**Развитие речи у детей с ДЦП**

О распространенности нарушений речи при ДЦП существуют разные мнения. По данным В. Кардвелл (1956) речевая патология имеет место в 73% случаев. К.А. Семенова отмечает, что частота расстройств речи зависит от формы паралича. Так при спастической диплегии у 70% детей диагностируются дизартрии, реже встречается моторная алалия, при гемипаретической форме 25–35% детей имеют те же расстройства речи, при гиперкинетической форме дизартрия присутствует в 90% случаев, при атонически-астатической форме – 60–75, а при двойной гемиплегии всегда наблюдается тяжелая дизартрия или анартрия.

Большинство исследователей связывают нарушения речи самым непосредственным образом с ДЦП, пытаясь все симптомы речевых нарушений обусловить патологией движений органов артикуляционного аппарата. Такой подход является несколько односторонним, так как патология речи при ДЦП может иметь и традиционную этиологию, не зависящую от моторных расстройств или связанную с ними лишь опосредованно.

Учитывая разнообразие нарушений речи при ДЦП и сложную структуру данной патологии, можно представить, что развитие речи у этих детей во многом зависит от проявлений данного расстройства. Так на развитие речи оказывают влияние:

 те же обстоятельства, которые вызывают патологию речи у детей без ДЦП;

 моторные нарушения в периферическом речевом аппарате.

В зависимости от их распространенности, интенсивности и характера у детей развиваются разные формы дизартрии;

 сенсорные расстройства, которые могут быть связаны с моторными нарушениями.

Нарушения зрения, слуха и осязания, задержка в развитии перцепции отрицательно влияют на овладение лексикой и речью в целом;

 частные отклонения в строении артикуляционного аппарата, обусловленные внутриутробной патологией, которые могут являться механическим препятствием к овладению правильным произношением;

 органические поражения ЦНС, затрагивающие не только ее моторные отделы. При наличии билатеральных диструкций в височных зонах и заднем ассоциативном комплексе возникают алалии;

 социальные условия развития больного ребенка – позднее становление ситуативно-делового общения и предметно-практической деятельности, частичная изоляция от окружающих.

В свою очередь речевые расстройства также оказывают влияние на развитие ребенка с церебральным параличом: ограничивают речевое общение или привносят в него специфический компонент, отрицательно сказываются на развитии познавательной деятельности, возникают проблемы в развитии вербального интеллекта.

**Дизартрия**

У детей с ДЦП были обнаружены спастическая, гиперкинетическая и мозжечковая формы дизартрии. В каждой форме можно выделить три степени поражения: легкую, среднюю и тяжелую. Исследователями наблюдались у детей с ДЦП смешанные формы: ***спастико-атактическая, спастико-гиперкинетическая, спастико-атактико-гиперкинетическая.***

Все авторы сходятся во мнении, что у детей с ДЦП наиболее часто встречается ***псевдобульбарная*** дизартия. Для детей с псевдобульбарной дизартрией характерно в той или иной степени замедленное, напряженное произношение. Ограничение движений в дыхательном отделе приводит к тому, что воздушная струя недостаточна для образования звуков в передней части артикуляционного аппарата. При очень слабой воздушной струе невозможно образование даже губных звуков. Разумеется, дизартрия может проявляться в различной степени – от полной неспособности к произношению (анартрии) до минимальных расстройств звукопроизношения и просодики. Общий характер расстройства речи зависит от условий формирования артикуляционного праксиса и фонематической системы. При этом надо иметь в виду, что в формировании праксиса при псевдобульбарной дизартрии на первый план выступают расстройства произвольных движений, требующих коркового контроля. В связи с этим моторные проблемы ярче проявляются при необходимости реализации сложных, иерархически организованных движений. Особенно страдает произношение сложных переднеязычных звуков, требующих более высокого уровня моторного контроля, – ротовых смычно-проходных, вибрантов, свистящих, шипящих, и может приводить к смещению артикуляции в средние и задние участки артикуляционного отдела.