живот после 5 месяцев не только самостоятельно, но и при стимуляции игрушкой.

Познавательное развитие.

У здорового ребенка от 3 до 6 месяцев отмечается дальнейшее развитие зрительных и слуховых ориентировочных реакций. Совершенствуется слуховое и зрительное сосредоточение и прослеживание в любом положении (лежа на спине, на животе, на руках у

взрослого). К 4-м месяцам ребенок локализует звук в пространстве (поворачивает голову в сторону невидимого источника звука и находит его). К 5 месяцам совершенствуется общение ребенка со взрослыми, начинает дифференцироваться "комплекс оживления".

Возникает ориентировочная реакция: прежде чем вступить в контакт, ребенок внимательно всматривается в лицо взрослого. Отличает близких людей от чужих (по-разному реагирует на лицо знакомого и незнакомого человека). При виде чужих людей перестает улыбаться, усиленно и напряженно их рассматривает, может заплакать. Появляется новая эмоциональная реакция - радость при узнавании матери и крик после ее ухода. Ребенок различает ласковую и строгую интонацию обращенной к нему речи. К 6 месяцам малыш узнает по звучанию свое имя.

Важнейшими достижениями на этом этапе является развитие функциональных возможностей кистей и пальцев рук (умение захватывать предмет, удерживать и манипулировать). В 4-5 месяцев ребенок начинает тянуться к игрушке и захватывает ее, развивается зрительно-моторная координация (взгляд направляет и контролирует движение руки). Захват предмета - первое целенаправленное действие грудного ребенка. Хватание постепенно совершенствуется, ребенок свободно берет игрушку из разных положений и начинает осуществлять простейшие манипуляции.

Нарушение познавательного развития у детей с двигательной патологией характеризуется тем, что эмоциональное общение со взрослыми кратковременно, ориентировочная реакция быстро переходит в реакцию страха. В реакции на новое эмоциональный компонент преобладает над познавательным (в новой обстановке ребенок начинает кричать, плакать). "Комплекс оживления" часто неполноценен и не дифференцируется (из-за выраженных двигательных нарушений).

Прослеживание за предметами фрагментарное, ребенок не изучает игрушку, не "ощупывает" ее взглядом и после некоторого сосредоточения теряет к ней интерес. Интерес к игрушкам и окружающим предметам снижен. Ребенок предпочитает рассматривать свои руки, а не игрушки. Локализация звука в пространстве чаще не выражена. Иногда сохраняется повышенная чувствительность на любой слуховой раздражитель в виде вздрагивания, мигания век, плача.

В тяжелых случаях при выраженных двигательных нарушениях отсутствует зрительно-моторная координация: ребенок не тянется к предмету и не захватывает его. Движения рук замедлены, некоординированы. У многих отмечается патологическое состояние кистей рук, характеризующееся приведением большого пальца к ладони и плотным сжатием кулаков. В более легких случаях зрительно-моторная координация неполноценна,

она только начинает развиваться (ребенок тянется к предмету, но захват не удается; он может удерживать вложенную игрушку, но не дотягивает ее до рта).

Доречевое развитие.

У здорового ребенка в III период появляется истинное или певучее гуление, которое отличается от начального разнообразием звуков с преобладанием сочетаний гортанных и гласных, продолжительностью, певучестью, интонационной вариабельностью. Звуки гуления возникают на выдохе, что является своеобразной тренировкой речевого дыхания, и произносятся спонтанно, с открытым ртом. В период певучего гуления наиболее интенсивно развивается интонационная система языка. Звуки, составляющие гуление, уже приближаются к стандартным фонемам, которые выступают как самостоятельный речевой сигнал.

На этом этапе отмечается переход чисто рефлекторных звуков в социализированные, то есть звуки гуления все больше и больше начинают выполнять функцию общения ребенка с окружающими. Ребенок активнее гулит в присутствии других людей. В период певучего гуления произнесение звуков не сопровождается общими, диффузными движениями и не является составной частью "комплекса оживления", как это было в предыдущий период. Постепенно диффузные движения притормаживаются, ребенок как бы сосредотачивается на новых для него артикуляционных и слуховых ощущениях. Прислушиваясь и подражая самому себе, ребенок произносит цепочки звуков. Самоподражание в гулении - новое качественное приобретение в доречевом развитии ребенка в данный период.

Репертуар звуков гуления постепенно обогащается, удлиняются цепочки звуков, и, наконец, появляется сочетание губных звуков с гласными (*па, ба, ма*), что свидетельствует о переходе к следующему этапу доречевого развития - лепету.

Патология голосовых реакций у детей с двигательными нарушениями в III периоде развития может быть выражена в разной степени: в виде полного отсутствия или неполноценности, специфических особенностей произнесения звуков гуления. Полное отсутствие голосовых реакций отмечается лишь у детей с тяжелым поражением нервной системы. У многих детей гуление появляется в более поздние сроки. Неполноценность голосовых реакций проявляется в отсутствии или бедности интонационной выразительности гуления, отсутствии даже элементов самоподражания, бедности и однообразии звуковых комплексов, редкости их возникновения. Однообразие звуков сочетается с их специфическим произнесением: звуки тихие, нечеткие, часто с носовым оттенком, не соответствующие фонетическим единицам языка.

Большинство детей с двигательной патологией в данный период издает редуцированные (усредненные) гласные звуки и их сочетания (*а, э, аэ, эо*) - спонтанно или при общении со взрослым. Эти короткие звуки гуканья, как правило, не имеют интонационной окраски.

Отдельные недифференцированные звуки представляют собой элементы гуления. При этом они короткие, лишены певучести звучания. Заднеязычные звуки («г», «к», «х») в гулении часто отсутствуют, так как для их артикуляции необходимо участие корня языка, что затруднено вследствие его напряжения и ограничения подвижности.

Недостаточная активность гуления тормозит ход становления речедвигательного и речеслухового анализатора.

IV период (6-9 месяцев).

Моторное развитие.

Для нормально развивающегося ребенка характерна разнообразная двигательная активность. Малыш часто меняет позу, быстро поворачивается на живот, на животе высоко поднимает голову, поворачивает ее во все стороны. Опираясь на одну руку, он другой тянется к игрушке. В начале периода начинает ползать назад, к 8 месяцам - двигаться вперед, встает на четвереньки.

В 6 месяцев ребенок сидит непродолжительное время, в 7-8 месяцев садится самостоятельно и может сидеть без поддержки с достаточно прямой спиной. В 8-9 мес. начинает самостоятельно вставать. После 7 месяцев одновременно с вставанием на четвереньки, ползанием, сидением формируются реакции равновесия. С улучшением контроля над положением туловища руки освобождаются для более дифференцированных действий.

При нарушении моторного развития отмечаются снижение возрастной спонтанной двигательной активности, патологические позы на животе и спине. Ребенок не может самостоятельно изменить положение тела.

У детей с двигательной патологией имеет место задержка двигательного развития на более ранней стадии, отсутствие оптической опоры рук, невозможность приподняться на вытянутых руках, невозможность манипулировать одной рукой при опоре на трех других конечностях, патологическая опора на пальцы, а не на полную стопу. Если ребенка посадить, то он не в состоянии удержать правильную позу даже кратковременно. Поворачивается только блоком, реакции равновесия не выражены. Нет попыток передвигаться или передвигается неправильным способом.

Познавательное развитие.

Для нормального развития познавательной деятельности ребенка в IV периоде характерным является появление начального понимания обращенной речи (выделение по слову близких людей, нескольких знакомых предметов, игрушек, часто называемых и находящихся в определенном месте; выполнение разученных ранее действий – «ладушки», «до свидания», «дай ручку»).

Ребенок осуществляет неспецифические манипуляции с предметами, то есть действует стереотипно, одинаково, не учитывая даже физических свойств предметов (перекладывает из руки в руку, стучит, трясет ими, похлопывает по ним рукой, тянет в рот, сосет, бросает). Все действия сопровождаются выразительной мимикой, разнообразными по интонации голосовыми реакциями, выражающими удивление, радость, неудовольствие. Все это - проявления активной познавательной деятельности, которая формируется на основе зрительно-моторного манипулятивного поведения.

Нарушение познавательного развития у детей с двигательной патологией проявляется в том, что у них часто отмечается слабость слуховых дифференцировок на голос, тон, недостаточность слухового внимания и трудности определения звука в пространстве, что задерживает развитие начального понимания обращенной речи.

Ориентировочная реакция на новое лицо недостаточна и не переходит в познавательный интерес. Отсутствует готовность к совместной деятельности со взрослым, стремление к подражанию. Ребенок не выполняет разученные ранее действия. Вместо ориентировочной реакции и манипулятивной деятельности выражены общий "комплекс оживления" и подражательная улыбка. В тяжелых случаях дети пассивны, не интересуются окружающим, эмоциональные реакции бедные, маловыразительные.

Зрительно-моторная координация только начинает развиваться. Чаще всего дети не совершают неспецифических манипуляций с предметами. Начинает развиваться функция хватания, но она несовершенна. При захвате движения пальцев недифференцированные, расположение их на предмете случайно.

Доречевое развитие.

При нормальном развитии IV период знаменует собой начало лепета. К 6 месяцам нормально развивающийся ребенок начинает произносить сочетания губных и гласных звуков (*ба-а-а, ма-а-а*), а также сочетания язычных и гласных звуков (*та-а-а, ла-а-а*). Вначале слоги произносятся однократно, очень редко, как бы случайно.

Лепет имеет важное значение в развитии речи. В период лепета происходит соединение отдельных артикуляций в линейную последовательность, что считается существенным механизмом слогаобразования. Повторное произнесение слогов под контролем слуха способствует формированию необходимой для речи слухо-вокальной интеграции. Ребенок сначала повторяет звуки, как бы подражая самому себе (аутоэхолалия), а позже начинает подражать звукам взрослого (эхолалия). Для этого он должен слышать звуки, отбирать наиболее часто слышимые и моделировать свою собственную вокализацию. Стадия канонической вокализации характеризуется повторением двух одинаковых слогов (*ба-ба, па-па, ма-ма, да-да*). Кроме типичных повторяемых слогов, ребенок произносит и отдельные слоги и гласные звуки. В лепете каждый звук артикулируется на выдохе, то есть тренируется координация между дыханием и артикуляцией.

Характерна определенная последовательность в появлении звуков лепета. Согласные звуки появляются в следующем порядке: гортанные *г, к х*; губные и губно-носовые *б, м*; зубные и зубно-носовые *т, д, н*. Среди гласных раньше всего появляются гласные передне-среднего ряда средне-нижнего подъема. Характерной является тенденция к сглаживанию артикуляции гласных звуков.

Примерно с 6-7 месяцев лепет приобретает социализированный характер. Ребенок больше лепечет при общении со взрослым. Он слушает речь других и постепенно начинает использовать голосовые реакции для привлечения внимания окружающих.

Нарушение доречевого развития проявляется в том, что на этом этапе для детей с двигательными расстройствами характерна низкая голосовая активность. Лепет отсутствует или малоактивный, без четкой интонационной выразительности, возникает редко. Реакция на обращенную речь проявляется бедными звуковыми комплексами, лишенными эмоциональной окраски. Чаще всего голосовая активность детей в данный период на уровне гуления. Самоподражание в гулении только начинает развиваться. Стремление к звукоподражанию обычно отсутствует или выражено незначительно.

В период (9 - 12 месяцев).

Моторное развитие.

При нормальном развитии происходит дальнейшее усложнение движений, направленных на поддержание туловища в вертикальном положении, что способствует высвобождению руки для манипулятивной деятельности. Ребенок часто меняет положение. Ползание становится основной формой передвижения. Совершенствуется самостоятельное сидение, умение сесть из любого положения тела и вставание. Ребенок начинает хо-

дять, сначала у опоры, затем самостоятельно. Дифференцируются движения пальцев: появляется указательный жест, «ковыряние» одним пальцем. Ребенок начинает мять и рвать бумагу. К концу периода может взять предмет двумя пальцами.

При нарушении двигательного развития патологические признаки, как правило, заметны уже на предыдущих этапах. Это относится, прежде всего, к произвольной двигательной активности. В это время появляются и становятся более выраженными нарушения опорно-двигательного аппарата.

Поza и нарушения моторики зависят от степени выраженности патологических рефлексов и степени изменения мышечного тонуса. Наличие выраженных тонических рефлексов является неблагоприятным диагностическим признаком и может свидетельствовать о развивающейся церебральной патологии. Патологические симптомы могут иметь различную степень выраженности.

Познавательное развитие.

При нормальном развитии отличительной особенностью этого периода является интенсивное развитие понимания обращенной речи, дифференцированность эмоциональных и сенсорных реакций.

С 9 месяцев у ребенка отмечается ситуативное понимание обращенной речи: он по просьбе взрослого находит и дает предметы и игрушки, отвечает действием на словесную инструкцию, подражая взрослому, играет в "ладушки", "прятки", "догонялки", "сорока-ворона" (выполняет разученные действия и движения).

Все действия ребенка эмоционально окрашены. Ребенок осуществляет специфические манипуляции с предметами - действует по-разному, учитывая физические свойства предметов (резиновую игрушку сжимает, погремушкой гремит, мяч катает, коробку с крышкой открывает-закрывает, кольца снимает со стержня, отталкивает подвешенные игрушки).

Нарушение познавательного развития характеризуется тем, что у детей с двигательной патологией дифференцированные эмоциональные и познавательные реакции отстают в развитии. Реакция на новое, на незнакомого человека неадекватная. Снижен интерес к окружающим предметам-игрушкам. Реакция на речевое общение неполноценна: ребенок чаще всего не понимает обращенную к нему речь, не отвечает действием на словесную инструкцию.

Зрительно-моторная координация нарушена. Только некоторые дети могут захватить предмет, совершить с ним простейшие неспецифические манипуляции, но их движения неловки, скованы, однообразны. Дети не осваивают специфические манипуляции с предметами.

Доречевое развитие.

Для начала V периода при нормальном доречевом развитии характерен активный лепет ребенка, состоящий из 4-5 и более слогов. Он "расцветает", обогащается новыми звуками, интонациями и становится постоянным ответом на голосовое общение взрослого. Ребенок эхоталично повторяет слоги, хорошо копирует интонацию, воспроизводит мелодику слов, приветствий, с удовольствием произносит восклицания, междометия. Восклицания сопровождаются выразительной мимикой и жестами. Голосовое общение ребенка со взрослым расширяется, он начинает сигнализировать голосом о биологических нуждах, выражать эмоции удовольствия и неудовольствия, появляется новая интонация просьбы. Ребенок произносит слоги разных типов: согласный-гласный и даже согласный-гласный-согласный. У одних детей этот этап короткий, рудиментарный, и они быстро переходят к речи, произнося сочетания слогов, имеющих определенное обозначение - "лепетные слова"; у других этот этап затягивается.

Начало общения ребенка со взрослым при помощи интонационно-выразительных звуко сочетаний, выполняющих роль слов-предложений, является характерной качественной особенностью этого периода. К концу года ребенок соотносительно произносит от 5 до 10 лепетных слов и звукоподражаний, обозначая ими определенные предметы.

Нарушение доречевого развития у детей с двигательной патологией характеризуется тем, что спонтанный лепет часто не появляется и в этот возрастной период, что значительно отстает от нормы. В более легких случаях, если лепет все-таки начинает развиваться, он характеризуется фрагментарностью, бедностью звукового состава, отсутствием слоговых комплексов. Издаваемые звуки однообразны, интонационно невыразительны, монотонны. Ребенок не может произвольно менять высоту и громкость голоса. Подражательная звуковая активность крайне низкая.

Чаще всего в лепете детей с двигательными нарушениями присутствуют гласные звуки *а, э* и губно-губные согласные *м, н, б* (если не выражены нарушения тонуса круговой мышцы рта). Наиболее характерными в лепете являются сочетания гласных *а, э* с губно-губными согласными: *па, ба, ма, ама, ана*. Редко встречаются в лепете губно-зубные,

передне-, средне-, заднеязычные звуки. Почти нет противопоставлений согласных звуков: звонких глухим, твердых мягким, смычных щелевым.

Снижение потребности в голосовом и речевом общении, а также низкая голосовая активность детей с двигательной патологией не обеспечивает готовности артикуляционного аппарата к четкому произнесению звуков. Патологическое состояние речевого аппарата также препятствует развитию артикуляционной моторики и появлению новых звуков.

Итак, к году у детей с двигательными нарушениями наблюдается снижение потребности в речевом общении и низкая голосовая активность. Индивидуальные сроки появления речи у детей с двигательными нарушениями значительно колеблются, что зависит от локализации и тяжести поражения мозга, состояния интеллекта, своевременности и адекватности коррекционно-логопедической работы.

При ДЦП и синдромах двигательных нарушений наиболее медленный темп речевого развития наблюдается в раннем возрасте (первые три года жизни). На втором году жизни даже при самых тяжелых формах заболевания развитие общей моторики обычно опережает развитие речи. Чаще всего дети начинают произносить первые слова примерно в 2-3 года. Значительный скачок в развитии речи при проведении коррекционно-логопедических занятий наблюдается к концу третьего года жизни.

1.2. РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С ДВИГАТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ (ОТ ГОДА ДО ТРЕХ ЛЕТ).

Темпы моторного, познавательного и речевого развития ребенка с двигательной церебральной патологией могут широко варьировать. Часто обнаруживается диспропорция в развитии отдельных функций. Так, уровень развития эмоциональной сферы может намного опережать уровень двигательного и речевого развития.

Моторное развитие.

Становление реакций выпрямления и равновесия у детей с двигательной патологией в раннем возрасте резко задержано и качественно неполноценно. К году только часть детей с церебральным параличом или синдромами двигательных нарушений удерживает голову; в основном они не могут самостоятельно сидеть. У многих отмечается вынужденное положение тела, невозможность поворотов со спины на живот, патологическая опора при попытке поставить их на ноги. Все эти нарушения могут отрицательно сказываться на развитии познавательной деятельности.

К двум годам дети с тяжелой двигательной патологией часто еще плохо удерживают голову, не умеют свободно ее поворачивать и разглядывать окружающее. Они не в состоянии поворачиваться и менять положение своего тела. Только часть детей могут самостоятельно сидеть, удерживать вертикальное положение стоя (у опоры) и переступить с поддержкой за руки.

К трем годам у детей обычно появляется возможность удерживать голову, некоторые из них овладевают навыком самостоятельного сидения и даже удерживают вертикальное положение стоя (у опоры). Но самостоятельная ходьба для большинства детей с двигательной патологией оказывается недоступной.

Практически у всех детей выявляются нарушения двигательных функций кистей и пальцев рук. У большинства детей отмечается патологическое состояние кистей рук, характеризующееся плотным сжатием кулаков, приведением большого пальца к ладони и невозможностью или затруднением его участия при захвате игрушки. У некоторых детей кисти рук вялые, паретичные. В тяжелых случаях хватание и манипуляции с предметами недоступны детям даже к концу раннего возраста. Часть детей с тупом захватывает предметы, могут удержать их, но манипуляции осуществить не могут. Только некоторые дети захватывают предметы, удерживают их, могут произвольно отпустить, осуществляют с ними простые манипуляции, но свободно манипулировать предметами не могут.

Познавательное развитие.

В раннем возрасте нарушения познавательной деятельности у детей с двигательной церебральной патологией имеют специфические особенности:

- Неравномерный, дисгармоничный характер нарушений отдельных психических функций. Эта особенность связана с «мозаичным» характером поражения головного мозга на ранних этапах его развития.
- Выраженность астенических проявлений - повышенная утомляемость, истощаемость всех психических процессов, что также связано с органическим поражением центральной нервной системы.
- Сниженный запас знаний и представлений об окружающем мире. Дети не знают многих явлений окружающего предметного мира и социальной сферы, а чаще всего имеют представления лишь о том, что было в их практике. У детей затруднено познание окружающего мира в процессе предметно-практической деятельности, связанное с проявлением двигательных и сенсорных расстройств.

У большинства детей с церебральным параличом или синдромами двигательных расстройств отмечается нарушение координированной деятельности различных анализа-

торных систем. Патология зрения, слуха, мышечно-суставного чувства существенно сказываются на восприятии в целом, ограничивают объем информации, затрудняют познавательную деятельность детей.

Около 25% детей имеют аномалии зрения. У них отмечаются нарушения зрительного восприятия, связанные с недостаточной фиксацией взора, нарушением плавного протслеживания, сужением полей зрения, снижением остроты зрения. Часто встречается косоглазие, двоение в глазах, опущенное верхнее веко (птоз). Двигательная недостаточность мешает формированию зрительно-моторной координации. Такие особенности зрительного анализатора приводят к неполноценному, а в отдельных случаях к искаженному восприятию предметов и явлений окружающей действительности. Нередко имеет место недостаточность пространственно-различительной деятельности слухового анализатора.

Разнообразные расстройства эмоционально-волевой сферы у одних детей проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности, у других, наоборот, в виде заторможенности, застенчивости, робости. Склонность к колебаниям настроения часто сочетается с инертностью эмоциональных реакций. Так, начав плакать или смеяться, ребенок не может остановиться. Повышенная эмоциональная возбудимость нередко сочетается с плаксивостью, раздражительностью, капризностью, реакцией протеста. Эти эмоциональные проявления усиливаются в новой для ребенка обстановке и при утомлении. У некоторых детей можно наблюдать состояние полного безразличия, равнодушия, безучастного отношения к окружающим.

Речевое развитие.

Большинство детей с двигательными нарушениями на втором году жизни находится на доречевом уровне развития. В начале второго года у детей наблюдается снижение потребности в речевом общении и низкая голосовая активность. Дети часто предпочитают общаться жестом, мимикой, криком. В лучшем случае ребенок может произносить всего несколько слов. Нарушение формирования голосовых реакций сочетается со слабостью слуховых дифференцированных реакций на голос, интонацию, с трудностями локализации звука в пространстве и недостаточностью слухового внимания. Все это порою задерживает развитие начального понимания обращенной речи.

Индивидуальные сроки появления речи значительно колеблются, что зависит от многих факторов: локализации и тяжести поражения мозга, раннего начала, систематичности и адекватности коррекционно-логопедической работы. Возрастная динамика речевого развития детей также во многом зависит от состояния интеллекта. Чем выше интел-

лект ребенка, тем более благоприятная динамика развития речи, лучше результаты логопедической работы.

При ДЦП и синдромах двигательных нарушений наиболее медленный темп речевого развития наблюдается в раннем возрасте (первые три года жизни). На втором году жизни даже при самых тяжелых формах заболевания развитие общей моторики обычно опережает развитие речи. Чаще всего дети начинают произносить первые слова примерно в 2-3 года. К концу раннего возраста лишь некоторые дети с ДЦП общаются с окружающими с помощью простых коротких предложений из двух-трех слов.

Значительный скачок в развитии речи при проведении коррекционно-логопедических занятий наблюдается к концу третьего года жизни. На этом возрастном этапе темп речевого развития начинает опережать темп развития общей моторики ребенка. Как правило, фразовая речь формируется к 4-5 годам; в старшем дошкольном возрасте (5 - 7 лет) идет ее интенсивное развитие. Чаще всего, как в раннем, так и в дошкольном возрасте, дети не реализуют своих речевых возможностей в общении (на заданные вопросы дают стереотипные однословные ответы).

У детей с двигательной патологией отмечается задержка и нарушение формирования лексической, грамматической и фонетико-фонематической сторон речи.

Почти у всех детей в раннем возрасте крайне медленно увеличивается активный словарь, длина предложений, речь долго остается малоразборчивой. Пассивный словарь (понимание обращенной речи) обычно значительно больше активного. Задерживается развитие мелодико-интонационной стороны речи, а также восприятие и воспроизведение ритма. Речевая активность детей низкая, в речи преобладают отдельные слова, реже - простые короткие предложения. С трудом формируется связь между словом, предметом и действием. Количественное ограничение словаря и медленное его формирование при спонтанном развитии в значительной степени связаны с ограничением объема, несистематизированностью, неточностью, а иногда и ошибочностью знаний и представлений об окружающем. Дети обладают ограниченными лексическими возможностями, не располагают необходимыми языковыми средствами для характеристики различных предметов и явлений окружающего мира. Своеобразное формирование словарного запаса находит свое выражение в нарушении усвоения многих языковых категорий. Особенно ограничен запас слов, обозначающих действия, признаки и качества предметов. Нередко отмечается недифференцированное употребление слов.

Нарушение формирования грамматического строя речи проявляется в том, что грамматические формы и категории усваиваются очень медленно и с большим трудом. Во многом это обусловлено ограничением речевого общения, нарушением слухового воспри-

ятия, внимания, низкой речевой активностью и недоразвитием познавательной деятельности. Дети испытывают трудности при построении предложений, согласовании слов в предложении, употреблении правильных падежных окончаний.

У всех детей с двигательной церебральной патологией в результате нарушения функций артикуляционного аппарата недостаточно развита прежде всего фонетическая сторона речи, стойко нарушено произношение звуков. На начальном этапе речевого развития многие звуки отсутствуют. В дальнейшем часть из них произносится искаженно, либо заменяется близкими по артикуляции, что приводит к общей невнятности речи. Для многих детей характерно атипичное (патологическое) усвоение фонем, не совпадающее с последовательностью их усвоения при нормальном онтогенезе. Уже на ранних этапах овладения фонетическим строем речи могут появляться дефектные артикуляционные уклады, которые закрепляются в дальнейшем по мере формирования патологического речевого стереотипа.

У многих детей отмечаются нарушения фонематического восприятия.

Помимо задержки доречевого и раннего речевого развития почти у всех детей с двигательными нарушениями отмечаются **речедвигательные (дизартрические) расстройства**.

Дизартрия - нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевой мускулатуры вследствие органического поражения центральной нервной системы. При дизартрии нарушено звукопроизношение, речевое дыхание, голос, просодика (мелодико-интонационная и темпо-ритмическая характеристики речи). Речь смазанная, нечеткая.

В структуру дефекта при дизартрии входят как речевые, так и неречевые нарушения (проявление неврологической симптоматики в мускулатуре и моторике артикуляционного аппарата). На первом году жизни, а иногда и позже, можно выявить и оценить только неречевые расстройства. В настоящее время разработаны приемы ранней диагностики дизартрических расстройств на основе оценки неречевых нарушений, к которым относятся следующие:

1. Патологические изменения в строении и функционировании артикуляционного аппарата. Нарушение тонуса и подвижности артикуляционных мышц.
 - В лицевой мускулатуре: наличие асимметрии, сглаженность носогубных складок, опущение одного из углов рта, перекос рта в сторону при улыбке и плаче; гипомимия; нарушение тонуса лицевой мускулатуры по типу спастичности (повышение мышечного тону-

са), гипотонии (снижение тонуса) или дистонии (меняющийся характер мышечного тонуса); гиперкинезы (непроизвольные насильственные движения мышц) лица.

– В губной мускулатуре: нарушение мышечного тонуса, резкое или незначительное ограничение подвижности губ; недостаточность смыкания губ, затруднение удержания рта закрытым, отвисание нижней губы, препятствующее плотному захвату соски или соска и вызывающее подтекание молока изо рта.

– В язычной мускулатуре: нарушение мышечного тонуса; патология строения языка (при спастичности - язык массивный, оттянут «комом» назад или вытянут «жалом» вперед; при гипотонии - тонкий, вялый, распластаный в полости рта; раздвоенность языка, невыраженность кончика языка, укорочение уздечки); патология положения языка (девиация в сторону, высовывание языка изо рта); гиперкинезы, тремор, фибриллярные подергивания языка; ограничение подвижности язычной мускулатуры (от полной невозможности до снижения объема артикуляционных движений); повышение или понижение глоточного (рвотного) рефлекса.

– Мягкое небо: провисание небной занавески (при гипотонии); отклонение увулы от средней линии.

– Твердое небо: высокое, готическое, узкое, уплощенное, наличие расщелины.

– Аномалии зубного ряда и прикуса.

2. Нарушения дыхания: инфантильные схемы дыхания (преобладание брюшного типа дыхания после 6 месяцев), учащенное, неглубокое дыхание; дискоординация вдоха и выдоха (поверхностный вдох, укороченный слабый выдох); стридор.

3. Нарушение голосообразования: недостаточная сила голоса (тихий, слабый, иссякающий), отклонения тембра (назализованный, глухой, хриплый, сдавленный, напряженный, прерывистый, дрожащий); нарушение голосовых модуляций, интонационной выразительности голоса. Иногда отмечается асинхронность дыхания, голосообразования и артикуляции.

4. Нарушение акта приема пищи: нарушение сосания (слабость, вялость, неактивность, неритмичность сосательных движений; вытекание молока из носа), глотания (поперхивание, захлебывание), жевания (отсутствие или затруднение жевания твердой пищи), откусывания от куска и питья из чашки.

5. Гиперсаливация (повышенное слюноотечение). Усиленное слюноотечение связано с ограничением движений мышц языка, нарушением произвольного глотания, парезом губных мышц. Оно часто утяжеляется за счет слабости кинестетических ощущений в артикуляционном аппарате (ребенок не чувствует вытекания слюны). Гиперсаливация может быть постоянной или усиливаться при определенных условиях.

6. Оральные синкинезии (ребенок широко открывает рот при пассивных и активных движениях рук и даже при попытке их выполнения).
7. Отсутствие или ослабление рефлексов орального автоматизма (до 3 месяцев), наличие патологических рефлексов орального автоматизма (после 3-4 месяцев). При нормальном развитии рефлексы орального автоматизма (губной, хоботковый, сосательный, поисковый и др.) проявляются с рождения, ослабевают к 3-му месяцу жизни и пропадают к году. У детей с церебральной патологией эти рефлексы могут быть ослаблены или не вызываться совсем в первые недели и месяцы жизни, что будет затруднять их кормление и препятствовать развитию первых голосовых реакций. Сохранение и усиление этих рефлексов после года препятствует развитию произвольных артикуляционных движений и задерживает развитие речи.

На более поздних этапах развития в диагностике дизартрических расстройств все большее значение начинают приобретать речевые симптомы: качественная недостаточность голосовых реакций, стойкие нарушения звукопроизношения, речевого дыхания, голосообразования, просодики.

У детей с синдромами двигательных расстройств и ДЦП трудно вычленить симптоматику речедвигательных расстройств вследствие сложности поражения речевой моторики, если не соотносить их с общими двигательными нарушениями. У этих детей отмечаются следующие синдромальные расстройства: спастический парез, тонические нарушения управления типа ригидности, гиперкинезы, атаксия. В речевой моторике наблюдаются аналогичные дефекты: спастико-паретический синдром, гиперкинетический, атактический, смешанные синдромы (спастико-гиперкинетический, атактико-гиперкинетический).

Отличительной особенностью неврологической симптоматики, указывающей на нарушенное доречевое и речевое развитие ребенка с двигательной патологией, является наличие двух типов симптомов - негативных и псевдоположительных.

Негативные симптомы связаны с задержкой формирования определенных уровней речевой функциональной системы. Негативные симптомы выражаются в задержке и нарушении формирования различных доречевых и речевых функций: интонационной окраски крика и плача, гуления, лепета, первых слов; дифференцированных движений органов артикуляции (выпрямительных рефлексов, реакций равновесия, произвольной функции рук).

Псевдоположительные симптомы выражаются в наличии врожденной безусловно-рефлекторной двигательной активности, не характерной для детей данного возраста. Поэтому данная активность является патологической.

У детей с двигательной патологией сохраняются ранние врожденные безусловные рефлексы как в двигательной, так и в артикуляторной, лицевой, дыхательной и фонаторной мускулатуре. Примером псевдопозитивной симптоматики может быть сохранение рефлексов орального автоматизма в течение ряда лет, наличие примитивных инфантильных схем дыхания, глотания, кусания, жевания.

Следует подчеркнуть, что только у детей первых месяцев жизни на начальных этапах логопедической работы стимулируют врожденные безусловные рефлексы орального автоматизма с целью формирования произвольных артикуляционных и глотательных движений. Позднее развитие доречевой и речевой функции тесно связано с активным торможением и подавлением псевдопозитивной симптоматики и стимуляцией развития негативных симптомов.

2. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ДВИГАТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.

Начальным этапом в системе помощи детям с двигательной патологией является диагностический. Психолого-педагогическое и логопедическое обследование детей в раннем возрасте представляет значительные трудности в связи с многообразием и сложной структурой проявлений нарушений двигательного, психического и речевого развития, а также в силу возрастных особенностей. Двигательная патология в сочетании с расстройствами зрения и слуха, отсутствие речи или нарушение ее разборчивости затрудняют организацию обследования и ограничивают возможности использования экспериментальных методик. Не всегда представляется возможным получить объективные данные о состоянии познавательной и речевой деятельности детей с двигательной патологией.

Комплексное всестороннее изучение особенностей развития двигательной сферы, психических, речевых функций, деятельности различных анализаторных систем позволяет получить полную картину недостатков развития познавательной и речевой деятельности, а также наметить оптимальные пути их коррекции. Важным условием комплексного обследования является согласованность действий специалистов медико-педагогического профиля: логопеда-дефектолога, педагога-воспитателя, невропатолога, врача ЛФК. В ходе психолого-педагогического и логопедического обследования детей с двигательной патологией используются различные методы:

- Изучение медицинской и педагогической документации детей, сбор и анализ анамнестических данных.
- Беседы с родителями, врачами (невропатологом, врачом ЛФК, ортопедом), педагогами-воспитателями, инструкторами ЛФК, а также с самими детьми. В ходе бесед с родителями мы получали сведения о раннем моторном, соматическом, нервно-психическом и доречевом развитии детей на первом году жизни.
- Педагогическое наблюдение в процессе свободной деятельности детей, на специальных занятиях (педагога-воспитателя и инструктора ЛФК), во время режимных моментов, в естественных жизненных ситуациях (во время кормления, одевания и раздевания, умывания).
- Обучающий эксперимент (детям предлагаются различные экспериментальные задания, адекватные их возрасту и состоянию).
- Визуальный и тактильный контроль (ощупывание мышц артикуляционного аппарата) в покое и в процессе голосовых и речевых реакций.

Комплексное изучение детей раннего возраста включает исследование следующих

«основных линий развития»: двигательного, социального, познавательного, сенсорного, речевого развития.

I. Двигательное развитие (общая моторика, функциональные возможности кистей и пальцев рук, артикуляционная моторика).

II. Социальное развитие (контактность, эмоциональная сфера, средства общения, навыки самообслуживания).

III. Сенсорное развитие (зрительное восприятие, слуховое восприятие, тактильно-кинестетическое восприятие – с 2 лет).

IV. Познавательное развитие (уровень познавательной активности и мотивации к различным видам деятельности, уровень развития деятельности, запас знаний об окружающем, обучаемость и использование фиксированных видов помощи).

V. Речевое развитие (уровень развития понимания обращенной речи, уровень развития собственной речи).

Предусматривается количественная оценка действий ребенка, единая для всех изучаемых «линий развития». Уровень сформированности различных функций оценивался нами по четырехбалльной шкале: 1 балл – отсутствие или выраженные нарушения развития функции; 2 балла – умеренно выраженные нарушения; 3 балла – незначительные нарушения развития функции; 4 балла – нормальное развитие функции.

В ходе изучения детей проводится тщательный анализ тех положений тела ребенка и его движений, которые могут облегчать или, наоборот, утяжелять познавательную и речевую деятельность. Детей с тяжелыми двигательными нарушениями укладывают на удобную кушетку или ковер (в рефлекс-запрещающие позиции), проверяя разные положения – лежа на спине, на животе, на боку. В более легких случаях – с детьми с умеренно выраженными и легкими двигательными расстройствами – обследование проводится в положении «сидя» (на коленях у матери или в фиксированном стуле) или «стоя» (с поддержкой). Ребенка стимулируют к максимальному проявлению своих двигательных возможностей.

Если при первичном обследовании основным методом исследования является наблюдение за детьми в процессе различных видов деятельности, то с полутора до трех лет активно используется метод индивидуально-обучающего эксперимента. Все предъявляемые ребенку экспериментальные задания должны быть адекватны как хронологическому возрасту, так и актуальному уровню его моторного, психо-речевого развития, степени развития анализаторной деятельности. Многие дети не понимают обращенную речь, поэтому при предъявлении заданий нужно сочетать речевую инструкцию с естественными и специальными жестами. В связи с тем, что большинство детей не владеют навыками

экспрессивной речи, а также имеют значительные ограничения общей моторики и функций рук, то для понимания ответной реакции ребенка на предлагаемые задания нужно опираться на имеющиеся у детей невербальные средства общения: мимику, жесты, движения глаз, интонацию.

Изучение состояния двигательных функций (общей, артикуляционной моторики и функциональных возможностей кистей и пальцев рук) проводится совместно с невропатологом и врачом ЛФК.

При определении уровня сформированности основных двигательных навыков учитываются следующие показатели: удержание головы; самостоятельное сидение; удержание вертикального положения стоя (у опоры или самостоятельно); ходьба с поддержкой; самостоятельная ходьба.

При определении уровня развития функциональных возможностей кистей и пальцев рук учитываются следующие показатели: направление руки к предмету; захват предмета, его удержание в руке; произвольное отпусkanie предмета; простейшие манипуляции с предметами (размахивание, постукивание, переключивание из одной руки в другую, поднесение ко рту, сосание); свободное манипулирование предметами; дифференцированные движения пальцев рук; выделение ведущей руки.

Возможности двигательных функций кистей и пальцев рук выявляются в различных положениях ребенка: лежа на спине, на животе; сидя, стоя (с поддержкой). Для обследования используются разнообразные игрушки и предметы (погремушки, колечки, мячи, кубики и др.). Все они различаются между собой размером (большие, маленькие), формой (круглые, квадратные, овальные), окраской и материалом, из которого изготовлены (пластмассовые, резиновые, деревянные, плюшевые).

Артикуляционная моторика, особенности дыхания и голосообразования оценивают в соответствии с общими моторными возможностями ребенка. Отмечают даже незначительные речедвигательные расстройства. Состояние тонуса мышц артикуляционного аппарата оценивается в покое, при попытках к голосовым и речевым реакциям, в процессе голосовых реакций или речи, при мимических, общих и артикуляционных движениях. У детей с церебральной патологией нарушения тонуса артикуляционных мышц характеризуются спастичностью, гипотонией, дистонией.

У всех детей с церебральной патологией в раннем возрасте выявляются разнообразные нарушения тонуса артикуляционных мышц лица, губ, языка разной степени выраженности. При этом наблюдаются два варианта нарушений тонуса в мышцах артикуляционного аппарата: I вариант – по типу спастичности; II вариант – смешанный, вариативный характер нарушений тонуса, т.е. сочетание спастичности в одних группах мышц, напри-

мер, в язычной мускулатуре, и гипотонии – в других, например, в лицевой и губной мускулатуре.

Изучение двигательных функций артикуляционного аппарата предполагает исследование подвижности губ, языка и мягкого неба. При этом выявляется возможность произвольных и произвольных движений органов артикуляции (по подражанию). Подвижность языка и губ у всех детей ограничена (от полной невозможности до незначительных ограничений артикуляционных движений).

Непроизвольные движения артикуляционного аппарата оцениваются во время еды. Выясняя особенности акта приема пищи, обращается внимание на сосание, откусывание, жевание, снятие пищи с ложки, питье из чашки, глотание. Отмечаются нарушения акта приема пищи: нарушения сосания, глотания, откусывания от куска, питья из чашки.

Отмечается наличие гиперсаливации, патологических рефлексов орального автоматизма (хоботковый, поисковый и др.), оральные синкинезии (при пассивных и активных движениях рук и даже при попытке их выполнения дети непроизвольно широко открывают рот).

Далее изучаются особенности дыхания (тип дыхания, его глубина, частота, ритм), голосообразования (силу и тембр голоса) и просодики (мелодико-интонационные и темпоритмические характеристики голосовых и речевых реакций).

При исследовании контактности учитывается желание и умение ребенка устанавливать контакт со взрослым. Отмечают, насколько легко и быстро ребенок вступает в контакт, заинтересован ли в нем, охотно ли подчиняется взрослому.

Исследуя эмоциональную сферу детей, следует обращать внимание на следующие качества: активность-пассивность, деятельность-инертность. Выявляются особенности преобладающего настроения (бодрое, спокойное, неустойчивое, раздражительное; резкие колебания настроения) и поведения ребенка.

При исследовании средств общения детей учитываются следующие показатели: 1) Невербальные средства общения (недифференцированные движения тела, улыбка, выразительный взгляд, дифференцированные мимические реакции, естественные и специальные жесты, вокализации); 2) Речевые средства общения (различные высказывания детей).

Исследование уровня сформированности навыков самообслуживания включает следующие разделы: самообслуживание при приеме пищи (с 1 года), самообслуживание в одевании и раздевании и навыки личной гигиены (с 2 лет). При этом учитывается степень сформированности навыков: полное отсутствие навыков; частичное владение навыками; владение навыками с небольшой помощью взрослого; самостоятельное владение навыками.

ми.

Навыки самообслуживания при приеме пищи (с 1 года): самостоятельный прием твердой пищи (сухарика, печенья, пряника), держа его в руке; питье из чашки (с помощью взрослого), слегка придерживая ее рукой; самостоятельное питье из чашки, держа ее двумя руками; попытка есть густую пищу ложкой (при помощи взрослого); самостоятельный прием густой пищи ложкой. С 2 лет: частичное раздевание с небольшой помощью взрослого (снимает развязанные ботинки, шапку, стягивает колготки или штаны) и частичное надевание одежды (шапки, туфель, трусов); самостоятельный прием густой и жидкой пищи ложкой, питье из чашки; мытье рук (с небольшой помощью взрослого). С 2,5 лет: самостоятельное раздевание и одевание, за исключением умения застегивать пуговицы и завязывать шнурки; самостоятельное мытье рук, умывание, вытирание, расчесывание волос.

Исследование зрительного восприятия проводится с учетом следующих показателей: зрительное сосредоточение (удержание в поле зрения неподвижного объекта: лица взрослого, игрушки); плавное прослеживание движущегося оптического объекта; узнавание матери, различение близких и чужих людей; рассматривание людей, игрушек, окружающих предметов, находящихся в поле зрения; произвольное переключение взора с одного предмета на другой; зрительное изучение окружающего: рассматривание, узнавание предметов, расположенных в разных местах, удаленных на расстояние; узнавание, различение знакомых предметов, игрушек на однопредметных картинках, где изображение максимально приближено к оригиналу; дифференциация игрушек и однопредметных картинок (сличение предметов, игрушек с их изображением) - с 1,5 лет; рассматривание и узнавание предметов, игрушек на предметных и сюжетных картинках - с 1,5 лет. Зрительное восприятие цвета, формы и величины предметов исследовалось после полутора лет по следующим показателям: соотнесение (сличение) предметов по цвету, форме, величине (с 1,5 лет); различение (выделение по слову) предметов по цвету, форме, величине (с 2 лет); знание и называние цвета, формы, величины предметов (с 2-2,5 лет).

При исследовании зрительного восприятия используются разнообразные предметы окружающей действительности, игрушки, однопредметные и сюжетные картинки, дидактические игрушки (матрешки, пирамидки, вкладыши, доски Сегена).

Уровень развития слухового восприятия оценивается по следующим показателям: слуховое сосредоточение; ориентировочно-поисковая реакция (ищущие повороты головы) на звуковые раздражители, голос и речь взрослого; локализация звука в пространстве (поворот головы в сторону невидимого источника звука и его нахождение); дифференциация тембровой окраски и интонации голоса матери (или другого «близкого» человека) и «чу-

жих» людей; узнавание своего имени (дифференциация своего и чужого имени); различие строгой и ласковой интонации голоса взрослого, различное реагирование на них; различие характера мелодии (веселой и грустной, тихой и громкой); воспроизведение в голосовых реакциях звуков и слогов родного языка (механизм аутоэхолалий и эхолалий); слуховое внимание на речь взрослого.

Исследование познавательной активности и мотивации к деятельности должно пронизывать весь процесс изучения детей. Для их выявления можно не применять специальных методик. За детьми наблюдают не только на специальных занятиях логопеда, педагога-дефектолога, инструктора ЛФК, но и в повседневной жизни, в различные режимные моменты. Отмечаются такие качества, как наличие или отсутствие познавательного интереса, активность и настойчивость в овладении навыками или пассивность ребенка при этом, желание добиться результата или равнодушие ребенка к результату деятельности, целенаправленность деятельности. (Часто уровень развития сферы мотивации не зависит от уровня двигательного развития детей).

Исследование уровня развития деятельности включает: 1) Проявление интереса к игрушкам, избирательность, стойкость игрового интереса (длительно ли занимается одной игрушкой или переходит от одной к другой); 2) Адекватность употребления предметов, игрушек; 3) Характер действий с предметами, игрушками: неспецифические манипуляции (стереотипные действия со всеми предметами-игрушками); специфические манипуляции (учет физических свойств предметов); предметные действия (использование предметов по их функциональному назначению); процессуальные действия (многократное осуществление предметно-игровых действий, не направленных на более отдаленный или конечный результат) – с 1,5 лет; предметная игра с элементами сюжета (цепочка логически связанных, целенаправленных, осмысленных предметно-игровых действий) – с 2 лет.

Исследование предметной деятельности проводится с детьми, не имеющими выраженных нарушений функциональных возможностей кистей и пальцев рук. В процессе обследования используется разнообразное оборудование. При исследовании возможности осуществления манипуляций и предметных действий от 1 года до 1,5 лет используются различные погремушки, резиновые игрушки, кольца на стержне, мячи, кубики, куклы, расческа, ложка, дудочка, машина, молоток, барабан. С целью выявления возможности осуществления процессуальных и предметно-игровых действий используется набор игрушек - кукла, одежда для нее, игрушечная посуда (чашка, тарелка, ложка, кастрюля, крышка), мебель (кровать с постельными принадлежностями, стул, стол), расческа; машинки, набор строительного материала (кубики, крыши, бруски), мяч, кошка, собака, мишка.

Изучение особенностей речевого развития детей включает в себя два направления: исследование понимания обращенной речи (импрессивной речи) и исследование собственной речи (экспрессивной речи). При обследовании понимания обращенной речи, а также при выявлении запаса знаний об окружающем можно встретиться с существенными трудностями. Развитие импрессивной речи и запаса знаний об окружающем в значительной степени зависят от того объема информации об окружающих предметах, игрушках, их свойствах, которые ребенок получил от родителей или других взрослых.

Понимание обращенной речи исследуется с учетом его поэтапного формирования в онтогенезе по следующим показателям: выделение по слову взрослого некоторых знакомых предметов, игрушек, находящихся в определенном месте; знание своего имени, выделение по слову близких людей (матери, отца, бабушки); понимание и выполнение разученных ранее действий по слову взрослого (без указательного жеста): «дай ручку», «до свидания», «ладушки» (при выраженных нарушениях функции рук принималась даже попытка выполнения движений); понимание названий нескольких предметов, игрушек независимо от их местоположения; понимание команды «нельзя» без жестового подкрепления; понимание и выполнение простых речевых инструкций: «дай», «на», «положи», «открой», «закрой», «сними», «надень», «брось», «дай маме», «отдай тете» и др.; выделение по слову предметов и игрушек на предметных картинках, где изображение максимально приближено к оригиналу (при выборе из двух). С 1,5 лет: понимание названий окружающих предметов обихода (посуды, одежды), игрушек, действий; узнавание предметов и игрушек на предметных картинках, действий - на простых сюжетных картинках; показ частей лица и тела на себе, на взрослом и на кукле; выполнение одночленных речевых инструкций: «покачай куклу», «постучи молоточком», «покатай машинку», «покорми лялю».

Ниже приводится карта комплексного обследования детей раннего возраста, которая разрабатывалась и модифицировалась автором в течение более 15 лет в ходе многолетней практической работы в различных медицинских учреждениях: детская психоневрологическая больница № 18, Республиканское объединение по реабилитации детей и инвалидов «Детство» (промежуточные варианты ее ранее опубликовывались в разных изданиях, как правило, без ссылок на автора).

КАРТА-СХЕМА КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ
детей раннего возраста

I. СОЦИАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ
КОНТАКТ (эмоциональный, жестово-мимический, речевой):
- В контакт не вступает

- Контакт формальный (чисто внешний)
- В контакт вступает не сразу, с большим трудом. Не проявляет в нем заинтересованности
- Контакт избирательный
- Легко и быстро устанавливает контакт, проявляет в нем заинтересованность, охотно подчиняется
ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СФЕРА:
- пассивный, вялый, инертный
- повышенная эмоциональная возбудимость, раздражительность
- колебания настроения
- активный, бодрый, деятельный
СРЕДСТВА ОБЩЕНИЯ:
1) <i>Невербальные средства:</i>
- Общение слабо выражено и реализуется посредством недифференцированных движений тела в сочетании с невыразительной улыбкой и криком
- Общение посредством движений тела, головы, улыбки, голосовых реакций
- Общение посредством дифференцированных голосовых и мимических реакций, выразительного взгляда, естественных и специальных жестов
2) <i>Речевые средства (различные высказывания):</i>
НАВЫКИ САМООБСЛУЖИВАНИЯ (при приеме пищи, в одевании и раздевании, навыки личной гигиены):
- Полное отсутствие навыков
- Частичное владение навыками
- Владение навыками с небольшой помощью взрослого
- Самостоятельное владение навыками
II. ДВИГАТЕЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ
ОБЩАЯ МОТОРИКА:
<i>Сформированность основных двигательных навыков:</i>
- Удержание головы
- Самостоятельное сидение
- Удержание вертикального положения стоя (у опоры / самостоятельно)
- Ходьба с поддержкой
- Самостоятельная ходьба
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КИСТЕЙ И ПАЛЬЦЕВ РУК:
- Направление руки к предмету
- Захват предмета, его удержание в руке
- Произвольное отпускание предмета
- Простейшие манипуляции с предметами
- Свободное манипулирование предметами
- Дифференцированные движения пальцев рук
- Выделение ведущей руки (правая / левая)
АРТИКУЛЯЦИОННАЯ МОТОРИКА:
- Неврологический синдром в мышцах и моторике артикуляционного аппарата (спастический парез, гиперкинезы, атаксия)
Лицевая мускулатура:
- Гипомимия
- Тонус лицевой мускулатуры: спастичность / гипотония / дистония / N
- Сглаженность носогубных складок
- Оральные синкинезии
- Асимметрия лица

- Гиперкинезы лица
Губы: N, толстые/тонкие; наличие расщелины
- Тонус губной мускулатуры: спастичность / гипотония / дистония / N
- Подвижность: губы малоподвижные/подвижные
Зубы: крупные, мелкие, редкие, частые, нарушение зубного ряда, N
- Прикус: передний открытый, боковой открытый, прогнатия, прогения, правильный
Твердое небо: готическое, низкое, уплощенное, наличие расщелины, N
Мягкое небо: длинное/короткое, подвижное/малоподвижное, отклонение увуля
Движение нижней челюсти: - открывание/закрывание рта - умение держать рот закрытым
Язык: толстый, маленький, узкий, раздвоенный, невыраженность кончика, укорочение подъязычной связки
- Тонус язычной мускулатуры: спастичность / гипотония / дистония / N
- Гиперкинезы языка
- Тремор языка
- Девиация (отклонение) языка в сторону
Объем артикуляционных движений языка:
- Строго ограничен / Неполный / Снижение амплитуды артикуляционных движений / В полном объеме
- Умение удержать артикуляционную позу
- Способность к переключению
- Произвольное высовывание языка
- Подъем языка
- Боковые отведения (вправо/влево)
- Пощелкивание
- Облизывание губ (круговые движения языка)
Глоточный и небный рефлекс: - повышен/понижен/нормальный
Наличие патологических рефлексов орального автоматизма (губной, хоботковый, поисковый, ладонно-рото-головной и др.)
Вегетативные расстройства:
- Гиперсаливация: - постоянная/ усиливающаяся при определенных условиях
Жевание: - отсутствие жевания твердой пищи / затруднение жевания / N
Глотание: - не нарушено; поперхивается, захлебывается при глотании
III. ПОЗНАВАТЕЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ:
УРОВЕНЬ РАЗВИТИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ И МОТИВАЦИИ
- отсутствие или крайне низкая познавательная активность и мотивация к деятельности
- снижение познавательной активности и мотивации к различным видам деятельности
- недостаточность познавательной активности и мотивации к деятельности
- ярко выраженная познавательная активность и мотивация
ВНИМАНИЕ:
- Низкая концентрация и неустойчивость внимания (ребенок плохо сосредотачивается, с трудом удерживает внимание на объекте)
- Внимание неустойчивое, поверхностное. Быстро истощается
- Внимание недостаточно устойчивое
- Длительность сосредоточения и переключения внимания удовлетворительные
УРОВЕНЬ РАЗВИТИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ:
1) Проявление интереса к игрушкам, избирательность, стойкость игрового интереса (длительно ли занимается одной игрушкой или переходит от одной к другой):
- Интерес к игрушкам не проявляет (С игрушками никак не действует. В совместную игру со взрослым не включается. Самостоятельной игры не организует).

- Проявляет поверхностный, не очень стойкий интерес к игрушкам., предметам
- Проявляет стойкий избирательный интерес к игрушкам.
2) Адекватность употребления игрушек:
- Совершает неадекватные действия с предметами (нелепые, не диктуемые логикой игры или качеством предмета действия).
- Игрушки использует адекватно (использует предмет в соответствии с его назначением).
3) Характер действий с предметами-игрушками:
а) Неспецифические манипуляции (со всеми предметами действует одинаково, стереотипно - постукивает, перекладывает, тянет в рот, сосет, бросает).
б) Специфические манипуляции - учитывает только физические свойства предметов.
в) Предметные действия - использует предметы в соответствии с их функциональным назначением.
г) Процессуальные действия (с 1,5 лет).
д) Игра с элементами сюжета (с 2 лет).
ЗАПАС ЗНАНИЙ ОБ ОКРУЖАЮЩЕМ: - Отсутствует или крайне низкий
- Строго ограничен
- Несколько снижен
- Соответствует возрасту
СЕНСОРНОЕ РАЗВИТИЕ:
СОСТОЯНИЕ ЗРЕНИЯ: близорукость, дальновзоркость, косоглазие, атрофия зрительного нерва, нистагм, N
ЗРИТЕЛЬНОЕ ВОСПРИЯТИЕ:
- Зрительное сосредоточение (удержание в поле зрения неподвижного объекта: лица взрослого, игрушки).
- Прослеживание движущегося оптического объекта: фрагментарное/плавное.
- Узнавание матери, различение близких и чужих людей.
- Рассматривание людей, игрушек, окружающих предметов, находящихся в поле зрения; произвольное переключение взора с одного предмета на другой.
- Зрительное изучение удаленных предметов
- Узнавание, различение знакомых предметов, игрушек на однопредметных картинках, где изображение максимально приближено к оригиналу.
- Дифференциация игрушек и однопредметных картинок (сличение предметов, игрушек с их изображением) - с 1,5 лет.
- Рассматривание и узнавание предметов, игрушек на предметных и сюжетных картинках - с 1,5 лет.
- Соотнесение (сличение) предметов по цвету, форме, величине (с 1,5 лет).
- Различение (выделение по слову) предметов по цвету, форме, величине (с 2 лет).
- Знание и называние цвета, формы, величины предметов (с 2-2,5 лет).
СОСТОЯНИЕ СЛУХА: снижение слуха / N
СЛУХОВОЕ ВОСПРИЯТИЕ:
- Слуховое сосредоточение.
- Ориентировочно-поисковая реакция (ищущие повороты головы) на звуковые раздражители, голос и речь взрослого.
- Локализация звука в пространстве (поворот головы в сторону невидимого источника звука и его нахождение).
- Дифференциация тембровой окраски и интонации голоса матери (или другого «близкого» человека) и «чужих» людей.
- Узнавание своего имени (дифференциация своего и чужого имени).
- Различение строгой и ласковой интонации голоса взрослого.

- Слуховое внимание к речи взрослого.
ВОСПРИЯТИЕ ПРОСТРАНСТВЕННЫХ ОТНОШЕНИЙ:
- Знание и показ частей тела и лица.
- Ориентировка в сторонах собственного тела.
- Целостный образ предмета.
- Дифференцирование пространственных понятий (справа-слева, выше-ниже, дальше-ближе, впереди-сзади, в центре).
- Конструктивный праксис.
IV. РЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ
ДОРЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ: - Протекало с выраженной задержкой
- Протекало с задержкой
- Нормальное (по возрасту)
Время появления и особенности голосовых реакций:
- Крик
- Гуление
- Лепет
ПОНИМАНИЕ ОБРАЩЕННОЙ РЕЧИ:
- Не понимает обращенную речь
- Понимание обращенной речи ограниченное (ситуативное). Выполняет простые речевые инструкции
- Понимание обращенной речи на бытовом уровне. Выполняет сложные речевые инструкции
- В полном объеме
ХАРАКТЕРИСТИКА СОБСТВЕННОЙ РЕЧИ (экспрессивная речь)
1-й уровень речевого развития:
- Полное отсутствие звуковых и словесных средств общения
- Произносит отдельные звуки, звукокомплексы
- Произносит несколько лепетных и общеупотребительных слов и звукоподражаний
Использует невербальные средства общения (выразительную мимику, жесты, интонацию).
2-й уровень речевого развития:
- Пользуется простой фразой
- Аграмматичная, неразвернутая (упрощенная), структурно нарушенная фраза. Активный словарь состоит из существительных, реже встречаются глаголы и прилагательные. Предлоги употребляются редко. Слоговая структура слов нарушена
3-й уровень речевого развития: Пользуется развернутой фразой. Недостаточная сформированность лексико-грамматического строя речи (ошибки в падежных окончаниях, смешение временных и видовых форм глаголов, ошибки в согласовании и управлении). Слоговая структура слов не нарушена. Синтаксические конструкции фраз бедные. Фонетико-фонематические нарушения
4-й уровень речевого развития: Лексико-грамматическая и фонетико-фонематическая недостаточность
Н: Пользуется развернутой фразой. Связная речь сформирована
ОСОБЕННОСТИ РЕЧИ: - Проявляет склонность к эхολалии.
- Наличие речевых штампов.
ЛЕКСИКО-ГРАММАТИЧЕСКИЙ СТРОЙ РЕЧИ:
СЛОВАРНЫЙ ЗАПАС: - резко ограничен / беден / в пределах обихода / достаточный
ГРАММАТИЧЕСКИЙ СТРОЙ: - Не сформирован
- Сформирован недостаточно
- Сформирован (N)

СЛОГОВАЯ СТРУКТУРА СЛОВ: Нарушена/не нарушена (N)
ФОНЕТИЧЕСКИЙ СТРОЙ РЕЧИ:
Антропофонические (фонетические) дефекты звукопроизношения - искажения
- Усредненность гласных; Недостаток произношения свистящих/шипящих/соноров/ губно-губных/губно-зубных/средненебных/заднеязычных/твердых согласных/звонких согласных
- Изолированно произносит все звуки правильно, но при увеличении речевой нагрузки - общая смазанность речи
- Фонетический строй речи сформирован достаточно (N)
Фонологические дефекты (нарушение дифференциации звуков): - Замены
- Смещения
Фонематические процессы: Нарушены/сохранны
- Узнает неречевые звуки
- Различает высоту и тембр голоса (на звукоподражаниях)
- Различает слова-паронимы (близкие по звуковому составу)
- Различает и повторяет близкие слоги: ма-на, ба-па, да-га
Разборчивость речи:
- Речь невнятная, смазанная, малопонятная для окружающих
- Разборчивость речи несколько снижена, речь нечеткая
- Разборчивость речи не нарушена (N)
ДЫХАНИЕ: Свободное/затрудненное/поверхностное/неровное, неритмичное
- Дифференциация носового и ротового выдоха
ГОЛОС:
- Недостаточная сила голоса: - Тихий, слабый, истощающийся
- Нарушения тембра голоса: глухой/сдавленный/хриплый/назализованный/ напряженный/дрожащий
- Сильный, звонкий (N)
Синхронность дыхания, голосообразования и артикуляции: нарушена/сохранна
Просодическая организация звукового потока:
Мелодико-интонационная сторона речи: N
- Нарушение интонационного оформления речи
- Отсутствие голосовых модуляций (голос немодулированный)
- Слабая выраженность голосовых модуляций (голос монотонный, мало модулированный)
Темп речи: нормальный/тахилалия/брадилалия/запинки/заикание
Ритм речи: нормальный/растянутый/скандированный

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Итак, у детей с двигательной патологией уже на первом году жизни отмечаются сложные сочетанные нарушения развития. Поэтому необходимо раннее выявление нарушений психофизического развития, а также организация целенаправленной коррекционной работы с детьми.

3. КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩАЯ ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ С ДВИГАТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ПЕРВЫЕ ГОДЫ ЖИЗНИ.

Основными принципами, определяющими систему и последовательность коррекционно-развивающего воздействия на детей с двигательными нарушениями, являются следующие:

- Комплексный характер коррекционно-развивающей работы предусматривает постоянный учет взаимовлияния двигательных, психических и речевых нарушений в динамике продолжающегося развития ребенка. Вследствие этого необходима совместная стимуляция развития всех моторных, познавательных, доречевых и речевых функций, а также предупреждение и коррекция их нарушений.

- Раннее начало онтогенетически последовательного поэтапного коррекционно-развивающего воздействия, опирающегося на сохранные функции. Коррекционная работа строится не с учетом возраста, а с учетом индивидуального уровня развития ребенка.

- Коррекционно-педагогическая работа основана на тесном единстве с лечебными мероприятиями, направленными на развитие двигательных функций. Сочетание логопедической работы с восстановительным лечением (медикаментозные средства, массаж, ЛФК, физиотерапия, ортопедическая помощь) является важным условием комплексного воздействия специалистов медико-педагогического блока. Необходима согласованность действий логопеда-дефектолога, невропатолога, врача и инструктора ЛФК и их общая позиция при обследовании, постановке диагноза и медико-педагогической коррекции. С целью подбора наиболее эффективных и адекватных приемов коррекции важно учитывать взаимосвязь двигательных, психических и речевых расстройств при ДЦП, общность поражения артикуляционной и общей моторики (например, необходимо подавлять патологическую рефлекторную активность как в речевой, так и в скелетной мускулатуре). При этом необходимо одновременное развитие и коррекция нарушений артикуляционной моторики и функциональных возможностей кистей и пальцев рук.

- Коррекционная работа организуется в рамках ведущей деятельности. При этом стимулируется ведущий для данного возраста вид деятельности: в младенческом возрасте – эмоциональное общение ребенка со взрослым, в раннем возрасте – предметная деятельность.

- Развитие скоординированной системы межанализаторных связей, опора на все анализаторы с обязательным включением двигательного-кинестетического анализатора. Желательно задействовать одновременно несколько анализаторов (зрительный, тактильный, слуховой).

- Динамическое наблюдение за психофизическим развитием ребенка в течение длительного времени. При этом эффективность диагностики и коррекции значительно повышается. Это особенно важно при коррекционной работе с детьми с тяжелыми и сочетанными нарушениями.

- Гибкое сочетание различных видов и форм коррекционной работы.
- Тесное взаимодействие с родителями и всем окружением ребенка, которое является залогом эффективности коррекционно-развивающего воздействия. Необходима такая организация среды (быта, воспитания), которая могла бы максимальным образом стимулировать развитие ребенка, сглаживать негативное влияние заболевания на его психическое состояние.

Родители являются наиболее важным звеном в лечебно-педагогических мероприятиях с ребенком с двигательной патологией. Мать должна быть очень внимательна к своему ребенку и первой бить тревогу при задержке и нарушении не только двигательного развития, но и познавательного и доречевого. Только семья может закрепить у ребенка те навыки, которых добились в процессе коррекционной работы с ним инструктор ЛФК, логопед, дефектолог. Мать и другие члены семьи должны стремиться овладеть теми знаниями и простейшими навыками коррекционно-развивающей работы, которые помогут их ребенку добиться максимальных успехов в своем развитии.

Коррекционно-развивающая работа проводится в процессе целенаправленного общего развития ребенка, а также коррекции нарушений развития.

Основными направлениями коррекционно-развивающей педагогической работы в младенческом возрасте (в доречевой период) являются следующие:

- Развитие эмоционального общения со взрослым (стимуляция “комплекса оживления”, стремления продлить эмоциональный контакт со взрослым, включения общения в практическое сотрудничество ребенка со взрослым).
- Развитие сенсорных процессов (зрительного сосредоточения и плавного прослеживания; слухового сосредоточения, локализации звука в пространстве, восприятия различно интонируемого голоса взрослого; двигательно-кинестетических ощущений и пальцевого осязания).
- Формирование подготовительных этапов понимания речи.
- Стимуляция голосовых реакций, звуковой, а позже и речевой активности, (недифференцированной голосовой активности, гуления, лепета, лепетных слов и звукоподражаний, общеупотребительных слов, простых фраз и т.д.).

- Формирование движений руки и действий с предметами (нормализация положения кисти и пальцев рук, необходимых для формирования зрительно-моторной координации; развитие хватания и манипулятивной функции - неспецифических и специфических манипуляций; дифференцированных движений пальцев рук).

- Нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата (уменьшение степени проявления двигательных дефектов речевого аппарата - спастического пареза, гиперкинезов, атаксии, тонических нарушений управления типа ригидности). Развитие подвижности органов артикуляции.

- Коррекция кормления (сосания, глотания, жевания). Стимуляция рефлексов орального автоматизма (в первые 3 месяца жизни), подавление оральных автоматизмов (после 3-х месяцев).

- Развитие дыхания и голоса (вокализация выдоха, увеличение объема, длительности и силы выдоха, выработка ритмичности дыхания и движений ребенка).

Основными направлениями коррекционно-педагогической работы с детьми раннего возраста являются следующие:

I. Развитие познавательной деятельности.

При реализации этого направления решаются следующие задачи.

1. Развитие различных форм общения ребенка со взрослым (стимуляция стремления продлить эмоциональный, жестово-мимический контакт со взрослым, включение ребенка в практическое сотрудничество со взрослым).

2. Формирование познавательной активности, мотивации к деятельности, интереса к окружающему миру.

3. Развитие знаний об окружающем и понимания обращенной речи (на доступном уровне).

4. Стимуляция сенсорной активности (зрительного, слухового, кинестетического восприятия).

5. Формирование предметной деятельности (использования предметов по функциональному назначению, способности произвольно включаться в деятельность).

6. Развитие произвольного, устойчивого внимания.

II. Стимуляция развития голосовых реакций, звуковой и собственной речевой активности. В ходе логопедической работы учитываются этапы доречевого (недифференцированные голосовые реакции, гуление, лепет) и речевого развития (лепетные, общеупотребительные слова и звукоподражания, простые фразы из 2-3 слов, неразвернутая (упро-

щенная) структурно нарушенная фраза, развернутая фраза с лексико-грамматическими нарушениями и т.д.).

Необходимо активизировать любые доступные ребенку голосовые, звуковые реакции и речевые высказывания. Методика предусматривает создание педагогических условий, обеспечивающих поэтапное развитие и совершенствование лексической стороны речи, а также усвоение грамматических категорий. Для повышения эффективности работы используются игры, создаются игровые ситуации, где отрабатываемый лексико-грамматический материал включается в речевую практику детей, во все виды их деятельности. Для общения с окружающими у детей с выраженной задержкой речевого развития формируются жестовые, мимические, голосовые, звукопроизносительные реакции, тренируются и закрепляются навыки произвольного произнесения слогов, слоговых комплексов, облегченных слов.

III. Стимуляция двигательного развития и коррекция его нарушений (речедвигательных расстройств, нарушений функциональных возможностей кистей и пальцев рук и общей моторики).

При реализации этого направления решаются следующие задачи.

1. Уменьшение степени проявления двигательных дефектов артикуляционного аппарата (спастического пареза, гиперкинезов, атаксии), а в более легких случаях – нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата. Для этого используются различные методы:

- Дифференцированный логопедический массаж лицевой, губной и язычной мускулатуры в зависимости от характера нарушения тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата (расслабляющий – при спастичности мышц, стимулирующий – при гипотонии). Массажу язычной мускулатуры придается особое значение не только для нормализации тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата, но и в целях уменьшения гиперсаливации, развития кинестетических ощущений, укрепления глоточного рефлекса. Массаж языка может осуществляться различными способами – специальными зубными щетками, деревянным шпателем, мануальным.

- Пассивная артикуляционная гимнастика с элементами активной гимнастики, проводимые с целью включения в процесс артикулирования новых групп мышц или увеличения подвижности ранее включенных.

- Метод искусственной локальной контрастотермии – сочетание искусственной локальной гипотермии (криомассажа) и гипертермии (тепломассажа). Этот метод применяется для уменьшения спастичности мышц артикуляционного аппарата и гиперкинезов

язычной и лицевой мускулатуры. Контрастотермальное воздействие оказывается не только на артикуляционную мускулатуру, но и на кисти рук.

2. Развитие дыхания, голоса, голосовых модуляций и коррекция их нарушений. При решении этой задачи применяются дыхательная и голосовая гимнастика. Целью дыхательных упражнений является увеличение объема, глубины и силы вдыхаемого и выдыхаемого воздуха, а также нормализация ритма дыхания. Дыхательная гимнастика проводится сначала в пассивной форме, а затем постепенно переводится в активную (путем подражания действиям взрослого). Голосовые упражнения по развитию силы, тембра, высоты голоса, голосовых модуляций используются на третьем году жизни.

3. Развитие функциональных возможностей кистей и пальцев рук и зрительно-моторной координации. В ходе коррекционной работы учитываются этапы становления моторики кистей и пальцев рук в онтогенезе: развитие опорной функции на раскрытые кисти, осуществление произвольного захвата предметов кистью, отпускание предмета, включение пальцевого захвата, противопоставление пальцев, постепенно усложняющиеся манипуляции, дифференцированные изолированные движения пальцев рук. При этом используются: мануальный и щеточный массаж пальцев и кистей, потряхивание рук (по методике Фелпса), пассивные и активные упражнения.

4. Стимуляция общей двигательной активности.

В зависимости от структуры нарушений коррекционно-педагогическая работа должна строиться дифференцированно.

Для каждого ребенка нужно составить индивидуальную комплексную программу, включающую перспективный план работы и конкретные коррекционные задачи на ближайшее время. Все занятия должны носить комбинированный характер, состоять из нескольких частей, каждая из которых посвящена решению определенной задачи и предусматривает новый вид деятельности. Одновременно нужно решать развивающие и коррекционные задачи. Постепенно содержание занятий расширяется и усложняется.

СОДЕРЖАНИЕ КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ.

I. Развитие познавательной деятельности.

1. Формирование различных форм общения и взаимодействия со взрослым.

В ходе работы, развивая различные формы общения ребенка со взрослым, нужно стимулировать стремление установить и продлить эмоциональный, жестово-мимический контакт, а также включить ребенка в практическое сотрудничество со взрослым. Важной задачей при этом является формирование способов усвоения общественного опыта.

На первых этапах коррекционно-развивающей работы важным разделом является стимуляция эмоционального общения, формирование «комплекса оживления». Для выработки потребности в общении, первых эмоционально-коммуникативных реакций, взрослый, улыбаясь, наклоняется над ребенком, старается «поймать» его взгляд, при необходимости использует тактильный контакт (поглаживает его), придавая голосу певучий, ласковый оттенок, поет песенки. Мы обращались к ребенку ласково по имени, стремясь удержать взгляд ребенка на своем лице.

Постепенно у ребенка формируют положительное отношение к игрушке. Для этого ласковым разговором привлекают внимание ребенка к лицу взрослого, вызывают ответную улыбку, после чего переводят его взгляд на игрушку. Постепенно при виде лица взрослого или игрушки у ребенка будут появляться улыбка, смех, «комплекс оживления», различные голосовые реакции.

Далее проводится работа по установлению эмоциональных контактов ребенка с близкими взрослыми, а также дифференциации «близких» и «чужих» взрослых. При встрече ребенка учат здороваться (протягивать руку знакомым), при прощании – махать рукой («пока», «до свидания»), выражать просьбу («дай») при показе яркой, интересной игрушки, выражать благодарность жестом (кивком головы) или словом («спасибо»). С целью установления и продления эмоционального и жестово-мимического контакта можно проводить различные игры: «Забодаю – забодаю», «Ку-ку», «Заводная игрушка».

В дальнейшем у ребенка формируется понятие о себе (своего «Я»). Нужно учить ребенка в ответ на вопрос «Где наша девочка Маша?» показывать на себя и по возможности называть свое имя. Если ребенок никак не действует, можно ласково сказать «Вот наша Машенька! Какая ты красивая!», погладить ее по голове, при этом рука ребенка должна показывать на себя (можно пассивно).

На третьем году жизни большое внимание уделяется восприятию ребенком своего сверстника и взаимодействию с ним: здороваться, протягивать ручку, брать или давать игрушки, прощаться.

2. Стимуляция сенсорной активности (зрительного, слухового, тактильно-кинестетического восприятия).

Сенсорное воспитание направлено на развитие всех видов восприятия ребенка (зрительного, слухового, тактильно-кинестетического), на основе которых формируются полноценные представления о внешних свойствах предметов, их форме, величине, цвете, положении в пространстве. Оно предполагает развитие у ребенка ориентировочно-исследовательских реакций и дальнейшей ориентировки на свойства и качества предме-

тов. Сенсорное воспитание также развивает мышление ребенка, так как оперирование сенсорной информацией, поступающей через органы чувств, осуществляется в форме мыслительных процессов.

А. Развитие зрительного восприятия.

Развитие зрительного восприятия начинается с формирования зрительного сосредоточения и прослеживания оптического объекта. Сначала взрослый стимулирует развитие зрительной фиксации на лице взрослого, а затем на игрушке (лучше с мягким очертанием силуэта, но с интенсивной цветной окраской, размером 7 x 10 см). В дальнейшем начинается тренировка согласованных движений головы и глаз, возникающих при условии плавного прослеживания глазами объекта. По мере продвижения оптического объекта (лица взрослого, затем игрушки) необходимо пассивно поворачивать голову ребенка в направлении движения объекта. При ослаблении интереса ребенка к игрушке подключают звуковой компонент.

Дальнейшее развитие зрительного восприятия направлено на формирование плавности прослеживания за движущимся предметом (в горизонтальной, вертикальной плоскости), устойчивости фиксации взора при изменении положения головы и туловища. Необходимо проводить специальные игры с ребенком, приближая свое лицо к ребенку и удаляя его, ласково разговаривая с ним. Также используются яркие озвученные игрушки. При этом ребенок находится в различных положениях (лежа, сидя, вертикально - на руках взрослого).

На более поздних этапах необходима выработка зрительных дифференцировок. Для занятий подбираются игрушки, различные по цвету, величине, форме, звучанию. Внимание ребенка привлекается не только к игрушкам, но и окружающим предметам и людям. Для этого проводятся различные игры («Прятки», «Ку-ку», когда логопед или мать накидывают на голову платок или прячутся за шкаф, спинку стула, ширму).

С полутора лет проводится коррекционно-педагогическая работа по развитию ориентировки на величину, форму и цвет предметов по следующим этапам: 1) сличение величины, цвета или формы («дай такой, не такой»). 2) Выделение по слову величины, цвета или формы («дай красный», «дай большой», «дай круглый»). 3) Называние признака - величины, цвета, формы - ребенком (для детей, владеющих речью).

Б. Развитие слухового восприятия.

Развитие слухового восприятия начинают с формирования слухового сосредоточения (на голосе и звуке). Для этого используют период, когда ребенок находится в эмоцио-

нально отрицательном состоянии - в период несильного плача или общих движений. Взрослый наклоняется к ребенку, ласково разговаривает с ним, потряхивает погремушкой, добиваясь привлечения внимания ребенка и его успокоения. Звуковые раздражители варьируют от нерезких звуков (звучание погремушки, легкое постукивание одной игрушки о другую) до более громкого звучания (звук пищущей игрушки).

Дальнейшее развитие слухового восприятия идет при формировании умения локализовать звук в пространстве. В качестве звуковых раздражителей ребенку предлагаются игрушки, различные по звучанию (громкие-тихие, высокие-низкие, пищущие, звенящие), а также различно интонируемый голос взрослого. Предлагая ребенку озвученную игрушку, затем разговаривая с ним, его учат прислушиваться к звучанию игрушки и голосу взрослого, а затем отыскивать их глазами. При этом сначала ребенок видит игрушку и лицо взрослого, которые постепенно оказываются вне поля его зрения. Если ребенок с двигательной патологией не может сам повернуть голову к источнику звука, логопед делает это пассивно.

Далее детей обучают дифференциации тембровой окраски и интонации голоса матери (или другого близкого человека) и «чужих» людей, используя при этом зрительное подкрепление. Параллельно ведется формирование других дифференцированных реакций: узнавание своего имени, различение строгой и ласковой интонации голоса взрослого и адекватной реакции на них, дифференциация характера мелодии (веселой и грустной, тихой и громкой). С детьми проводятся специальные упражнения на формирование дифференциации звучания игрушек: дудки, барабана, погремушки (выбор из двух). Особо важное значение уделяется развитию слухового внимания к речи взрослого.

В. Развитие тактильно-кинестетического восприятия.

Коррекция нарушений тактильно-кинестетического восприятия начинается с массажа и пассивной гимнастики (для улучшения проприоцептивных ощущений). Развитие тактильно-кинестетических ощущений проводится на 3-м году жизни параллельно с формированием знаний о свойствах предметов: мягкий-твердый, тяжелый-легкий (вес), холодный-теплый (температура). Понятие о мягкости-твердости дается на разном материале: мягкая шапочка, мягкий пластилин, твердый сахар, твердое яблоко. Понятие о весе дается на материале: тяжелый молоток, тяжелый стул, легкий шарик, легкий кубик. Понятие о тепловых ощущениях проводится на сравнении: холодная и теплая вода, холодный и теплый день, холодный лед, теплая батарея, а также в ходе проведения искусственной локальной контрастотермии. Например, можно дать ребенку пощупать вату («Чувствуешь, вата мягкая?»), а потом кусок дерева («Дерево твердое»).

Г. Формирование начальных пространственных представлений.

Формирование пространственных представлений является важным разделом сенсорного воспитания детей с двигательной патологией, начиная с 1,5-2 лет. Формирование пространственных представлений начинается с развития представлений о схеме своего тела и расположении и перемещении тела в пространстве. Для формирования представлений о схеме тела используется зеркало, в котором ребенок видит свое отражение. Ребенка подводят к зеркалу и говорят: "Посмотри, вот твой нос, рот и т.д.", "Потрогай свой нос, лоб, глаза и т.д.". Затем действия переносятся на взрослого: "Посмотри, вот мои руки и т.д."

На следующем этапе эти упражнения выполняются на кукле, на картинке с изображением человека и т.д. При изучении схемы лица и тела большое внимание уделяется закреплению представлений о правой и левой стороне тела и лица как самого ребенка и других людей. Ориентировка по основным пространственным направлениям формируется в упражнениях с мячом, флажком, перемещении в пространстве. В ходе таких упражнений усваиваются и закрепляются понятия "вперед", "позади", "справа", "слева", "далеко", "близко", "ближе", "дальше".

Для развития оптико-пространственного восприятия ребенка обучают составлению разрезных картин из 2-х (затем из 3-х) частей, составлению сюжетных картинок из кубиков с частями изображения, построению геометрических форм и предметных изображений из палочек.

3. Формирование познавательной активности и мотивации к деятельности.

Развитие познавательной активности и мотивации к различным видам деятельности проходит через весь процесс коррекционно-педагогической работы с детьми, а также в повседневной жизни, в различные режимные моменты. Стимулируются познавательный интерес, активность и настойчивость в овладении навыками, целенаправленность деятельности, желание добиться ее результата. Для их развития применяются различные игры и игровые ситуации с использованием ярких игрушек.

4. Развитие знаний об окружающем и понимания обращенной речи (на доступном уровне).

Подготовка ребенка к формированию у него понимания обращенной речи начинается с развития восприятия различных интонаций голоса взрослого. Необходимо добиваться от ребенка не только восприятия различных интонаций голоса (ласковой, нежной,

радостной; сердитой, грубой), но и адекватной реакции на них (улыбки, смеха или обиды, плача). Первичное понимание обращенной речи происходит при совпадении звучания слова, произносимого взрослым, с предъявлением предмета, который оно обозначает. Ребенку предлагают запомнить названия ярких игрушек, которые вызывают достаточно сильные ориентировочные реакции. Для запоминания используются двусложные лепетные слова или звукоподражания: *ляля, киса (мяу), би-би, ав-ав*. При обучении запоминанию названий игрушек или других окружающих предметов нужно, чтобы они находились всегда в определенном месте, в поле зрения ребенка. Одновременно с предъявлением игрушки в момент фиксации взора на ней произносится ее название. Взрослый произносит слова медленно, певуче, с разными интонациями. При этом он пассивно выполняет руками ребенка различные манипуляции с игрушкой (ощупывающие, поглаживающие движения). При обучении ребенка поиску названной игрушки взрослый постепенно добивается от него нахождения взглядом игрушки или предмета (*Где ляля? Вот ляля! На, возьми!*). При необходимости нужно пассивно поворачивать голову ребенка в сторону названной игрушки. После того как ребенок запомнил название одной игрушки, переходят к формированию у него понимания названия другой игрушки, отдаленной от первой в пространстве.

При развитии понимания обращенной речи отрабатываются следующие умения:

- запоминание названий игрушек, окружающих предметов и лиц, и нахождение их по слову взрослого;
- запоминание названий простых движений (*до свидания, ладушки, сорока-ворона, дай, на, возьми, дай ручку*) и выполнение этих движений по словесной инструкции;
- адекватное включение ребенка в игру со взрослым (*прятки, ку-ку, забодаю, ой, боюсь*);
- выполнение по слову различных манипуляций и действий с предметами, игрушками.
- формирование представлений о функциональном назначении предметов, адекватных действий с ними.
- соотнесение игрушек и предметов окружающей действительности с их изображением на картинках.
- ознакомление детей с различными свойствами и качествами предметов.

5. Формирование манипулятивных и предметных действий.

Необходимо учитывать поэтапность формирования манипулятивных, предметных и игровых действий в онтогенезе: хватание, неспецифические и специфические манипуляции, предметные действия, процессуальные действия, предметная игра с элементами сюжета.

При формировании специфических манипуляций ребенка учат сжимать и разжимать пищущие резиновые игрушки, размахивать звенящими погремушками, раскачивать подвешенные игрушки, катить мячи или шары. При формировании предметных действий используются пирамидки, кубики-вкладыши, матрешки, куклы, расческа, ложка, дудочка, молоток, барабан. Детей обучают снимать и надевать кольца со стержня пирамидки, открывать и закрывать крышкой коробки или кастрюли, стучать молотком; бить по барабану; дуть в дудочку, катить и бросать мяч, открывать и закрывать части складной матрешки и т.д. В процессе проведения режимных моментов дети знакомятся с функциональным назначением таких предметов, как ложка, чашка, тарелка и т.д.

При формировании процессуальных и предметно-игровых действий используют набор игрушек - кукла, одежда для нее, игрушечная посуда (чашка, тарелка, ложка, кастрюля, крышка), мебель (кровать с постельными принадлежностями, стул, стол), расческа; машинки, набор строительного материала (кубики, крыши, бруски), мяч, кошка, собака, мишка. Взрослый выполняет процессуальные и предметно-игровые действия с различными игрушками, пытаясь эмоционально вовлечь ребенка в деятельность. Давая ребенку в руки куклу, предлагает покормить ее, причесать, раздеть, уложить спать, покачать, одеть на прогулку. Для создания игровой ситуации прибегают к выразительным жестам: прикладывают палец к губам, когда кукла «спала»; грозят ей, если она «плохо ела». Из набора строительных материалов (кубиков, брусков, крыш) можно построить башню, дом, дорогу, ворота, предлагая ребенку принять участие в строительстве, катают в машине куклу-мишку.

II. Развитие голосовых реакций и речевой активности.

Важным разделом педагогической работы является стимуляция голосовых реакций, звуковой и речевой активности ребенка. В ходе коррекционно-развивающей работы необходимо учитывать этапы доречевого и раннего речевого развития: недифференцированная голосовая активность, гуление, лепет, лепетные слова и звукоподражания, общеупотребительные слова и т.д. Нужно стимулировать у детей любые доступные голосовые, звуковые реакции, а в последующем слова.

Каждое занятие по стимуляции гуления, а позже и лепетной активности начинается с вовлечения ребенка в эмоциональный контакт. При этом можно проводить следующие упражнения:

- С улыбкой, то наклоняясь к лицу ребенка, то отдаляясь от него, взрослый отчетливо произносит определенные звуки гуления и лепета. Один и тот же звукокомплекс

(«гу», «бо», «ма» и др.) повторяется несколько раз через определенные интервалы, с разными интонациями, побуждая ребенка к отраженному произнесению.

- Упражнения, направленные на произнесение слогов «ма», «ба», «па» и т.д. Для этого в моменты голосовой активности подключается пассивная вибрация нижней губы. Ритмичные смыкания и размыкания губ создают возможность произнесения губных звуков: «п», «б», «м».

- Сочетание произвольной вокализации и пассивной вибрации губ. Создаются определенные уклады губ для утрированного произнесения гласных звуков: «а», «о», «у», «и».

Например, при вызывании слога «ба» смыкание губ сочетается с широким открытием рта, свойственным утрированному произнесению звука «а». Для вызывания слога «бо» губы ребенка собираются в «хоботок», в таком положении производится пассивное смыкание губ (при помощи взрослого).

Далее стимулируется произнесение лепетных слов, которые произносятся ребенком по подражанию и соотносятся с определенным лицом, предметом или действием. Нужно стараться, чтобы произнесение лепетных слов было не формальным, а осознанным. Необходимо подбирать слова, доступные ребенку по звуко-слоговому составу («мама», «папа», «баба», «дядя», «Тата», «Вава»). Также стимулируется произнесение различных звукоподражаний («би-би», «га-га», «ко-ко», «ква-ква», «му-му»), которые соотносятся с игрушками, предметами, животными.

Затем развивается произнесение общеупотребительных, а также облегченных слов. Кроме слов, обозначающих предметы, ребенку предлагаются слова, обозначающие действие: «дай», «на», «бах», «иди». Постепенно запас произносимых слов должен расширяться. При этом постоянно идет стимуляция речевого общения на доступном уровне.

Следующим этапом логопедической работы является формирование произнесения простой фразы. На занятиях детям, по мере усвоения, предъявляются новые слова, усложняющиеся по звуко-слоговому составу. Пассивный и активный словарь ребенка должны составлять названия предметов, которые ребенок часто видит, и действий, которые совершил сам или которые совершают его близкие. Для подражания детям предлагаются двухсловные предложения следующей структуры:

- обращение + повеление, выраженное глаголом в повелительном наклонении («Баба, иди». «Мама, дай».);
- повеление + названия предметов («На, мяч». «Дай, ав-ав».);
- вопрос + названия предметов («Где би-би? Вот би-би».).

Овладение простой фразой помогает ребенку выражать свои желания. Это стимулирует его речевую активность на уровне двухсловных предложений: «Дай пить» («Дя пи»), «Хочу гулять» («Атю гуя»). Произнесение простой фразы подкрепляется демонстрацией предметов и действий с ними («Где Ляля? Вот Ляля. Спи Ляля». «Где би-би? Там би-би. Дай би-би»). На каждом занятии проходит объединение усвоенных слов в двухсловное предложение.

Основной целью дальнейшей работы является стимуляция развития фразовой речи. Она происходит в процессе предметной деятельности с большим количеством игрушек и различных предметов быта. Отрабатываются трехсловные конструкции типа «обращение + повеление + название предметов» («Ната, на би-би». «Катя, дай мяч»). Заучиваются отдельные обиходные словосочетания («хочу гулять», «налей воды», «можно идти?», «идем домой», «мой мяч», «дай еще!» и т.п.)

В процессе работы мы активно используем различные стишки, песенки, потешки, которые сопровождают действия ребенка и взрослого не только на занятиях, но и в режимные моменты, что способствует созданию положительного эмоционального настроя, развитию чувств ритма и закреплению связи между предметом, действием и словом, их обозначающим. Например:

Котик лапкой умывается:

Вымыл носик, вымыл ротик,

Вымыл ухо, вытер сухо.

Для параллельной стимуляции речевой и двигательной активности мы используем игры со стихами, сопровождающиеся одновременным выполнением движений (сначала пассивным, затем пассивно-активным и, наконец, активным). Все игры подобраны с учетом уровня двигательного развития ребенка. Например:

Ручки вверх мы поднимаем,

Ручки вниз мы опускаем,

Кулачки мы крепко сжали,

Кулачками постучали,

Ножками потопали: топ-топ-топ,

Ручками похлопали: хлоп-хлоп-хлоп.

Для общения с окружающими у детей с задержкой доречевого и речевого развития нужно формировать жестовые, мимические, голосовые, звукопроизносительные реакции, вырабатывать и закреплять навыки произвольного произнесения слогов, слоговых комплексов, облегченных слов.

III. Развитие моторики и коррекция ее нарушений.

1. Развитие функциональных возможностей кистей и пальцев рук.

При лечебно-педагогической работе необходимо учитывать этапы становления моторики кисти и пальцев рук: опора на раскрытую кисть, осуществление произвольного захвата предметов кистью, включение пальцевого захвата, противопоставление пальцев, постепенно усложняющиеся манипуляции и предметные действия, дифференцированные движения пальцев рук.

Перед формированием функциональных возможностей кистей и пальцев рук необходимо добиваться нормализации мышечного тонуса верхних конечностей. Расслаблению мышц способствует потряхивание руки по методике Фелпса (захватив предплечье ребенка в средней трети, производятся легкие качающе-потряхивающие движения). Далее проводится массаж и пассивные упражнения кистей и пальцев рук:

- поглаживающие, спиралевидные, разминающие движения по пальцам от кончика к их основанию;
- похлопывание, покалывание, перетирание кончиков пальцев, а также области между основаниями пальцев;
- поглаживание и похлопывание тыльной поверхности кисти и руки (от пальцев до локтя);
- похлопывание кистью ребенка по руке педагога, по мягкой и жесткой поверхности;
- вращение пальцев (отдельно каждого);
- круговые повороты кисти;
- отведение-приведение кисти (вправо-влево);
- движение супинации (поворот руки ладонью вверх) - пронации (ладонью вниз). Супинация кисти и предплечья облегчает раскрытие ладони и отведение большого пальца (игра «Покажи ладони», движения поворота ключа, выключателя);
- поочередное разгибание пальцев кисти, а затем сгибание пальцев (большой палец располагается сверху);
- противопоставление большого пальца остальным (колечки из пальцев);
- щеточный массаж (кончиков пальцев и наружной поверхности кисти от кончиков пальцев к лучезапястному суставу, что вызывает расправление кулака и веерообразное разведение пальцев); используются ворсовые щетки различной жесткости. Щеточный массаж применяют для формирования осязающих движений и стимулирования проприоцептивных ощущений кистей и пальцев рук. Если кисть ребенка все-таки остается сжатой в кулак, логопед захватывает его и сжимает всеми своими пальцами, с тем чтобы вызвать

еще большее сжатие кулака ребенка. При этом производится потряхивание его руки. Затем логопед быстро разжимает свою руку, освобождает кулак ребенка, после чего рефлекторно кулак ребенка расслабляется и пальцы раскрываются (повторяют 2-3 раза).

Все движения тренируются сначала пассивно (взрослым), затем пассивно-активно и, наконец, постепенно переводятся в активную форму на специальных занятиях, а также во время бодрствования ребенка - при одевании, приеме пищи, купании.

Развитию опорной функции рук способствуют медленные перекачивания ребенка в положении на животе вперед на большом мяче. При этом ребенку легче расположить пальцы на выпуклой стороне мяча, чем на горизонтальной поверхности; также легче производится отведение большого пальца.

Функцию хватания начинают тренировать с периода новорожденности. Сначала ребенку вкладывают в руку игрушки, помогают поднести их ко рту. Предметы, вкладываемые в руку ребенка, должны быть различными по форме, величине, весу, фактуре, температуре. Это способствует узнаванию их на ощупь. Они должны быть удобны для захвата и удержания. Затем ребенка поощряют тянуться к лицу и висящим в кроватке или на груди взрослого ярким предметам. Ребенок ощупывает их сначала пассивно (с помощью рук взрослого), а затем активно. В разных положениях (лежа на животе, на спине, сидя, стоя на четвереньках, на коленях, на ногах) тренируют доставание и схватывание предметов, расположенных на различном расстоянии спереди, по сторонам от ребенка и на разной высоте. Нужно следить за тем, чтобы ребенок схватывал предмет не мизинцем и безымянным пальцем, а с участием большого, указательного и среднего пальцев.

Важно обучать ребенка не только захвату предмета, но и его высвобождению (отпусканию). Разжимание кисти облегчается потряхиванием ее в сторону мизинца поворотом руки ладонью вверх, а также проведением рукой по шероховатой поверхности, песку. Дальнейшее развитие функциональных возможностей кистей и пальцев рук предполагает формирование манипулятивной функции рук и дифференцированных движений пальцев рук. Ребенка побуждают брать (хватать) игрушки из разных положений - снизу, сверху, сбоку от него. Взрослый помогает рассмотреть ее, ощупать, погладить, переложить из руки в руку, взять в рот. Вслед за этим (с одного года) развивают простые предметные действия, при необходимости выполняемые пассивно или пассивно-активно. Можно предложить выполнение следующих действий:

- произвольное отпускание игрушки из руки (в руку взрослого или в ведро, коробку);
- вынимание и перекачивание игрушек из одного места в другое;
- открывание и закрывание коробки;
- снятие и надевание колец пирамиды;

- катание мяча, машины;
- постройка башни из кубиков;
- хватание больших предметов всей кистью (одной и двумя руками);
- собирание мелких предметов двумя и тремя пальцами.

2. Коррекция речедвигательных (дизартрических) расстройств.

При проведении коррекционно-логопедической работы по нормализации тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата с детьми с двигательными нарушениями целесообразно использовать следующие *методы логопедического воздействия*:

- дифференцированный логопедический массаж (расслабляющий или стимулирующий),
- точечный массаж,
- пассивная и активная артикуляционная гимнастика,
- искусственная локальная контрастотермия (сочетание гипо- и гипертермии).

Дифференцированный логопедический массаж

Логопедическую работу следует начинать с ослабления проявления расстройств иннервации речевого аппарата. Расширяя возможности движений речевых мышц, можно рассчитывать на их лучшее спонтанное включение в артикуляционный процесс. Необходимо использовать средства, приемы дифференцированного логопедического массажа (расслабляющего или стимулирующего) с учетом характера нарушения тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата у данного ребенка. В зависимости от состояния мышечного тонуса проводится расслабляющий массаж (при спастичности мышц - с целью расслабления) и стимулирующий массаж (при гипотонии - с целью активизации мышечного тонуса). Сущность массажа состоит в нанесении механических раздражений в виде легкого поглаживания, растирания, разминания, вибрации и поколачивания. Такие приемы, как вибрация, глубокое разминание, пощипывания применяются только при гипотонии мускулатуры.

Логопед, по возможности, может обучить мать ребенка элементарным приемам массажа и пассивной артикуляционной гимнастики.

Расслабляющий массаж артикуляционной мускулатуры.

Применяют в случае повышения мышечного тонуса речевых мышц (в лицевой, губной, язычной мускулатуре). При расслабляющем массаже очень важен выбор позы для занятий с ребенком. Ребенку придают положения, в которых патологические тонические

рефлексы проявлялись бы минимально или не проявились вовсе («рефлекс-запрещающие позиции»). Тонус мышц лица, шеи, языка при этом несколько понижается.

1. "Поза эмбриона" - в положении на спине приподнимают и опускают голову ребенка на грудь, руки и колени сгибают и приводят к животу. В этой позе производят плавные покачивания до 6-10 раз, направленные на достижение максимального мышечного расслабления (метод Бобат).

2. В положении на спине под шею ребенка подкладывается валик, позволяющий несколько приподнять плечи и откинуть назад голову; ноги при этом согнуты в коленях.

3. В положении на спине голова с обеих сторон фиксируется валиками, позволяющими удерживать ее по средней линии.

Расслабление мышц шеи (пассивные движения головы).

Перед началом расслабляющего массажа артикуляционной мускулатуры, особенно в случае повышения мышечного тонуса верхнего плечевого пояса и шеи, необходимо добиться расслабления этих мышц. Логопед совершает пассивные движения головой ребенка.

Положение ребенка на спине, голова несколько свешивается назад: а) одной рукой логопед поддерживает шею ребенка сзади, другой производит круговые движения головой сначала по часовой, затем против часовой стрелки. б) медленными, плавными движениями логопед поворачивает голову ребенка в одну и в другую сторону, покачивает вперед (3-5 раз). Расслабление шейной мускулатуры вызывает некоторое расслабление корня языка.

Расслабление оральной мускулатуры достигается легким поглаживанием, похлопыванием мышц лица, губ, шеи, языка. Движения проводятся двумя руками в направлении от периферии к центру. Движения должны быть легкими, скользящими, слегка прижимающими, но не растягивающими кожу. Каждое движение повторяется 5-8 раз.

Расслабление лицевой мускулатуры:

- поглаживание от середины лба к вискам;
- от бровей к волосистой части головы;
- от линии лба вокруг глаз;
- поглаживание бровей от переносицы в стороны до края волос, продолжая линию бровей;
- от линии лба вниз через все лицо по щекам, подбородку и шее;
- от нижнего края ушной раковины (от мочек уха) по щекам к крыльям носа;

- легкие пощипывающие движения по краю нижней челюсти;
- надавливающий массаж лица от корней волос вниз.

Расслабление губной мускулатуры:

- поглаживание верхней губы от углов рта к центру;
- поглаживание нижней губы от углов рта к центру;
- поглаживание верхней губы (движение сверху вниз);
- поглаживание нижней губы (движение снизу вверх);
- поглаживание носогубных складок от крыльев носа к углам губ;
- точечный массаж губ (легкие вращательные движения по часовой стрелке);
- легкое постукивание губ пальцами.

При асимметрии лицевой мускулатуры артикуляционный массаж проводят с гиперкоррекцией пораженной стороны, то есть на ней осуществляется большее число массажных движений.

Стимулирующий массаж артикуляционной мускулатуры.

Стимулирующий массаж осуществляется при гипотонии мышц (с целью укрепления мышечного тонуса). Массажные движения проводятся от центра к периферии. Укрепление лицевой мускулатуры осуществляется путем поглаживания, растирания, разминания, пощипывания, вибрации. После 4-5 легких движений их сила нарастает, они становятся надавливающими, но не болезненными. Движения повторяются 8-10 раз.

Укрепление лицевой мускулатуры:

- поглаживание лба от середины к вискам;
- поглаживание лба от бровей к волосам;
- поглаживание бровей;
- поглаживание по векам от внутренних к внешним углам глаз и в стороны;
- поглаживание щек от носа к ушам и от подбородка к ушам;
- сжимание подбородка ритмичными движениями;
- разминание скуловой и щечной мышцы (спиралевидные движения по скуловой и щечной мышцам);
- перетирание щечной мышцы (указательный палец во рту, остальные снаружи);
- пощипывание щек.

Укрепление губной мускулатуры:

- поглаживание от середины верхней губы к углам;
- от середины нижней губы к углам;
- поглаживание носогубных складок от углов губ к крыльям носа;
- пощипывание губ;
- покалывание губ.

Одним из приемов укрепляющего массажа является вибрация. Вибрацию можно производить ручным методом и при помощи механического прибора - вибратора. Передача тканям мелких быстрых, чередующихся колебательных движений вызывает сильное сокращение мышц и придает им большую упругость, улучшает трофику тканей. Массаж продолжается 2-4 мин. Вибрация противопоказана детям с судорогами.

Массаж язычной мускулатуры.

При спастичности языка производят расслабляющий массаж, при гипотонии языка - укрепляющий массаж. Спастичность язычной мускулатуры отмечается значительно чаще, чем гипотония языка. При гипотонии приемы массажа более активные, интенсивные, чем при спастичности.

Цели массажа языка: а) нормализация мышечного тонуса; б) включение в речевую деятельность новых групп мышц и увеличение интенсивности ранее включенных мышц; в) увеличение объема и амплитуды артикуляционных движений; г) уменьшение слюнотечения; д) укрепление глоточного рефлекса; е) афферентация в речевые зоны коры головного мозга (для стимуляции речевого развития).

Массаж языка можно осуществлять различными способами:

- 1) массаж зубными щетками (различными по материалу, форме, жесткости щетины, размеру). При массаже используются как щетина, так и палочка щетки;
- 2) мануальный массаж (в напальчнике или через марлевую салфетку);
- 3) массаж деревянным или металлическим шпателем;
- 4) зондовый массаж.

Перед началом массажа языка нужно выяснить степень и границу глоточного (рвотного) рефлекса. В случае его повышения во время каждого последующего массажа необходимо понемногу заходить за границу глоточного рефлекса. Массаж языка не следует проводить после кормления ребенка.

Во время массажа языка рот ребенка приоткрыт. Логопед сначала делает массаж в полости рта, затем вне ее.

Приемы массажа языка (направление массажных движений):

- поглаживание языка в различных направлениях: - от корня языка к кончику (воздействие на продольные мышцы); от центра языка к боковым краям (поперечные мышцы); круговые, спиралевидные движения;
- похлопывание языка (начиная с кончика, продвигаясь постепенно к корню и обратно. (Ритмичные надавливания воздействуют на вертикальные мышцы);
- легкие вибрирующие движения, передаваемые языку через зонд (шпатель);
- покалывание языка (игольчатым зондом);
- массаж верхнего подъема языка, растягивая уздечку (движение снизу вверх под языком);
- "перетирание" языка марлевой салфеткой или чистым носовым платком (в случае повышенной чувствительности ребенка к марле);
- распластывание языка маленькой клизмой-спринцовкой (сложенная два раза большая часть клизмы - во рту; кончик - снаружи).

Артикуляционная гимнастика с детьми младенческого и раннего возраста проводится в пассивной, затем в пассивно-активной форме.

Пассивная артикуляционная гимнастика.

Пассивная артикуляционная гимнастика проводится после массажа. Логопед выполняет пассивные движения органов артикуляции с целью включения в процесс артикулирования новых групп мышц, до этого бездействующих, или увеличения активности ранее включенных мышц. Это создает условия для формирования произвольных движений речевой мускулатуры. Направление, объем и траектория пассивных движений те же, что и активных. Они отличаются от активных движений тем, что время включения и выключения из движения, фиксация определяются логопедом. Логопед оформляет схему артикуляционного движения, по возможности объясняя ее ребенку, требуя от него зрительного контроля. Пассивные упражнения осуществляются сериями по 3-5 движений. Ребенку предлагается осознать 3 стадии каждого движения: вход, фиксация, выход. Нужно постепенно воспитывать способность зрительно контролировать и оценивать каждое движение, ощущать и запоминать его.

Пассивная гимнастика языка:

- выведение языка из ротовой полости вперед;
- втягивание языка назад;
- опускание языка вниз (к нижней губе);

- поднимание языка вверх (к верхней губе);
- боковые отведения языка (влево и вправо);
- придавливание кончика языка ко дну ротовой полости;
- приподнимание кончика языка к твердому небу;
- легкие плавные покачивающие движения языка в стороны.

Пассивная гимнастика губ:

- собирание верхней губы (поместив указательные пальцы обеих рук в углы губ, проводят движение к средней линии);
- собирание нижней губы (тем же приемом);
- собирание губ в трубочку ("хоботок"), производя движение к средней линии;
- растягивание губ в "улыбку", фиксируя пальцами в углах рта;
- поднимание верхней губы;
- опускание нижней губы;
- смыкание губ для выработки кинестетического ощущения закрытого рта;
- создание различных укладов губ, необходимых для произнесения гласных звуков (*а, о, у, и, ы, э*).

Для стимулирования большей иннервационной активности, повышения степени кинестетического чувства речевого аппарата, для увеличения объема артикуляционных движений рекомендуются следующие упражнения:

- выталкивание языком марлевой салфетки, засунутой за щеку (попеременно слева и справа);
- удерживание губами различных предметов (пробка, марля).

Искусственная локальная контрастотермия.

Метод искусственной локальной контрастотермии (ИЛК) применяется для уменьшения спастичности мышц артикуляционного аппарата, гиперкинезов язычной и мимической мускулатуры, а также при артикуляционной апраксии. Этот метод заключается в контрастном воздействии низкотемпературных (криомассаж) и высокотемпературных агентов (термомассаж). В качестве низкотемпературных агентов выступают ледяная крошка или очень холодная вода, а высокотемпературных - горячая вода или настой трав.

Гипотермию (криомассаж) и гипертермию (тепломассаж) можно применять поочередно или избирательно. Существуют различные варианты их применения:

- Только гипотермия (криомассаж).

- Только гипертермия (тепломассаж).
- Гипотермия, затем гипертермия.
- Попеременное использование крио- и теплоаппликаций.

Искусственная локальная гипотермия осуществляется следующим образом: ледяную крошку в марле накладывают поочередно на мышцы артикуляционного аппарата (круговую мышцу рта, большую скуловую мышцу, подбородок в области подчелюстной ямки, язычную мускулатуру). При ИЛГ на мышцы языка логопед удерживает язык марлевой салфеткой (обязательно воздействуя на корень, спинку, кончик, боковые края языка).

Продолжительность экспозиции ледяной аппликации во время одного сеанса суммарно от 2 до 7 минут (время экспозиции увеличиваем постепенно). Одновременное наложение льда на одну из заинтересованных зон криовоздействия от 5 до 20 секунд. Курс лечения составляет 15-20 сеансов, проводимых ежедневно.

Аналогично проводится гипертермия (тепломассаж артикуляционной мускулатуры). При этом можно использовать теплоэлектромассажер.

Для активизации центральных отделов речедвигательного анализатора, речевой афферентации контрастотермальное воздействие можно оказывать не только на артикуляционную мускулатуру, но и на мышцы верхних конечностей (особенно кисти правой руки).

С первых недель и месяцев жизни с детьми, имеющими двигательную патологию, проводится онтогенетически последовательная стимуляция рефлекторного развития. У детей первых месяцев жизни - это стимуляция сосания, глотания, развитие рефлекторных эмоционально-коммуникативных реакций.

Нормализация процесса кормления является жизненно важной для ребенка. Активность акта сосания зависит от своевременного проявления и выраженности рефлексов орального автоматизма. При их отсутствии или недостаточной выраженности используются приемы по стимуляции безусловно-рефлекторной активности. Стимуляция оральных рефлексов производится непосредственно перед кормлением ребенка. Каждый рефлекс вызывается не более 2-3 раз, так как активность рефлекса при дальнейшем стимулировании резко падает. Для регуляции процесса кормления важно строго соблюдать постоянство положения и места кормления, которые укрепляют пищевые безусловные рефлексы (поиск груди, открывание рта, сосательные движения). Во время кормления мать находит такое положение, чтобы ее руки были свободны. Ребенок находится в позе легкого сгибания, в которой наступает наиболее полное мышечное расслабление.

Непосредственно перед кормлением (желательно в «рефлекс-запрещающей позиции») стимулируются врожденные безусловные рефлексы - губной, поисковый, хоботковый, сосательный. Для их стимуляции ваточкой, смоченной в теплом молоке, соском, соской или пальцем проводят несколько раз по рефлексогенным зонам - в области носогубных складок, у углов рта, по средней части верхней губы, по передней поверхности языка.

При вызывании поискового рефлекса прикасаются к щеке в области углов рта; не получив ответной реакции в виде поворота головы и движения губ в сторону раздражителя, пассивно мягко поворачивают голову и смещают губы в соответствующем раздражителю направлении. При вызывании хоботкового рефлекса раздражают пальцем середину верхней губы и помогают пассивно вытянуть губы вперед, собирая их в «хоботок». При нарушении глотательного рефлекса стимулируют корень языка и заднюю стенку глотки путем раздражения их каплями теплого молока или сладкой воды. Вызывая сосательный рефлекс, губы ребенка собирают вокруг соски с бутылочкой или соска матери, ритмично сжимают губы ребенка и одновременно выдавливают небольшую порцию молока. При возможности сосания, но нарушении смыкания губ (при поражении круговой мышцы рта), отвисании нижней челюсти, при которых отмечается подтекание молока из углов губ, в момент сосания необходимо слегка придерживать губы вокруг соска или соски и поддерживать нижнюю губу и челюсть снизу.

Стимуляция рефлексов орального автоматизма способствует не только нормализации процесса кормления, но и формированию положительных эмоциональных взаимоотношений между матерью и ребенком, развитию начального зрительного и слухового сосредоточения, подготавливает появление первых голосовых реакций.

Особенностью логопедической работы после 3-4 месяцев является отсутствие стимуляции ранних врожденных безусловных рефлексов; наоборот, рефлексы орального автоматизма начинают активно притормаживаться и подавляться. Для этого ребенок помещается в «рефлекс-запрещающую позицию», логопед одной рукой нежно прикасается к губам ребенка ваткой, соской или пальцем, а другой - препятствует рефлекторному движению губ. Для того чтобы не стимулировать рефлексы орального автоматизма, в ряде случаев массаж артикуляционной мускулатуры целесообразно проводить после кормления ребенка.

Развитие дыхания и коррекция его нарушений (дыхательная гимнастика).

Важным разделом логопедической работы является развитие дыхания и коррекция его нарушений. Эту работу начинают с первых месяцев жизни больного ребенка, что влияет на его общее соматическое состояние, а также стимулирует голосовые реакции.

Коррекция нарушений дыхания начинается с общих дыхательных упражнений, целью которых является увеличение объема, силы и глубины вдыхаемого и выдыхаемого воздуха и нормализация ритма дыхания. Логопед проводит с ребенком пассивные дыхательные упражнения. Во время проведения дыхательной гимнастики можно включить (или напевать) тихую плавную мелодию, или спокойно, ласково рассказывать что-либо ребенку. Гимнастика проводится в различных положениях ребенка: лежа на спине, сидя, стоя. Дыхательные упражнения необходимо проводить в положении на спине - в «рефлекс-запрещающих позициях». Целесообразно использовать следующие дыхательные упражнения:

- В положении на спине путем легкого поглаживания тела и, прежде всего, верхнего плечевого пояса, потряхивания конечностей ребенка достигают некоторого расслабления скелетной мускулатуры. Захватив кисти рук ребенка и слегка потряхивая ими, логопед разводит руки в стороны, поднимает их вверх (вдох), затем опускает вперед, прижимая руки к туловищу и легко надавливая на грудную клетку (выдох).
- В положении на спине в ритме дыхания, осторожно потряхивая ноги ребенка, их вытягивают, разгибают (при этом происходит вдох), а сгибание их в коленях и приведение к животу усиливает и удлиняет выдох. Для активизации работы диафрагмы это упражнение можно проводить при заведении рук ребенка под голову.
- Одновременно с поворотом головы ребенка в сторону логопед отводит в соответствующую сторону и его руку (вдох). Слегка потряхивая руку, возвращают руку и голову в исходное положение (выдох). Это упражнение способствует выработке ритмичности движения и дыхания.
- Ребенок лежит на животе, руки под грудью опираются на твердую поверхность, голова опущена. Логопед поднимает голову и плечи при опоре на руки (вдох), затем опускает их (выдох). Необходимо стремиться к активному включению ребенка в упражнение с помощью игры (*Вот наши малыши! Ку-ку, наши малыши спрятались*).
- В положении ребенка лежа или сидя логопед кладет свои руки на грудные мышцы ребенка, прислушивается к ритму дыхания. В момент выдоха нажимает на грудную клетку, как бы препятствуя вдоху (в течение нескольких секунд). Это упражнение способствует более глубокому и быстрому вдоху и удлиненному выдоху.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Традиционным в лечении двигательной патологии, в том числе и ДЦП, является коррекция сформировавшегося двигательного стереотипа. В то же время такие важнейшие социально значимые функции, как познавательная деятельность и речь, остаются часто за рамками коррекционной работы. К сожалению, изучение опыта работы различных учреждений показывает, что педагогическая работа по развитию познавательных и речевых функций и коррекции их нарушений начинается слишком поздно (только после 3-5 лет), когда сензитивный период развития психики и речи оказывается упущен. Не только родители, но и некоторые специалисты, принимающие участие в восстановительном лечении детей с двигательной патологией, не понимают важности проведения одновременной коррекционно-развивающей работы над всеми нарушенными функциями.

Наши многолетние динамические наблюдения показывают, что дети с нерезко выраженными отклонениями в развитии на первом году жизни, при отсутствии необходимых адекватных лечебных, коррекционно-развивающих и педагогических мероприятий в дальнейшем испытывают определенные трудности в обучении. С другой стороны, комплексные, систематические и адекватные занятия с детьми, имеющими значительные отклонения в развитии, позволяют достичь заметных результатов. Причем, чем занятия начинаются раньше, тем они более эффективны.

Следует отметить, что к коррекционно-развивающему процессу воспитания детей с отклонениями в развитии должны быть подключены не только врачи, педагоги, массажисты, но и в первую очередь семья. К сожалению, многие родители ждут положительных результатов, не прилагая никаких усилий к восстановлению нарушенных функций. А ведь только родители могут терпеливо и кропотливо вести тяжелую ежедневную работу, вырабатывая у своего ребенка ту или иную задержанную функцию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом. Доречевой период: Книга для логопеда. – М.: Просвещение, 1989. – 79 с.
2. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В. Детские церебральные параличи. – Киев: Здоровья, 1988. – 328 с.
3. Воспитание и обучение детей раннего возраста / Под ред. Л.Н.Павловой. – М., 1986.
4. Воспитание и развитие детей раннего возраста / Под ред. Г.М.Ляминой. – М., 1981.
5. Жукова Н.С., Мастюкова Е.М. Если ваш ребенок отстает в развитии. – М.: Медицина, 1993. – 112 с.
6. Журба Л.Т., Мастюкова Е.М. Нарушения психомоторного развития детей первого года жизни М,1981.-270с.
7. Коррекционно-логопедическая работа с детьми, страдающими церебральным параличом, на первом году жизни: Методические рекомендации / Сост. К.А.Семенова, Е.Ф. Архипова. – М., 1982. – 28 с.
8. Мастюкова Е.М. Диагностика нарушений доречевого развития у детей с церебральными параличами и пути логопедических и педагогических мероприятий в этом периоде. – М., 1973. – 24 с.
9. Мастюкова Е.М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом. - М. «Просвещение», 1991 .-157с.
10. Пантюхина Г.В., Печора К.Л., Фрухт Э.Л. Диагностика нервно-психического развития детей первых трех лет жизни. – М., 1979.
11. Пилюгина Э.Г. Сенсорные способности малыша. – М.: Просвещение, 1996. – 112 с.
12. Разенкова Ю.А. Игры с детьми младенческого возраста. – М.: Школьная Пресса, 2000. – 160 с.
13. Серганова Т.И. Как победить детский церебральный паралич: разумом специалиста, сердцем матери. – СПб.: Изд-во ТАС, 1995. – 192 с.