

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНЫХ
ПСИХОПЕДАГОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ
РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ АНАРТРИИ**

(сравнительное экспериментальное исследование)

**EFICACITATEA INTERVENȚIEI PSIHOPEDAGOGICE COMPLEXE
LA DIFERITE FORME DE ANARTRIE**

(studiu experimental comparativ)

**THE EFFECTIVENESS OF COMPLEX PSYCHO-PEDAGOGICAL
INTERVENTIONS FOR DIFFERENT FORMS OF ANARTRY**

(comparative experimental study)

Виктория МАКСИМЧУК

др. псих., доцент Кишинёвский Государственный Университет, им. "Иона Крянгэ"

Мария ГЛАДЧЕНКО

логопед, Детский Реабилитационный Центр «Чадыр - Лунга»

Ключевые слова: формы анартрии, комплексное вмешательство, речевые нарушения, моторное развитие, артикуляционный аппарат.

Резюме

В статье представлено экспериментальное исследование, целью которого являлось поиск наиболее эффективной модели комплексного вмешательства, путем сравнения двух моделей программ, на основании полученных результатов оценки развития детей с анартрией.

Cuvinte - cheie: forme de anartrie, intervenție complexă, tulburări verbale, dezvoltare motrică, aparatul articular.

Abstract

Articol prezintă o cercetare experimentală care a avut drept scop elaborarea unui model complex de intervenție psihopedagogică mai eficient. A fost realizat un studiu comparativ al modelelor de programe elaborate pe baza rezultatelor evaluării dezvoltării copiilor cu anartrie.

Keywords: forms of anarthria, complex intervention, tulburări verbale, motor development, aparatul articular.

Summary

The article presents an experimental study, the purpose of which was to find the most effective model of complex intervention, by comparing two models of programs, based on the results of assessing the development of children with anarthria.

Постановка проблемы исследования. Актуальность изучения проблемы специализированного вмешательства при анартрии, мотивирована тем, что данное нарушение обусловлено самыми тяжелыми проявлениями, которые не только оказывают влияние на речевое развитие ребенка, но и на качество его жизни и ухода за ним. Нарушения обусловлены расстройствами функций сосанья, глотанья, жеванья, физиологического дыханья, нарушения общей и мелкой моторики. Проблема анартрии изучена в литературе с разных позиций: чаще всего это нарушение встречается при детском церебральном параличе (60-85%) [8]; описаны особенности клинко-психологической структуры [1, 2, 3, 4, 5, 7]; была разработана классификация форм анартрии [6]. Однако при изучении специальной литературы отмечаем отсутствие реализации экспериментального исследования посвящённого особенностям проявлений анартрии, разработкой, проверкой и сравнением эффективности программ психопедагогического сопровождения таких детей, какая форма анартрии даёт наилучшие результаты после психопедагогического вмешательства. Это явилось главной идеей нашего исследования.

Поэтому целью исследования: сравнение эффективности комплексно-

го вмешательства с индивидуальным логопедическим воздействием при анартрии на основании результатов обследования развития детей.

Экспериментальная база: исследования проводились в Детском Реабилитационном Центре «Чадыр - Лунга» в период с 18.10.16 – 22.04.18. В исследовании принимали участие **34 ребенка** в возрасте от **4 х до 15 лет**, с тяжелым отставанием в речевом развитии. Все дети прошли консультацию невропатолога. Диагноз анартрия установлен. Исследование проводилось в несколько этапов.

Констатирующий эксперимент.

Цель - обследование детей с анартрией.

Задачи исследования: выявить особенности нарушений детей с анартрией; произвести качественный и количественный анализ результатов констатирующего эксперимента.

Гипотеза: тяжесть анартрических нарушений обусловлена тяжелыми моторными нарушениями.

Методы исследования: оценка неречевых нарушений по Приходько О.Г.; тест Ловетта; шкала спастичности Эшворта; тест Portage.

Характеристика контингента детей, принявших участие в экспериментальном исследовании. Возрастную характеристику группы представляем в таблице 1.

Таблица 1.

Возрастная характеристика группы

№	Форма анартрии	4-6	7-9	10-12	13-15	Всего
1	Спастическая	2	2	3	1	8
2	Спастико – ригидная	3	-	4	-	7
3	Спастико - паретическая	1	2	2	2	7

4	Атактическая	1	1	1	1	4
5	Гиперкинетическая		4	4		8
	Всего	7	9	14	4	34

Характеристика контингента детей, принявших участие в экспериментальном исследовании. В исследовании участвовали 34 ребенка из них 22 девочки и 12 мальчиков от 4х до 15 лет.

Возрастную характеристику группы по формам анартрии представляем в таблице 1.. В исследовании участвовали дети со следующими диагнозами (см. фиг. 1.).



Рис. 1. Анализ данных по заболеваниям

В дальнейшем нас заинтересовала, какая форма анартрии доминирует. По-

лученные результаты представляем в фиг.2.



Рис.2. Анализ данных по форме анартрии

Исходя из данных в фиг. 2, мы видим, что доминирующей формы анартрии нет, наименьшее количество участников нашего исследования дети с атактической формой анартрии.

Качественный и количественный анализ констатирующего эксперимента.

А) данные по оценки неречевых нарушений по Приходько. В результате обследования мы получили следующие данные: у всех детей тяжелые речевые нарушения, сохранность доречевых

функций не превысило 45%. Высокие показатели сохранности показывает функция глотания 70%, самая сложные нарушения лицевой мускулатуры 31%. В фиг.3 представляем нарушения артикуляторного аппарата.

Самые тяжелые нарушения у детей со спастической формой анартрии. Спастика ограничивает подвижность органов артикуляции, препятствует акту приема пищи и усиляет неврологические синдромы. Сохранность доречевых функций составляет 28%.

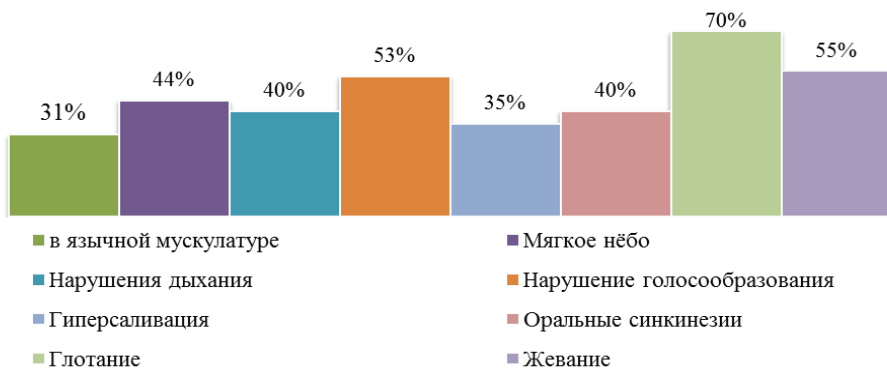


Рис. 3. Анализ нарушений артикуляционного аппарата

За такими детьми чрезвычайно трудно ухаживать. При гиперкинетической форме также наблюдаются тяжелые речевые нарушения, сохранность функций речевого аппарата составляет 40%.

На третьем месте по сложности нарушений является атаксическая форма, сохранность функций речевого аппарата составляет 42%. У Спастико – ригидной и спастико – паретической формы анартрии сохранность речевых функций на одинаковом уровне 53% и 55%.

По результатам тестирования мышечного тонуса артикуляционного аппарата мы можем наблюдать, что у спастической и атаксической анартрии наблюдается четкая закономерность. У детей со спастической формой анартрии наблюдается высокий показатель спастичности. У детей с атаксической формой наблюдается гипотонус всего артикуляционного аппарата. У других форм дизартрии наблюдается мозаичный характер мышечных нарушений. Мышечный тонус смешан или быстро меняется из одного типа в другой. Данные показатели могут создать трудности для подбора специализированной психопедагогической помощи. Во всех формах анартрии наиболее выражены

нарушения мышечного тонуса на губах. Характеристика мышечного тонуса соответствует форме анартрии.

Б) данные по тесту Ловетта. Результаты исследования представим в фиг. 4.

По результатам теста Ловетта (см. рис. 4) ближе к норме по состоянию мышечного тонуса у гиперкинетической формы анартрии. В целом по степени тяжести нарушений мышц артикуляционного аппарата наибольшее проявление гипотонии наблюдается в губной мускулатуре и мышечное напряжение всего 26%. Мышечное напряжение лицевой мускулатуры составляет 34%, мышечное напряжение языка составляет 39%.

В) По результатам теста Эшфорта (фиг. 5.) на мышечную спастику нами установлено, что самый высокий уровень спастичности у детей с спастической формой анартрии. Самый высокий уровень спастичности по всем формам анартрии наблюдается в язычной мускулатуре и составляет 49%, спастичность губной мускулатуры составляет 46%, спастичность лицевой мускулатуры составляет 42%.

Г) По результатам теста Portage мы можем утверждать, что когнитив-

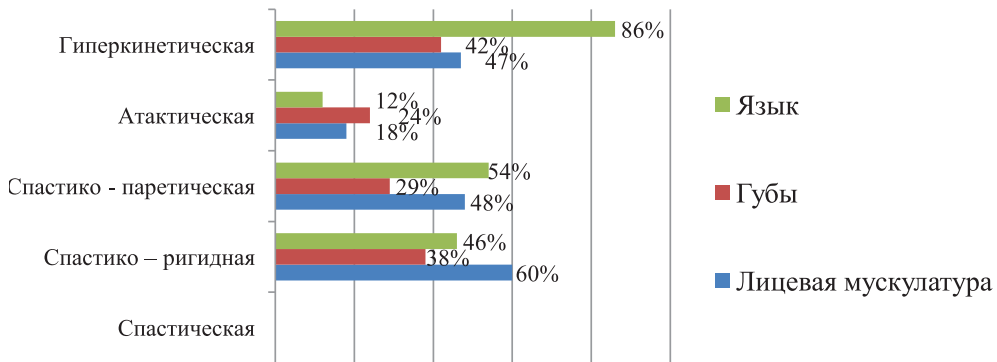


Рис.4. Анализ результатов теста Тест Ловетта.

ные способности у детей с анатрией сохранены с незначительным отставанием. Наблюдаются тяжелые моторные нарушения, особенно у спастической формы анатрии, простые движения даже самые элементарные не доступны детям. Недоступно самообслуживание, но чаще всего оно реализуется при помощи близких. Наблюдается низкий уровень социализации и как результат дезадаптация. Речь отсутствует.

Для того чтобы подтвердить гипотезу мы сравнили две шкалы: моторная

шкала Portage и оценка нарушений артикуляционного аппарата Панченко.

Е.М. Мастюкова отмечает взаимосвязь между степенью тяжести и характером поражения двигательной сферы, частотой и тяжестью анатрии. При наиболее тяжелых формах детского церебрального паралича, когда отмечается поражение верхних и нижних конечностей и ребенок практически остается обездвиженным, анатрии наблюдается

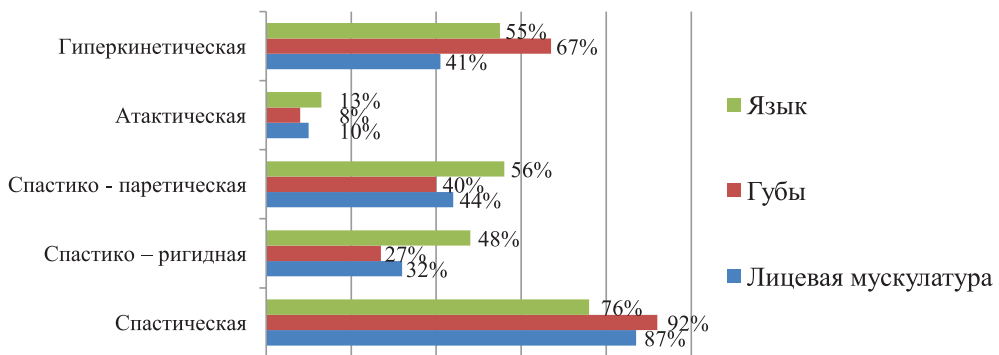


Рис. 5. Анализ результатов теста Эшворта оценка уровня спастичности

ся практически у всех детей. Отмечена взаимосвязь между тяжестью поражения верхних конечностей и поражением речевой мускулатуры. [6, с.143]

И. И. Панченко в свое время указывал, что нет четкой взаимосвязи между анатрическими нарушениями и моторным развитием ребенка. [7, с.86]

Для того чтобы подтвердить или опровергнуть нашу гипотезу мы провели подробный анализ обеих шкал: Portage и оценки нарушений артикуляционного аппарата Приходько

Анализируя данные (см., фиг.6) мы не прослеживаем четкой связи между моторными нарушениями и нарушениями артикуляционного аппарата. Так же не обнаружили взаимосвязи со шкалой самообслуживания, которая напрямую зависит от состояния общей моторики.

Так как анализ процентного соотношения не дал результата мы

решили прибегнуть к статистическому анализу. Для этого мы использовали критерий Пирсона. Различия между двумя распределениями могут считаться достоверными, если $\chi^2_{Эмп}$ достигает или превышает $\chi_{20.05}$, и тем более достоверным, если $\chi^2_{Эмп}$ достигает или превышает $\chi_{20.01}$.

Сравнивая два критерия, моторную шкалу и нарушения артикуляционного аппарата при анартрии, мы получили следующие данные по всей группе $\chi^2_{Эмп} = 3,5$ результат не значим. Таким образом, мы можем утверждать, что взаимосвязи этих двух шкал нет.

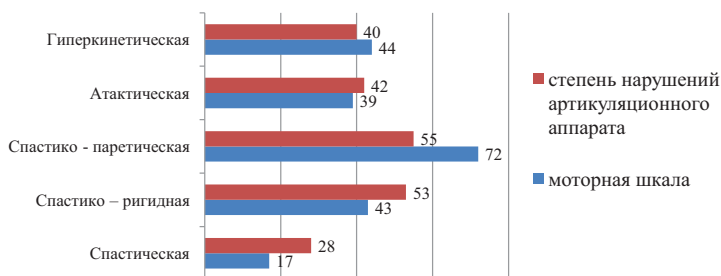


Рис. 6. Сравнительный анализ результатов моторной шкалы

Тесты тяжести моторных нарушений не зависят от сложности речевого нарушения и наоборот.

Так же мы сравнили шкалу самооб-

служивания полученные данные показали следующий результат $\chi^2_{Эмп} = 3,7$ ($p < 0.05$).

Полученный результат указывает

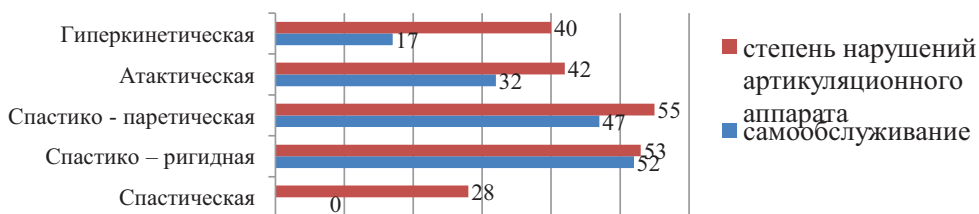


Рис.7. Сравнительный анализ результатов шкалы самообслуживания Portage и оценки нарушений артикуляционного аппарата Приходько

на то, что существует слабая взаимосвязь между шкалой самообслуживания и тяжестью речевого нарушения.

Эти результаты могут быть по причине того что у данной группы детей полностью отсутствует речь. Родители

таких детей как правило устанавливаются с детьми особые взаимоотношения предугадывая их желания и не стимулируют их к действию.

На втором этапе мы статистически обработали данные по всем формам анатрии отдельно.

У группы со спастико – ригидной формой анатрии показатели по шкалам моторика – нарушения артикуляции $\chi^2_{Эмп} = 1,1$ различия не достоверны, по шкалам самообслуживание - нарушения артикуляции $\chi^2_{Эмп} = 1,3$ различия не достоверны.

У группы со спастико – паретической формой анатрии показатели по шкалам моторика – нарушения артикуляции $\chi^2_{Эмп} = 1,2$ различия не достоверны, по шкалам самообслуживание - нарушения артикуляции $\chi^2_{Эмп} = 1,3$ различия не достоверны

У группы со гиперкинетической формой анатрии показатели по шкалам моторика – нарушения артикуляции $\chi^2_{Эмп} = 1,3$ различия не достоверны, по шкалам самообслуживание - нарушения артикуляции $\chi^2_{Эмп} = 1,4$ ($p < 0.05$) различия являются достоверными.

У группы со атактической формой анатрии показатели по шкалам моторика – нарушения артикуляции $\chi^2_{Эмп} = 1,5$ ($p < 0.05$) различия достоверны, по шкалам самообслуживание - нарушения артикуляции $\chi^2_{Эмп} = 1,4$ ($p < 0.05$) различия достоверны

У группы со спастической формой анатрии показатели по шкалам моторика – нарушения артикуляции $\chi^2_{Эмп} = 1,8$ ($p < 0.01$) различия не достоверны, по шкалам самообслуживание - нарушения артикуляции $\chi^2_{Эмп} =$

1,9 ($p < 0.01$) различия достоверны.

Таким образом, гипотеза частично подтверждается: у спастической и атактической формой анатрии существует взаимосвязь между тяжелыми моторными нарушениями и речевыми нарушениями.

Формирующий и контрольный эксперимент.

Цель исследования: сравнить эффективность комплексного вмешательства с индивидуальной логопедической работы при разных формах анатрии.

Задачи исследования: провести формирующий эксперимент; экспериментально сравнить обе программы.

Гипотезы исследования: 1) эффективность коррекционной работы зависит от формы анатрии; 2) система комплексной коррекции более эффективна в сравнении с индивидуальной логопедической работой.

Комплексное вмешательство включало три блока: медицинский (медикаменты, кинезотерапия, механотерапия, общий массаж, электротерапия, теплолечение); психо-педагогический (развитие сенсорных функций; уточнение пространственных представлений; формирование конструктивного праксиса; развитие высших корковых функций; формирование тонких дифференцированных движений рук; формирование познавательной деятельности; психологическую подготовку ребенка к обучению в школе); логопедический (проводилось индивидуально: расслабляющий массаж, пассивная и активная артикуляторная гимнастика, нормализация голоса, речевого дыхания, прозодики, жевание-глотание). Индивидуальное логопедическое вмеша-

тельство было разработано аналогично логопедическому блоку. В контрольную и экспериментальную группу входило по 17 детей.

Для подтверждения или опровержения первой гипотезы: эффективность коррекционной работы зависит от формы анатрии. Нами был использован t- критерий Стьюдента. Спастическая форма анатрии $t_{Kp} = 3,2$ ($p < 0.01$) различия достоверны.

Спастико – ригидая форма анатрии $t_{Kp} = 1,2$ различия не достоверны. Спастико – паретическая форма анатрии $t_{Kp} = 2,6$ ($p < 0.05$) различия достоверны. Атактическая форма анатрии $t_{Kp} = 3,4$ ($p < 0.01$) различия достоверны. Гиперкинетическая форма анатрии $t_{Kp} = 2,1$ различия не достоверны

По результатам статистической обработки мы можем утверждать, что положительная динамика по снижению нарушений артикуляционного аппарата наблюдается.

Подвергнув статистическому анализу результаты теста Ловетта на мышечную силу мы получили следующие результаты: спастико – ригидая форма анатрии $t_{Kp} = 1,1$ различия не достоверны; спастико – паретическая форма анатрии $t_{Kp} = 2,8$ ($p < 0.05$) различия достоверны; атактическая форма анатрии $t_{Kp} = 3,6$ ($p < 0.01$) различия достоверны; гиперкинетическая форма анатрии $t_{Kp} = 1,4$ различия не достоверны.

Результаты указывают на значительное увеличение мышечной силы. Это доказывает, что разработанная программа эффективна.

Подвергнув статистическому анализу результаты работы по снижению мышечного тонуса и устранению

спастики мы получили следующие результаты: спастическая форма анатрии $t_{Kp} = 3,7$ ($p < 0.01$) различия достоверны; спастико – ригидая форма анатрии $t_{Kp} = 2,1$ различия не достоверны; спастико – паретическая форма анатрии $t_{Kp} = 2,3$ ($p < 0.05$) различия достоверны; гиперкинетическая форма анатрии $t_{Kp} = 1,6$ различия не достоверны. Также данные позволяют нам утверждать, что положительная динамика наблюдается. Таким образом, мы подтвердили свою гипотезу, утверждая, что разные формы анатрии по-разному реагируют на специализированное вмешательство. Эффективность коррекционной работы зависит от формы анатрии.

Для проверки гипотезы: система комплексной коррекции более эффективна в сравнении с индивидуальной логопедической работой, мы поделили экспериментальную группу на две части (9 детей получили комплексное вмешательство и 8 индивидуально логопедическое). Одним детям предоставлялась комплексная реабилитация, а другим только индивидуальная логопедическая помощь. Для этого мы использовали угловой критерий Фишера. Для подтверждения гипотезы мы сопоставили результаты обеих групп до и после двух типов вмешательства. Полученный результат был таким: $\phi^*_{эмп} = 2,31$ ($p < 0.01$) Полученное эмпирическое значение ϕ^* находится в зоне значимости.

Таким образом, мы подтверждаем гипотезу: Система комплексной коррекции более эффективна в сравнении с индивидуальной логопедической работой.

Выводы.

1. В специальной литературе отмечается отсутствие экспериментальных исследований, посвящённого особенностям проявлений анартрии и разработкой эффективной модели комплексного психопедагогического вмешательства.

2. В результате исследование было выявлено следующее: самые тяжелые речевые и моторные нарушения наблюдались у детей с спастической и атактической формами анартрии;

3. В нашем исследовании частично подтверждена гипотеза, значимых показателей взаимосвязи моторных нарушений и нарушений речи по всей группе не выявлено, но в отдельных группах по формам анартрии взаимосвязь обнаружена.

4. Формирующий и контрольный эксперимент подтвердил эффективность программы комплексного вмешательства по сравнению с индивидуально – логопедическим воздействием. Эффективно поддаются специализированному вмешательству следующие формы анартрии: спастическая, спастико-паретическая и атактическая формы. Трудно поддаются влиянию специализированного вмешательства следующие формы анартрии: гиперкинетическая и спастико-ригидная формы. Снижение эффективности специализированного вмешательства данных форм анартрии связаны с тем что в одной и той же части тела мышечный тонус постоянно меняется, поэтому

очень сложно подобрать методы специализированного вмешательства.

Библиография:

1. Архипова Е. Ф. *Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом: Доречевой период*. Кн. для логопеда. М.: Просвещение, 1989. 79 с.

2. Белякова Л. И., Волоскова Н. Н. *Логопедия. Дизартрия. Учебное пособие для вузов*. Москва: Владос, 2009. 287с.

3. Винарская Е. Н. *Дизартрия*. М. АСТ: Астрель, Хранитель, 2006. 142с.

4. Данилова Л. А. *Методы коррекции речевого и психического развития у детей с церебральным параличом*. М.: Медицина, 1977, с. 3 - 45.

5. Лопатина Л. В. *Нарушение мимической мускулатуры и артикуляционной моторики у детей со стертой формой дизартрии*. În: Речевые и нервно-психические нарушения у детей и взрослых. Л.: ЛГПИ, 1987, с. 33 - 37.

6. Мастюкова Е. М., Ипполитова М. В. *Нарушение речи у детей с церебральным параличом*. М.: Просвещение, 1985. 170 с.

7. Панченко И. И. *Дизартрические и анартрические расстройства речи у детей с церебральными параличами и особенности логопедической работы с ними*. Диссертация доктора педагогики. Москва, 1974. 236 с.

8. Семенова К.А. *Детские церебральные параличи*. Москва: Медицина, 1968. 260 с.

Primit la redacție: 16.06.2018