

БИТОВА А.Л., КОНСТАНТИНОВА И.С.*

Место музыкальных занятий в системе коррекционной работы с ребенком с сенсомоторной алалией

ОПИСАНИЕ КОНКРЕТНОГО СЛУЧАЯ

В Центр лечебной педагогики обратились родители девочки 3-х лет с жалобами на плохой сон, повышенную возбудимость, задержку речевого и психического развития, периодический энурез (1–2 раза в месяц).

На обследовании педагога: легко освоилась в новой обстановке, легко уходит от мамы, очень подвижна. Отмечается вычурность движений, улыбка иногда напоминает гримасу. Детьми интересуется. С взрослым взаимодействует, есть подражание. Сюжетной игры нет. Продуктивной речи нет, понимание речи

резко сужено, звук в пространстве не локализуется.

При осмотре невролога грубой органической симптоматики не выявлено.

Родителям девочки были даны рекомендации к занятиям с ней дома. Водить ее на регулярные занятия они были не готовы.

Через год по обращению родителей были начаты занятия в группе детей 4–6 лет с различными нарушениями развития.

Через месяц на обследовании нейропсихолога к.пс.н. А.А. Цыганок: *девочка адаптирована в группе. Выполняет задания, глядя на других детей. Старается сесть в стороне от других, чтобы видеть*

* Битова А.Л. – логопед РБОО «Центр лечебной педагогики», Константинова И.С. – нейропсихолог РБОО «Центр лечебной педагогики». Опубликовано в сб.: Особый ребенок. Исследования и опыт помощи. Вып. 6-7: научно-практический сборник. – М.: Теревинф, 2009.

всех. Работает левой рукой в левом поле, правой — в правом. Правая рука быстро устает, девочка прячет руку в карман. В большинстве случаев на речь не реагирует, но в ситуации повышенной мотивации речь воспринимает. Собственная речь бедная, тихая, не является инструментом общения. У К. имеет место смешанная форма алалии, на первом месте сенсорная.

ОПИСАНИЕ СИСТЕМЫ

С каждым из воспитанников Центра лечебной педагогики работает команда специалистов. В такую команду объединяются специалисты, имеющие разные знания и навыки, но разделяющие клинический подход к ребенку, обладающие знаниями из разных областей, понимающие проблемы детей разносторонне. Опыт работы Центра свидетельствует о необходимости присутствия в каждой группе дефектолога, психолога, логопеда, педагога. Привлекаются (а иногда и постоянно находятся в группе) специалисты по массажу, двигательному и сенсорному развитию, различным видам арттерапии, игровой терапии. Необходим постоянный контроль врачей (неврологов, психиатров, иногда — педиатров и др.).

В своей работе специалисты Центра используют нейропсихологический подход. Несмотря на то, что многие дети в силу тяжести состояния не могут принять участие в стандартном обследовании, нейропсихолог, наблюдая за поведением ребенка, его работой на разных занятиях, может проанализировать структуру имеющихся нарушений и предложить программу коррекции, учитывающей особенности строения психических процессов. Наличие в команде, работающей с ребенком, разных специалистов также позволяет реализовать комплексный

подход и системно развивать разные психические функции.

С К. проводились групповые и индивидуальные занятия: музыка, развитие ручной деятельности (в группе), занятия с логопедом, нейропсихологическая коррекция, игровая и двигательная терапия, сенсорное развитие (индивидуально). Мама девочки все это время посещала занятия с психологом в группе для родителей. За развитием девочки наблюдали врачи: невролог, педиатр, психиатр.

Девочка демонстрировала яркую картину сенсомоторной алалии с преобладанием сенсорного компонента. Работа, в которой участвовали разные специалисты (логопед-дефектолог, психолог, нейропсихолог, педагог, специалисты по двигательной и музыкальной терапии) была направлена на развитие познавательных процессов, понимания речи и стимуляцию собственной активной речи. Групповые занятия преследовали наряду с другими также цель создания у девочки мотивации к речевому общению с детьми и взрослыми. Программа занятий логопеда была основана на принципах работы с ребенком, имеющим сенсорную алалию. Понимание речи предполагалось развивать при помощи различных опор: зрительных, тактильных, кинестетических. Одним из направлений работы было обучение К. чтению — письменный текст должен был стать для нее сильной опорой, помогающей не только в понимании речи, но и в развитии речевого анализа.

Через два года занятий у девочки отмечалась положительная динамика в сфере поведения и познавательных процессов — она стала лучше контролировать свои действия, взаимодействовать с детьми, улучшилось состояние зрительного восприятия, пространственных представлений.

Понимание обращенной речи оставалось ситуативным, было доступно понимание бытовых штампов. Пассивный

словарь сужен, девочка узнавала только самые знакомые слова (имена близких, детей в группе, названия нескольких бытовых предметов). Понимание предложных, логико-грамматических конструкций было недоступно. К. могла выполнить одноступенчатую инструкцию в знакомой ситуации (ориентируясь по ситуации). Девочка запомнила две буквы, узнавала их, могла показать по инструкции. Но чтение как опора для понимания речи у нее не появилось.

Экспрессивная сторона речи: короткая аграмматичная аморфная фраза. Словарь резко сужен, словообразование и словоизменение недоступно, слоговая структура слова нарушена (заменяет, опускает, переставляет слоги). Фонетико-фонематическая сторона речи: фонему среди других фонем не выделяет, речевое дыхание короткое, бывают запинки, голос зажатый, маломодулированный; звуки заменяет, употребляет неточно, речь смазана, отмечается ротацизм, парасигматизм, ламбдацизм. Для общения использует отрывистые штампованные фразы, если на них не реагируют – кричит или пытается воздействовать физически.

Среди многочисленных проблем девочки не последнее место занимала высокая истощаемость: К. очень быстро уставала и теряла интерес даже к привлекательным для нее видам деятельности, тем более – к тем, которые были для нее трудны (к ним относятся, прежде всего, занятия по звуковому анализу, работа с зашумленными изображениями и разрезными картинками). На занятиях по двигательной терапии обращала внимание неспособность девочки повторить и удержать в течение нескольких секунд показанную педагогом позу. К. не могла долгое время удерживать активное внимание во время групповых занятий, на индивидуальных занятиях постоянно требовалась организующая помощь взрослого, который возвращал ее внимание к работе.

ОСОБЫЕ ДЕТИ – ОСОБЫЙ ВЗГЛЯД НА МИР



ОСОБЫЕ ДЕТИ – ОСОБЫЙ ВЗГЛЯД НА МИР



Поскольку, несмотря на активную работу ряда специалистов, в течение долгого времени нам не удалось добиться более выраженной динамики, была выдвинута новая гипотеза: трудности в развитии речи связаны с дефицитом работы височных отделов головного мозга, что, в свою очередь, может быть следствием недостаточности межполушарного и корково-подкоркового взаимодействия.

Мы видели, что нарушение имеет комплексный характер, у девочки страдают разные отделы головного мозга: имеет место слабость базальных отделов, приводящая к высокой истощаемости и нарушениям внимания, также проявляется недостаточность моторных отделов (что проявляется в особенностях двигательной сферы, трудностям удержания позы, артикуляции). Слабость височных отделов определяла несформированность слухового анализа. Также у девочки отмечалась слабость межполушарного взаимодействия: она недостаточно координировала работу двух рук, часто работала правой рукой в правом поле и левой – в левом, при утомлении правая прекращала работу, и ведущей становилась левая, хотя никаких других признаков левшества девочка не демонстрировала.

Терапия должна была быть направлена на компенсацию всех имеющихся трудностей. Было принято решение о введении в программу коррекции индивидуальных музыкальных занятий. При этом они должны были не дублировать групповые занятия, которые К. посещала два раза в неделю, а решать свои задачи, адекватные именно для нее. Мы учитывали особенности К. – истощаемость психических процессов, слабость межполушарного взаимодействия, программирования и контроля деятельности, несформированность звукового анализа и т.д. – и строили программу таким образом, чтобы максимально развивать все указанные процессы. Упражнения были устроены таким об-

разом, что сами регулировали активность девочки, и постепенно она сама начинала себя контролировать, встраивать ритм в свою активность. Кроме конкретных навыков мы отработывали также темповые характеристики деятельности, неречевой слух, восприятие интонации, мелодики речи и музыкальных произведений.

С самого начала девочка демонстрировала особенности эмоционально-волевой сферы, которые затрудняли освоение новых видов деятельности, препятствовали контакту с новыми взрослыми. К. было нужно длительное время для того, чтобы сориентироваться в новой ситуации, понять структуру занятия, что там происходит, как она может проявить себя. После этого она могла активно участвовать в занятии и получать удовольствие от собственной активности и достигнутых успехов.

Это проявилось и на музыкальных занятиях: К. сначала не хотела оставлять других детей и идти на индивидуальное занятие. Но вскоре она поняла, что музыка ей нравится, и стала легко оставлять группу и уходить с терапевтом в музыкальный зал.

Сначала на занятиях сохранялась четкая структура, одни и те же упражнения чередовались в определенной последовательности — это позволило девочке довольно быстро сориентироваться в ситуации, она знала, чего ждать в какой момент. Постепенно, когда К. привыкла к порядку заданий, мы стали добавлять новые игры, менять порядок, и К. легко принимала такие изменения. Во время занятия она с удовольствием соглашалась делать все, что ей предлагалось — кивала головой, говорила: «Да!». Вскоре у нее появилась привычка после выполнения очередного упражнения помогать терапевту убирать инструменты и игрушки на место. Она запомнила, где лежит тот или иной инструмент, и активно двигалась по залу, при необходимости залезала

на стул, чтобы положить инструмент на полку, — таким образом, мы работали над освоением пространства зала, кроме того, у многих заданий появилось отчетливое начало (когда мы доставали инструменты) и окончание (когда К. раскладывала инструменты по местам).

Занятия включали одни и те же игры и упражнения: приветствие с бубном, пение под гитару, игру на музыкальных инструментах, движение по залу под музыку, танец; в процессе работы появились новые упражнения: отгадывание звучащего инструмента, игра на ударной установке, ритмичная ходьба под стихи. Начиная с третьего-четвертого занятия последовательность игр могла меняться в зависимости от настроения К. или от того, какие успехи она показывала (если, например, оказывалось, что она лучше стала чувствовать ритм песни, сразу после этого задания мы выполняли еще одно задание, также направленное на развитие чувства ритма, наоборот: если в отношении чувства ритма наблюдалось ухудшение, и К. расстраивалась, чувствуя неудачу, следующее задание преследовало цель дать ей возможность пережить успех в другой области).

Одной из поставленных задач было развитие чувства ритма. При помощи разных музыкальных средств мы планировали научить девочку воспринимать заданный ритм, чувствовать ритм исполняемой музыки, сопровождать музыку аккомпанементом, ритмично стуча или хлопая в ладоши.

На первых занятиях К., хоть и очень старалась сделать все, как просил терапевт, не могла ни стучать, ни петь одновременно с ним. Ей было трудно воспринимать и передавать ритмическую структуру песни, она сосредотачивалась на повторении слов, которые она слышит, и только когда слова становились для нее знакомыми, удавалось перейти к работе над ритмом — девочке стало легче петь вместе с другим человеком (по крайней мере, простые

припевы с повторяющимися словами или слогами: «ля-ля-ля», «гав-гав-гав» и др.).

Для того чтобы облегчить девочке задачу ритмично стучать по коробочке, бубну, барабану, мы использовали разные опоры: не только выбирали песни с четким, простым ритмом, но и подчеркивали метр, топая ногой, кивая головой, выделяя сильную долю голосом. Это помогло К. держать ритм в течение нескольких секунд (меньше одного короткого куплета) — после этого она начинала стучать быстрее, не слушая терапевта и не замечая, что она стучит иначе. Через месяц К. стала дольше держать правильный ритм, но все равно быстро теряла его (без поддержки со стороны других модальностей эта задача также была трудна для К.).

Привлечь внимание к музыке помогло исполнение песни со сменой ритма. Мы играли песни «Калинка-малинка» и «Мы на лодочке катались», в которых медленный, плавный куплет сменяется быстрым припевом с более выраженным двудольным ритмом. К. с удовольствием брала два инструмента с разным звучанием (например, маракас и бубенчики), слушала песню, начинала играть и останавливалась одновременно с прекращением звучания песни. Она довольно быстро научилась чувствовать характер музыки и выбирать соответствующий ей инструмент, а также менять инструмент, ориентируясь на замедление в конце куплета и припева. При этом она не могла уловить и воспроизвести темп и ритм песни и даже если терапевт, подстраиваясь под ее аккомпанемент, пел в том же темпе, что и К., через несколько секунд она все же сбивалась и начинала стучать быстрее.

С января мы ввели еще одну опору для восприятия ритма — собственные движения. Терапевт крепко держал К. за плечи, громко декламировал стихотворение «Я люблю свою лошадку», и мы ходили по кругу, высоко поднимая ноги и громко топая в такт стихотворению. К. сначала

ориентировалась только на движения идущего рядом терапевта — смотрела на его ноги, старалась топнуть одновременно с ним. Также помогало и то, что терапевт раскачивал корпус К. в нужном ритме, побуждая ее опускать ногу в тот момент, когда ей казалось, что сейчас она потеряет равновесие. Постепенно К. стала прислушиваться к стихам и ориентироваться на них. Через полтора месяца нам удалось правильно выполнить упражнение, находясь на значительном расстоянии друг от друга: К. по-прежнему смотрела через зал, как двигается терапевт, но не сбивалась с ритма и сама вместе с терапевтом читала знакомое стихотворение. Похожее изменения произошли и в танце: если в начале занятий мы держались с К. за руки, и все ее движения приходилось направлять, то через 3 месяца мы также разошлись в разные углы зала, и девочка, глядя на терапевта, выполняла все движения танца и пела вместе с ним.

Мы использовали также упражнение, знакомое К. по групповым занятиям, — движение по залу под музыку разного характера. Девочка легко различала знакомые ей музыкальные отрывки, под которые весь прошлый год она вместе с другими детьми ходила, бегала, прыгала и кружилась. Если раньше она могла действовать по подражанию, повторять правильные движения за другими детьми, то теперь ей приходилось самой слушать музыку и решать, как именно надо двигаться — с этой задачей она успешно справлялась, если между быстрым и медленным отрывками были паузы. На постепенное замедление и ускорение музыки девочка сначала никак не реагировала. Она могла резко остановиться при прекращении звучания музыки и возобновить движение, когда музыка начинала звучать снова. Если во время исполнения медленной музыки перерывы следовали часто, она особенно внимательно слушала и была готова остановиться в любой момент.

Это позволило обратить внимание К. на замедление: чем медленнее музыка, тем более внимательно девочка прислушивалась к ней, ожидая остановки. Ускорения она по-прежнему не замечала.

Опору на движения другого человека мы использовали и при игре на ударной установке. Перед К. и терапевтом стояли барабан и тарелка. В одной руке мы держали по палочке, свободная рука также участвовала в игре. К. предпочитала действовать левой рукой и сама брала палочку в левую руку, поэтому тарелку приходилось ставить слева от нее; впоследствии, когда игра на ударной установке станет для девочки более знакомой и привлекательной, мы планируем с ее помощью также стимулировать активность правой руки, переставив тарелку вправо. Сначала К. училась одновременно со взрослым ударять ладошкой в барабан и палочкой по тарелке (эти движения чередовались). Терапевт высоко поднимала руку, чтобы К. могла проследить ее движения и одновременно ударить в барабан. Сначала К. быстро сбивалась на более быстрый стук, но постепенно стала ориентироваться на игру другого человека и уже на третий раз смогла, глядя на терапевта, все время стучать ритмично. Игру на барабане и тарелке сопровождала песня «Веселый барабанщик» – ее К. петь не пыталась, сосредоточившись на задаче правильно играть. Через два месяца К. уже могла играть без помощи взрослого; исполнив один куплет вместе с К. и убедившись, что она уверенно держит ритм песни, терапевт переставала стучать, но начала хлопать в ладоши, и остальные два куплета К. играла сама, ориентируясь по слуху (когда она начинала играть чуть быстрее, терапевт помогала ей, некоторое время топая в такт ногой).

Для развития слухового внимания и восприятия мы использовали разные упражнения. К. особенно нравилось искать среди нескольких музыкальных ин-

ОСОБЫЕ ДЕТИ – ОСОБЫЙ ВЗГЛЯД НА МИР



струментов такой же, как у терапевта, отгадывая по звучанию, на чем та играет. Сначала актуальной задачей для девочки было различить контрастные звуки (маракас и бубен, барабан и деревянную коробочку), постепенно задача усложнилась, девочка стала отгадывать сразу по два инструмента, причем среди них были такие, которые звучат очень похоже – бубенчики, бубен и металлофон, два разных маракаса.

Таким образом, после трех месяцев занятий у К. отмечалась положительная динамика: она стала лучше чувствовать заданный ритм и передавать его в собственных движениях и пении. Кроме этого, динамика наблюдалась в развитии общей моторики и взаимодействия рук: к концу описываемого периода девочка стала более уверенно играть на музыкальных инструментах двумя руками, движения во время танца стали более разнообразными, плавными и уверенными.

К середине описываемого периода произошел резкий рывок в развитии речи К. Сначала появилась возможность опознания на слух большинства бытовых речевых штампов, и они почти сразу появились в речи, затем стало доступно вычленение слов и опознание большинства бытовых существительных. Пассивный словарь все равно оставался сужен, К. по-прежнему понимала и использовала в речи мало глаголов, хотя появилась возможность опознания на слух основных бытовых глаголов (идет, стоит, ест и т.д.). Понимание речи стало значительно лучше. Она стала понимать простые конструкции с использованием предлогов «в», «на», «под». Стало возможно удержание двухступенчатой инструкции, хотя К. путала порядок инструкций.

Все это время продолжались попытки обучения звуковому анализу с привлечением различных опор (зрительной, двигательной, кинестетических). К концу указанного периода, мы относим это к

моменту начала освоения ритма, К. стала выделять звук среди других оппозиционных, 1-й ударный гласный в слове.

Стало доступно воспроизведение трехсложных слов с опорами: 1) отхлопывание количества слогов; 2) опора на телесный жест – символ буквы, стоящей в начале слога; 3) зрительная схема слоговой структуры, соединенная с размашистым движением рук (каждый слог изображается отдельной карточкой, К. ударяет по карточке одновременно с произнесением слога). Эта деятельность остается трудной для К. – она по-прежнему очень быстро истощается.

Появление возможностей для слухового анализа резко улучшило звуковую сторону речи. В речи К. появились слова с правильным звуковым оформлением (но это относится только к частоупотребляемым словам из бытового словаря). Фраза стала более развернутой, стало возможно построение предложения из 3-4 слов со зрительной опорой. К концу описываемого периода К. знала 5 букв.

ВЫВОДЫ

Таким образом, использование индивидуальной музыкальной терапии в работе с девочкой со смешанной формой алалии внесло значимый вклад в изменение ее состояния. Основываясь на результатах наших занятий, можно сказать, что целенаправленная музыкальная терапия может играть важную роль в коррекционной работе, так как действует избирательно на те или иные процессы. В отличие от групповых музыкальных занятий, которые дают эффект общей стимуляции для всех детей, посещающих группу, индивидуальные занятия по музыкальной терапии позволяют решать более специфические задачи, сформулированные разными специалистами – логопедом, нейропсихологом, неврологом и др.