

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Т. Н. Гирилюк

КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩАЯ РАБОТА ПО ПРЕОДОЛЕНИЮ ЗАДЕРЖКИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ЛЕГКОЙ СТЕПЕНЬЮ ПСЕВДОБУЛЬБАРНОЙ ДИЗАРТРИИ

У детей раннего возраста, посещающих детские сады, значительно распространены задержки в речевом и психомоторном развитии. Развивающая работа, направленная на формирование психомоторной сферы, привела к нормализации речи у 65% детей экспериментальной группы.

В настоящее время в системе дошкольного образования особенно актуальными становятся вопросы ранней диагностики и абилитации детей с проблемами в развитии, изменения содержания дошкольного образования, форм и методов работы с детьми раннего возраста.

В общеобразовательных дошкольных учреждениях увеличивается число воспитанников с различными отклонениями в психофизическом и речевом развитии. Это связано с большим количеством детей, родившихся с признаками перинатального поражения центральной нервной системы (ЦНС). По данным разных авторов, в настоящее время перинатальная энцефалопатия встречается в 83,3% случаев и чаще всего является фактором риска возникновения у ребенка психической и двигательной патологии [5].

Перинатальные поражения ЦНС объединяют различные патологические состояния, обусловленные воздействием на плод вредоносных факторов во внутриутробном периоде, во время родов или в ранние сроки после рождения. Патология нервной системы в 94% случаев является причиной нарушений речи и других высших психических функций [2].

Одним из частых проявлений перинатального поражения ЦНС является *задержка речевого развития (ЗРР)* – временное обратимое состояние, при котором наблюдается несформированность всех сторон речи, задержка темпов ее формирования (позднее начало речи и замедленный темп ее развития) [4].

Ранняя диагностика ЗРР основывается на тщательном неврологическом обследовании, которое позволяет определить тип задержки – специфический (церебрально-органический, связанный с повреждением ЦНС) или неспецифи-

ческий (обусловленный замедленным темпом созревания мозговых структур без неврологической симптоматики) (А. Т. Журба, Е. М. Мастюкова).

Неспецифическая задержка развития легко преодолевается путем ранней стимуляции. Кроме ЗРР, у детей может отмечаться задержка моторного развития, недостаточность внимания, незрелость эмоционально-волевой сферы, отставание в развитии предметной и игровой деятельности.

Специфическая задержка развития характеризуется наличием неврологических симптомов и общим отставанием психомоторного развития. Дети гиперактивны, эмоционально неустойчивы, не способны к игровой и целенаправленной деятельности, моторно неловки, с трудом овладевают тонкими ручными движениями и навыками самообслуживания.

В структуре отечественной системы здравоохранения и образования существуют специализированные учреждения для детей с речевой патологией, но не все дети раннего возраста охвачены своевременной коррекционно-развивающей работой. Большинство из них посещают массовые детские сады, где отсутствует ранняя психолого-медико-педагогическая помощь данной категории детей. Традиционные технологии общеобразовательных дошкольных учреждений не учитывают особенностей детей с задержкой речевого развития, что снижает эффективность развивающих мероприятий. Специализированная помощь 68% детей с патологией речи оказывается после 5 лет, когда речевой дефект уже закрепился и значительно снизились возможности для компенсации и коррекции [1, 2].

Эти условия определяют необходимость своевременной ранней профилактики и комплексной психолого-медико-педагогической помощи детям с ЗРР, которые посещают массовые детские сады.

Констатирующий эксперимент проводился на базе дошкольных образовательных учреждений Перми в течение 2003–2005 гг. и был направлен на изучение состояния и особенностей психомоторной сферы у детей 2–3-летнего возраста. В нем приняли участие 122 ребенка.

При проведении обследования мы опирались на основные методологические принципы анализа речевой патологии, сформулированные Р. Е. Левиной (принципы развития, квалификации главного, первичного звена в структуре дефекта, принцип системного анализа речевой патологии, принцип взаимосвязи речи с другими сторонами психического развития ребенка) и принцип учета данных онтогенеза и патогенеза, на традиционные логопедические и нейропсихологические методы исследования, предложенные Т. В. Ахутиной, Е. Н. Винарской, Т. Г. Визель, И. Ю. Левченко, А. Р. Лурия, Л. Н. Павловой, Э. Г. Пилюгиной, З. А. Репиной, Е. Д. Хомской, Л. С. Цветковой, Г. В. Чиркиной и др.

Диагностическая технология предусматривала комплексное обследование детей, имеющих речевую патологию, и включала в себя следующие раз-

дела: 1) изучение анамнеза (общего и речевого); 2) методики исследования моторной сферы; 3) методики исследования высших психических функций (восприятия, внимания, памяти, мышления); 4) методики исследования языковых и речевых средств.

Исследование психической сферы проводилось совместно с психологом. Обязательно обследовали детей специалисты медицинского профиля: педиатр, невропатолог, отоларинголог, офтальмолог и др.

Анализ данных констатирующего эксперимента показал, что у 94 детей наблюдалось недоразвитие психомоторной сферы, и у 28 детей отклонения в развитии отсутствовали. У большинства детей (77%) отмечалась парциальная несформированность разной степени выраженности в развитии двигательных, психических и речевых функций. В структуре речевого нарушения в 70% случаев ведущим звеном были речедвигательные (дизартрические) расстройства.

По итогам констатирующего эксперимента в зависимости от уровня развития моторной сферы, познавательной и речевой деятельности все дети условно были разделены на три группы.

I группа – дети, у которых в основном отмечались дизартрические (двигательные) расстройства: общая моторная неловкость, недоразвитие тонкой ручной моторики, синкинезии (содружественные движения) в артикуляционной мускулатуре. Уровень развития познавательной и речевой деятельности приближался к возрастной норме. Констатировались незначительные отклонения в развитии зрительного внимания, снижение объема речеслуховой и зрительной памяти. Речевая активность была несколько ослаблена. К этой группе были отнесены 28 детей (30%).

II группа – дети с ЗРР на один возрастной период (на 6 мес.) в сочетании с дизартрическими расстройствами: общей моторной неловкостью, недоразвитием тонкой ручной моторики, нарушениями координации движений, недостаточностью навыков самообслуживания и артикуляционными расстройствами (синкинезии, изменения тонуса мышц (спастичность языка, губ)). Уровень познавательного развития незначительно отставал от возрастной нормы (недостаточная устойчивость зрительного внимания, снижение объема речеслуховой памяти, незначительные расстройства пространственного восприятия, зрительной и двигательной памяти). Запас знаний об окружающем мире был в пределах возрастной нормы. Импрессивная речь (понимание речи) была сформирована по возрасту. Экспрессивная речь характеризовалась снижением речевой активности, бедностью речевых высказываний, трудностями речевого программирования (на уровне структурирования фраз, актуализации слов), недостаточным усвоением частей речи (глаголов, прилагательных, наречий, предлогов, числительных). К этой группе были отнесены 42 ребенка (45%).

III группа – дети с задержкой психического и речевого развития на два возрастных периода (на 12 мес.) в сочетании с дизартрическими расстрой-

ствами: общей моторной неловкостью, нарушениями координации движений, недостаточностью навыков самообслуживания, недоразвитием тонкой ручной моторики и артикуляционными расстройствами (гиперкинезы, синкинезии, изменения тонуса мышц (спастичность языка, губ, гипотония лицевой мускулатуры)). Эти дети избирательно вступали в контакт (невербально), проявляли нестойкий игровой интерес, манипулируя игрушками. Помощь взрослого не всегда использовали адекватно. Запас знаний об окружающем мире был ограничен. Внимание характеризовалось неустойчивостью и недостаточной концентрацией, сужением объема внимания, нарушениями зрительного и двигательного внимания. Также у детей были отмечены нарушения зрительного (предметного, цветового) и слухового восприятия (недостаточная дифференцированность слуховых раздражений, неустойчивость в восприятии речевой информации); дефицитарность зрительной и двигательной памяти, снижение объема речеслуховой памяти, недостаточность наглядно-действенного и наглядно-образного мышления (страдают операциональные компоненты). Обследование импрессивной и экспрессивной речи выявило ограниченность понимания речевых обращений даже в знакомой ситуации, низкую активность в общении, отсутствие фразовой речи, задержку в усвоении частей речи, трудности речевого программирования (на уровне структурирования фраз, актуализации слов) и аграмматизмы, а также недостаточность звуковой стороны речи. К этой группе были отнесены 24 ребенка (25%).

Констатирующий эксперимент выявил, что дети раннего возраста, посещающие общеобразовательные дошкольные учреждения, представляют собой неоднородную группу по уровню психического и речевого развития, по степени проявления двигательных расстройств и по вариантам сочетания нарушений различных функциональных систем. При ЗРР отмечается ретардация (запаздывание развития) психических процессов (внимания, восприятия, памяти, мышления), которые являются базой для формирования речи. Для детей характерны эмоционально-волевая незрелость, низкая познавательная и речевая активность, недостаточность моторной сферы (общей, мелкой и артикуляционной моторики). Недоразвитие этих процессов неравномерно, парциально, с преобладанием несформированности отдельных функций.

Анализ литературы по изучаемой проблеме свидетельствует об определенной разработанности системы коррекции речевых расстройств при легкой степени псевдобульбарной дизартрии у детей дошкольного возраста, при ЗРР (Р. И. Лалаева, Н. В. Серебрякова, Л. В. Лопатина, Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина, Н. С. Жукова, Л. Н. Ефименкова, В. П. Глухов, О. Г. Приходько, Ю. А. Разенкова, О. Е. Громова, Е. В. Кириллова и др.) и о необходимости разработки технологии преодоления ЗРР у детей раннего возраста в условиях массового детского сада.

Формирующий эксперимент проводился нами в течение 2004–2006 гг. в МДОУ Перми. Дети в возрасте от 2 до 2,5 лет были поделены на группы: контрольную (КГ) – 40 чел. (дети первой группы – 14 чел., второй – 14 чел., третьей – 12 чел.), в которой коррекция проводилась традиционным методом, и экспериментальную (ЭГ) – 40 чел. (дети первой группы – 14 чел., второй – 14 чел., группы – 12 чел.), в которой коррекция проводилась по новой педагогической технологии.

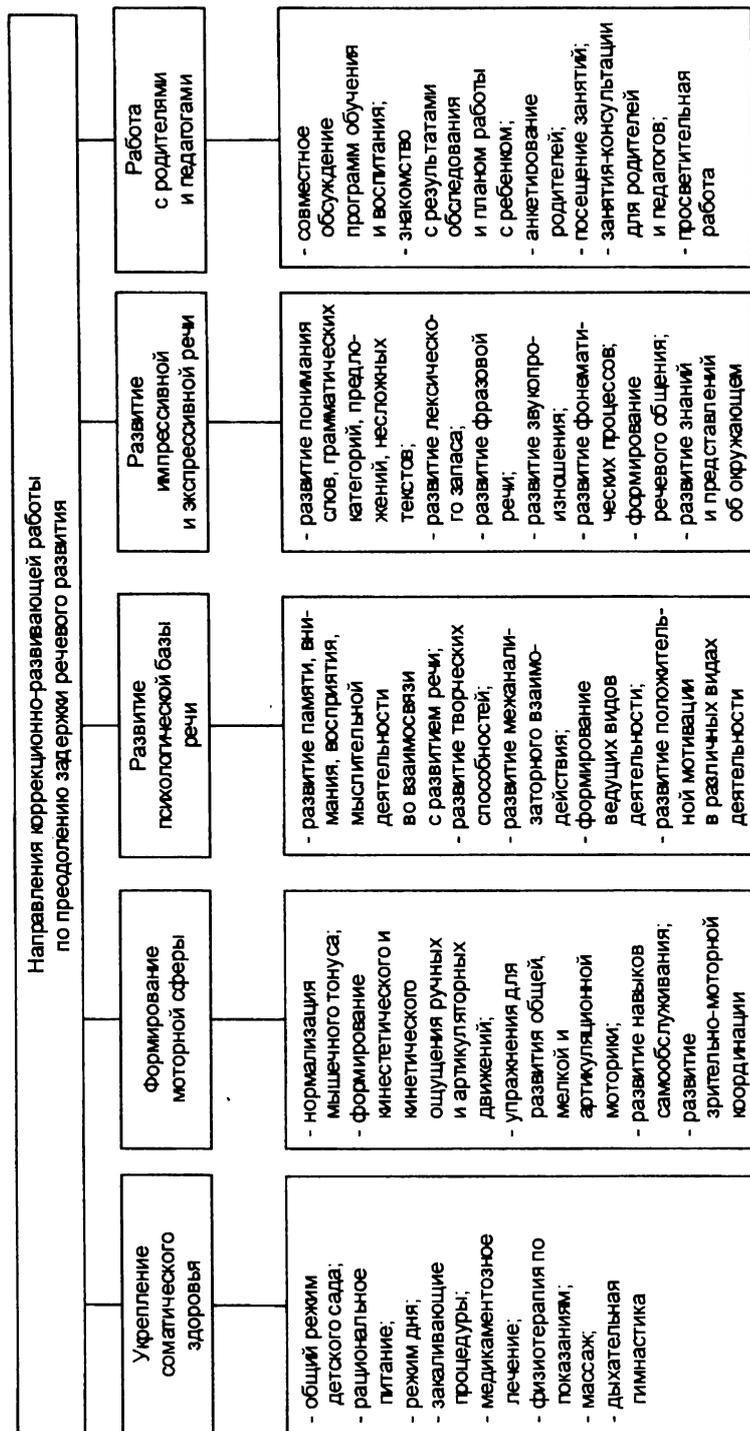
Целью экспериментального обучения было преодоление ЗРР у детей раннего возраста с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии посредством формирования психомоторной сферы (внимания, восприятия, памяти, мышления, общей, мелкой, артикуляционной моторики).

Коррекционно-развивающая работа строилась с учетом основных положений специальной педагогики в области раннего вмешательства (раннее целенаправленное и дифференцированное «пошаговое» обучение; использование специфических методик, приемов, средств обучения; более глубокая дифференциация и индивидуализация обучения; обязательное включение родителей в коррекционный процесс [6]) и с учетом результатов экспериментального изучения.

При создании педагогической технологии коррекционно-развивающего обучения мы опирались на существующий опыт ранней помощи детям с особыми образовательными потребностями (Институт коррекционной педагогики РАО, Москва; Институт раннего вмешательства, Санкт-Петербург и др.) [3, 5, 7]. Подбор приемов, методов коррекционно-развивающей работы основывался на методиках Н. М. Аксариной (1972), В. К. Велитченко (2000), О. Е. Громовой (2003), А. С. Галанова (2001), Т. А. Датешидзе (2004), Г. В. Дедюхиной, Е. В. Кирилловой (1997), Л. Н. Ефименковой (1985), Н. С. Жуковой, Е. М. Мастюковой, Т. Б. Филичевой (1998), И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько (2001), Л. Н. Павловой (2003), Э. Г. Пилюгиной (2003), З. А. Репиной (1999), Е. А. Стребелевой (2002, 2004), А. В. Тишковой (2004), Ю. М. Хохряковой (2001), В. Штрасмайера (2002) и др. с некоторыми модификациями в зависимости от возраста и индивидуальных особенностей детей.

Основные направления коррекционно-развивающей работы по преодолению ЗРР у детей раннего возраста (2–3 лет) с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии представлены на рисунке.

В соответствии с целью коррекционно-развивающего обучения был подобран и систематизирован речевой, игровой и дидактический материал. Комплекс игр и упражнений был рассчитан на детей 2–3-летнего возраста с диагнозом ЗРР, легкая степень псевдобульбарной дизартрии, которые посещают массовый детский сад. Весь игровой материал по преодолению задержки речевого развития объединялся по лексическим темам («Программа воспитания и обучения в детском саду». 1982). Продолжительность освоения темы – 1 неделя.



Структурная схема коррекционно-развивающей работы по преодолению ЗРР у детей раннего возраста с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии

Основной задачей игрового комплекса была стимуляция развития общей, мелкой и артикуляционной моторики с формированием внимания, восприятия различной модальности, памяти, мыслительной и речевой деятельности в их взаимосвязи и в соответствии с нормальным возникновением этих процессов в онтогенезе.

Программа обучения была рассчитана на один учебный год и предполагала работу в три этапа – подготовительный, основной и заключительный.

Работа с детьми *индивидуализировалась* и *дифференцировалась* в зависимости от особенностей развития психомоторной сферы и речи. Для детей I, II и III групп задачи, содержание и приемы работы определялись по-разному. Усложнения касались объема предлагаемых игровых заданий (содержательность, сложность инструкции, структура действий по выполнению задания, время и скорость выполнения) и включения дополнительных игр и упражнений на развитие моторной сферы, психических процессов.

Коррекционно-развивающая работа проводилась на занятиях и в повседневной жизни детей. Коллектив детского сада (логопед, психолог, воспитатель, музыкальный руководитель, инструктор по физической культуре, врач-педиатр, медицинская сестра) работал над созданием возрастных психологических новообразований, ведущей и типичных видов деятельности, преодолением задержек в психофизическом и речевом развитии.

Поддержка семьи обеспечивалась взаимодействием педагогов, врача, психолога и родителей. Целью работы с семьей было принятие и понимание родителями проблем ребенка, правильное применение ими различных способов общения и взаимодействия с ребенком, через которые осуществляется воспитание и обучение.

Констатирующий эксперимент выявил положительную динамику в овладении детьми моторными, психическими и речевыми навыками. Результаты обучения показали, что формирование психомоторной сферы способствовало развитию и коррекции функций у детей раннего возраста с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии. У детей ЭГ возросло понимание речи, произошло расширение вербальных и невербальных средств общения и коммуникативных навыков, увеличился запас знаний об окружающем мире. В результате обучения произошло улучшение зрительного, слухового, пространственного восприятия, увеличилась концентрация внимания, улучшилось зрительное, слуховое, двигательное внимание, вырос объем речеслуховой памяти, усовершенствовалось наглядно-действенное и стало формироваться наглядно-образное мышление. Заметная динамика наблюдалась в преодолении дизартрических расстройств, в развитии двигательных функций (артикуляционной и общей моторики, функциональных возможностей кистей и пальцев рук).

Для сравнительного анализа результатов обучения в контрольной (КГ) и экспериментальной (ЭГ) группах были определены средние значения показателей развития (в баллах) до и после коррекции (по каждому параметру и для группы в целом) и вычислены изменения значений по параметрам (табл. 1 и 2). Для определения степени недоразвития психомоторной сферы мы модифицировали и использовали балльную систему оценки, разработанную в Свердловском областном центре патологии речи Научно-практического реабилитационного центра «Бонум» [2].

Таблица 1

Сравнение показателей задержанного развития в ЭГ и КГ до коррекции

Параметр	Показатели (в баллах)								Разница показателей
	Контрольная группа				Экспериментальная группа				
	1-я группа	2-я группа	3-я группа	Ср. балл	1-я группа	2-я группа	3-я группа	Ср. балл	
Моторная сфера	29	47	66	47,3	29,5	46	67	47,5	0,2
Восприятие	13	28	43	28	12	28	45	28,3	0,3
Внимание	11	40	63	38	11,5	43	63	39,2	1,2
Память	14	56	81	50,3	12	55	80	49	1,3
Мышление	15	38	64	39	16	36	65	39	0
Речь	16	49	79	48	17	51	82	50	2
Всего	98	258	396	250,6	98	259	402	253	

Таблица 2

Сравнение показателей развития в ЭГ и КГ после коррекции

Параметр	Показатели (в баллах)								Разница показателей
	Контрольная группа				Экспериментальная группа				
	1-я группа	2-я группа	3-я группа	Ср. балл	1-я группа	2-я группа	3-я группа	Ср. балл	
Моторная сфера	19	33	55	35,7	9	16	25	16,7	19
Восприятие	13	26	36	25	5	12	18	11,7	13,3
Внимание	10	37	58	35	6	14	25	15	20
Память	8	37	63	36	6	16	29	17	19
Мышление	12	28	44	28	5	15	25	15	13
Речь	11	35	60	35,3	8	15	31	18	17,3
Всего	73	196	316	195	39	88	153	93,4	

Обработка данных опытно-экспериментальной части исследования осуществлялась с помощью методов качественно-количественной обработки результатов. Все расчеты были выполнены с помощью программы *Excel 2003* из пакета *Microsoft Office 2003*.

Табл. 1 свидетельствует, что различия между средними значениями показателей развития в КГ и ЭГ незначительны. Дети в КГ и ЭГ группах на момент начала коррекционно-развивающей работы имели одинаковые отклонения в формировании психомоторной сферы и речи.

Эффективность методов определялась по разнице показателей: чем меньше баллов по параметрам, тем более эффективным является данный метод. Результаты анализа представлены в табл. 2.

Табл. 2 показывает, что в результате коррекционно-развивающей работы по традиционной методике и экспериментальной технологии были получены значимые различия в показателях развития функций. Сравнительный анализ показателей развития в КГ и ЭГ говорит о том, что педагогическая технология формирования психомоторной сферы у детей с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии является более эффективной в плане развития моторной сферы, восприятия, внимания, памяти, мышления и речи.

Лучшие результаты коррекционно-развивающего обучения в экспериментальной группе обеспечивались комплексным, системным, поэтапным и индивидуальным подходами; нормализацией психомоторной сферы в сочетании с полисенсорным воздействием и опорой на ведущий вид деятельности; осуществлением непрерывности и преемственности коррекционно-развивающей работы в условиях массового детского сада; включением родителей, педагогов и медицинских работников в процесс преодоления задержки психомоторного и речевого развития, повышением компетентности взрослых в работе с детьми с ЗРР.

Литература

1. Бадалян Л. О. Невропатология. – М.: Академия, 2000.
2. Вопросы диагностики и реабилитации речевых нарушений у детей. – Екатеринбург: НПРЦ «Бонум», 2002.
3. Громова О. Е. Формирование начального детского лексикона в условиях направленного коррекционно-развивающего обучения: Дис. ... канд. пед. наук. – М, 2003.
4. Жукова Н. С. Логопедия / Н С Жукова, Е. М. Мастюкова, Т. Б. Филичева. – Екатеринбург: АРД АТД, 1998.
5. Приходько О. Г. Задачи, содержание и методы ранней помощи детям с двигательными нарушениями // Дефектология. – 2003. – № 4.
6. Проект Программы создания единой государственной системы раннего выявления и специальной помощи детям с отклонениями в развитии // Дефектология. – 2000. – № 6.
7. Стребелева Е. А. Ранняя коррекционно-педагогическая помощь детям с ограниченными возможностями здоровья // Дефектология. – 2003. – № 3.