

**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(Н И У « Б е л Г У »)**

ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

ФАКУЛЬТЕТ ДОШКОЛЬНОГО, НАЧАЛЬНОГО И СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

**Кафедра дошкольного и специального (дефектологического)
образования**

**КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО
ПРЕОДОЛЕНИЮ НАРУШЕНИЯ АРТИКУЛЯЦИОННОЙ МОТОРИКИ
У СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ СО СТЕРТОЙ ДИЗАРТРИЕЙ**

Выпускная квалификационная работа
обучающегося по направлению подготовки 44.03.03 Специальное
(дефектологическое) образование, профиль Логопедия
очной формы обучения, группы 02021306
Чегуровой Анны Павловны

Научный руководитель
к.б.н., доцент
Минаева О. Д.

БЕЛГОРОД 2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА I ОСОБЕННОСТИ АРТИКУЛЯЦИОННОЙ МОТОРИКИ У ДЕТЕЙ С ДИЗАРТРИЕЙ.....	6
1.1 Дизартрия как специфическая форма нарушения речи.....	6
1.2 Артикуляционная моторика у детей со стертой дизартрией.....	15
1.3. Современные методы коррекции нарушений артикуляционной моторики у дошкольников со стертой дизартрией.....	20
ГЛАВА II ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ АРТИКУЛЯЦИОННОЙ МОТОРИКИ У ДОШКОЛЬНИКОВ СО СТЕРТОЙ ДИЗАРТРИЕЙ.....	27
2.1. Схемы обследования артикуляционной моторики среди детей	27
2.2. Методические рекомендации по развитию артикуляционной моторики у старших дошкольников со стертой дизартрией.....	41
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	56
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	60
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	63

ВВЕДЕНИЕ

Усвоение ребенком родного языка происходит в определенной последовательности по мере созревания нервно - мышечного аппарата. В первые месяцы после рождения у ребенка интенсивно развиваются слуховой, зрительный, двигательно - кинестетический анализаторы. В настоящее время доказано, что процесс сенсорного развития, в том числе и восприятия речи, осуществляется с необходимым участием двигательных импульсов. Развитие движений у ребенка рассматривается как фактор стимуляции и подкрепления его лепета.

Ребенок рождается с готовыми к функционированию органами артикуляции. Однако проходит длительный подготовительный период, прежде чем он сможет произносить членораздельные звуки речи.

Но в наше время одной из самых актуальных проблем является увеличение количества детей с различными речевыми нарушениями.

Среди них весьма распространенным нарушением является дизартрия - нарушение фонетической стороны речи, которое обусловлено органическим поражением центральной нервной системы. При нем расстраивается двигательный механизм речи, её моторная реализация. В литературе XX века понятие «дизартрия» переводили, как расстройство членораздельной речи, речь организуется невнятно, словно «каша во рту».

Дизартрия - нарушение звукопроизношения, обусловленное нарушением иннервации мышц речевого аппарата. При данной речевой патологии страдает развитие артикуляционной моторики детей дошкольного возраста, что сказывается как на развитии речи, так и на общем развитии, на готовности ребёнка к школьному обучению. Именно поэтому данная проблема является весьма актуальной.

Однако стоит заметить, что развитие моторной функции проводится не изолированно, а включается в процесс коррекции, однако является очень важной его частью.

Дизартрия представляет собой сложное речевое расстройство, характеризующееся комбинаторностью множественных нарушений процесса моторной реализации речевой деятельности.

В последние годы увеличилось количество детей, страдающих различными речевыми нарушениями. В частности детей, имеющих дизартрические расстройства. Анализ специальных литературных данных показал, что проблема дизартрии как одного из видов речевых нарушений рассматривалась такими специалистами как О.А. Токаревой, А. Куссмаулем, М.П. Давыдовой, А.Н. Корневым, О.В. Правдиной, Е.М. Мастюковой, Е.Н. Винарской, Л.В. Мелеховой, И.Б. Карелиной, А.М. Пулатовым, Е.Ф. Соботович, А.Ф. Чернопольским, К.А. Семеновой, Л.В. Лопатиной, Н.В. Серебряковой, Е.Ф. Архиповой, Э.Я. Сизовой, М.Б. Эйдиновой и др.

По данным обнародованным Институтом Коррекционной Педагогики города Москвы в настоящее время количество детей с дизартрическими проявлениями составляют 40 - 45 % случаев от общего количества детей с речевой патологией.

В связи с тем, что в наше время большой процент нарушений связан с проявлением дизартрий и на сегодняшний день данные нарушения изучены не до конца, эта тема остается актуальной.

Цель исследования: разработать методические рекомендации, направленные на формирование артикуляционной моторики у дошкольников со стертой формой дизартрии.

Объектом нашего исследования является особенности артикуляционной моторики у дошкольников со стертой формой дизартрии.

Предметом исследования - условия формирования артикуляционной моторики у дошкольников со стертой формой дизартрии.

В основу нашего исследования была положена **гипотеза**, согласно которой формирование артикуляционной моторики у дошкольников со стертой формой дизартрии будет проходить успешно при соблюдении следующих условий:

- своевременная детальная диагностика особенностей звукопроизношения у детей дошкольного возраста со стертой дизартрией;
- подбор методов коррекционной работы с учетом особенностей артикуляционной моторики у детей дошкольного возраста со стертой дизартрией;
- реализация комплексного подхода в коррекции нарушения артикуляционной моторики у детей со стертой дизартрией (психолого-педагогическое сопровождение).

В ходе исследования были поставлены следующие **задачи**:

1. Теоретически обосновать проблему формирования артикуляционной моторики у дошкольников со стертой формой дизартрии.
2. Выявить состояние артикуляционной моторики у дошкольников со стертой формой дизартрии.
3. Разработать методические рекомендации по формированию артикуляционной моторики у дошкольников со стертой формой дизартрии.

Теоретико-методологической основой исследования составили труды Е.Ф. Архиповой, Г.Г. Голубевой, А.М. Горчаковой, Л.С. Волковой, Г.В. Чиркиной, Е. Н. Винарской, Е. Н. Моргачевой Л.В.Лопатиной, Н.В. Серебряковой, Л.А. Даниловой, И.И. Ермаковой, Е.М. Мастюковой по специфике логопедической работы с детьми старшего дошкольного возраста со стертой дизартрией.

Для решения поставленных задач были использованы следующие **методы исследования**: теоретические: анализ специальной литературы по проблеме исследования; эмпирические: эксперимент (констатирующий этап) метод количественного и качественного анализа результатов исследования.

База исследования: муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение детский сад комбинированного вида №60 г. Белгорода.

Структура работы: Выпускная квалификационная работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованной литературы, приложения.

ГЛАВА I ОСОБЕННОСТИ АРТИКУЛЯЦИОННОЙ МОТОРИКИ У ДЕТЕЙ С ДИЗАРТРИЕЙ

1.1 Дизартрия как специфическая форма нарушения речи

В работах, посвящённых дизартрии, констатируется, что клинические особенности нарушений речи и степень их выраженности зависят от локализации и тяжести мозгового поражения. Степень выраженности дизартрии может быть различной: от лёгких форм (стёртых) до самых тяжёлых форм (анартрий) (20).

Дизартрия - нарушение произносительной стороны речи, возникающее вследствие органического поражения центральной нервной системы. Основным отличительным признаком дизартрии от других нарушений произношения является то, что в этом случае страдает не произношение отдельных звуков, а вся произносительная сторона речи. При этом из-за ограничений подвижности органов речи (мягкого неба, языка, губ) затруднена артикуляция, но при возникновении во взрослом возрасте, как правило, не сопровождается распадом речевой системы.

«Дизартрия - нарушение произношения, обусловленное недостаточной иннервацией речевого аппарата при поражениях заднелобных и подкорковых отделов мозга» (2).

Термин «дизартрия» образован от греческих слов «arthson» - сочленение и «dys» - частица, означающая расстройство. Это неврологический термин, т.к. нарушение «дизартрия» возникает при нарушении функции черепно-мозговых нервов нижнего отдела ствола (продолговатого мозга), которые ответственны за артикуляцию (5).

По мнению Е. Н. Винарской (8), причины возникновения дизартрии могут быть следующие:

1. Органическое поражение ЦНС при воздействии неблагоприятных факторов среды на мозг ребенка (это могут быть внутриутробные поражения как результат острой или хронической инфекции; кислородная недостаточность (гипоксия), интоксикация, токсикоз беременности), при родах у ребенка может возникнуть асфиксия, ребенок может родиться недоношенным.

2. Причина дизартрии может скрываться в несовместимости по резус-фактору.

3. В более редких случаях дизартрия возникает под действием инфекционного заболевания нервной системы в раннем возрасте.

В основе классификации дизартрии разных авторов - разные критерии.

Первый критерий - принцип локализации (Е.Н. Винарская) (8). Классификация, в основу которой положен этот принцип, является наиболее распространенной в логопедии. Она создана с учетом неврологического подхода на основе уровня локализации поражения двигательного аппарата речи. В этой классификации выделяют пять форм дизартрии:

- бульбарную;
- псевдобульбарную;
- экстрапирамидную (подкорковую);
- мозжечковую;
- корковую.

Второй критерий, положенный в основу классификации дизартрии - синдромологический подход (Е.Ф. Архипова) (2). На основе синдромологического подхода выделяют следующие формы дизартрии:

- спастико-паретическую;
- спастико-ригидную;
- спастико-гиперкинетическую;
- спастико-атактическую;
- атактико-гиперкинетическую.

Такой подход указывает на то, что в связи с распространенным поражением мозга у детей с церебральным параличом редко встречается дизартрия в чистом виде. Чаще дизартрии носят смешанный характер (17).

Поскольку в основе данной классификации лежит тонкая дифференциация различных неврологических синдромов (спастический парез, ригидность, гиперкинез, атаксия), то эта классификация не может быть проведена логопедом. Нужно обязательно иметь заключение невропатолога о характере двигательного расстройства. В клиниках, где совместно работают невропатолог и логопед, пользуются данной классификацией (15).

Третий критерий, положенный в основу классификации, (О.В. Правдина (24)) - это степень понятности речи для окружающих. Данная классификация применительно к детям с церебральным параличом французским невропатологом Тардые в 1968 году. В данной классификации выделяют четыре степени тяжести речевых нарушений у детей:

- Первая - самая легкая степень, когда нарушения звукопроизношения выявляются специалистами только в процессе обследования.

- Вторая - нарушения произношения заметны каждому, но речь понятна для окружающих.

- Третья - речь понятна только близким ребенка и частично для окружающих.

- Четвертая - самая тяжелая - отсутствие речи или речь непонятна даже близким ребенка (анартрия).

Основными симптомами дизартрии являются нарушения звукопроизношения и просодики. При этом страдают не только согласные, но и гласные звуки. Наблюдаются различные виды нарушений звукопроизношения: искажение, отсутствие, замена, смешение (24).

Одной из причин нарушения звукопроизношения является нарушение артикуляционной моторики (6).

Первый синдром дизартрии - синдром артикуляционных расстройств, который проявляется в нарушении мышечного тонуса. Выделяют следующие его формы в артикуляционной мускулатуре (12):

- спастичность артикуляционных мышц (постоянное повышение тонуса в языке, губах, лицевой, шейной мускулатуре). Характерна палатализация; гипотония (понижение мышечного тонуса). Признаки - гиперсаливация, назализация из-за гипотонии мышц мягкого неба, затруднена палатализация;

- дистония (меняющийся характер мышечного тонуса): в покое - низкий мышечный тонус в артикуляционном аппарате, при попытках речи - тонус резко нарастает.

Второй синдром артикуляционных расстройств - нарушение артикуляционной моторики, которое является результатом ограничения подвижности артикуляционных мышц, которое усиливается нарушениями мышечного тонуса, наличием произвольных движений (гиперкинезов, тремора).

Третьим синдромом являются дискоординационные расстройства. Они проявляются в нарушении точности и соразмерности артикуляционных движений. Особенно нарушено выполнение тонких дифференцированных движений. Движения часто выполняются с гиперметрией (чрезмерной двигательной амплитудой).

Четвертый синдром артикуляционных расстройств - патология реципрокной иннервации (нарушение согласованной деятельности нервных центров).

Пятый синдром - наличие насильственных движений и оральных синкинезий, что искажает звукопроизношение.

Шестой синдром - нарушение проприоцептивной афферентной импульсации от мышц артикуляционного аппарата. Дети слабо ощущают положение языка, губ, направление их движений (17).

Частым признаком артикуляционных расстройств является недостаточность артикуляционного праксиса (диспраксия), которая может

быть как вторичной за счет нарушения проприоцептивной афферентной импульсации от мышц артикуляционного аппарата, так и первичной в связи с локализацией поражения мозга.

При дизартрии могут выявляться рефлексы орального автоматизма - сосательного, хоботкового, поискового. Их наличие затрудняет произвольные ротовые движения (22).

Второй синдром дизартрии - синдром нарушений речевого дыхания (1).

Нарушение дыхания имеет сложный патогенез: паретичность дыхательных мышц; изменение их тонуса; нарушение их реципрокной координации; задержка созревания дыхательной и функциональной системы.

Это является одной из причин нарушения голоса и мелодико-интонационной стороны речи, так как для нормального функционирования голосового аппарата необходимо определенное соответствие между напряжением осуществляющих вдох и выдох мышц. Кроме того, нарушения голоса связаны с парезами мышц языка, губ, мягкого неба, голосовых складок, мышц гортани. Нарушения голоса крайне разнообразны, специфичны для разных форм дизартрии. В одних случаях страдает сила голоса (слабый, тихий, иссякающий); в других - тембр (глухой, назализованный, тусклый); могут отсутствовать голосовые модуляции (ребенок не может произвольно менять высоту тона) (26).

При дизартрии наблюдаются и неречевые симптомы: расстройство глотания, сосания, жевания, познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и т. д.

Диагноз дизартрия ставится на основе специфики речевых и неречевых нарушений. Речевое заключение требует глубокого знания различных форм дизартрии.

Корковая дизартрия - группа моторных расстройств речи разного патогенеза, обусловленных очаговым поражением коры головного мозга. Понятие «корковая дизартрия» в современной медицинской и логопедической литературе не определяется однозначно. Существование

этой формы речевой патологии признается не всеми авторами. Часто корковую дизартрию приравнивают к проявлениям моторной алалии. В настоящее время многие ученые доказали, что корковая дизартрия - самостоятельное речевое нарушение. Выделяют три варианта корковой дизартрии. При первом нарушении звукопроизношения определяются избирательным корковым парезом мышц кончика языка; при втором - нарушением кинестетического артикуляционного праксиса; при третьем - нарушениями кинетического артикуляционного праксиса. Обычно наблюдаются различные сочетания трех вариантов корковой дизартрии.

При корковой дизартрии из-за недостаточности артикуляционного праксиса наблюдается нарушение формирования активного и пассивного словаря, грамматического строя речи, часто - письма и чтения.

При псевдобульбарной дизартрии страдает кортико-бульбарная часть пирамидного пути, поэтому ее иначе называют пирамидной. Поражены 9, 10, 12 пары черепно-мозговых нервов (языкоглоточный, блуждающий, подъязычный). Эта форма дизартрии встречается чаще всего и является более изученной.

Псевдобульбарная дизартрия обусловлена центральным параличом мышц. В зависимости от формы паралича выделяют две формы псевдобульбарной дизартрии - спастическую и паретическую. Во всех случаях при псевдобульбарной дизартрии нарушаются произвольные движения. Непроизвольные - сохранены: вытягивает губы вперед во время еды, облизывает их, громко плачет, смеется. По инструкции не может выполнить эти движения (1).

При спастической форме псевдобульбарной дизартрии отмечается выраженная спастичность артикуляционной и фонационной мускулатуры (чрезмерное напряжение, повышенная возбудимость всех мышц).

При паретической форме псевдобульбарной дизартрии отмечается выраженный парез речевых мышц со значительной их слабостью и

ограничением активных движений, т. е. отмечается общая слабость лицевой, артикуляционной и жевательной мускулатуры.

В целом, при псевдобульбарной дизартрии наблюдается тяжелое расстройство как общей, так и речевой моторики.

Общая моторика при псевдобульбарной дизартрии характеризуется неловкостью движений, их неточностью, нарушением координации. Страдает мелкая моторика рук из-за спастичности (руки согнуты). Дети не умеют лепить, рисовать, нет навыков самообслуживания. Лицо амимично - нарушены движения глаз, бровей (2).

Бульбарная дизартрия обусловлена парезом или параличом мышц, принимающих участие в артикуляции. Развивается в результате поражения ядер, корешков или периферических отделов лицевого, языко-глоточного, блуждающего, подъязычного черепно-мозговых нервов.

Экстрапирамидная (подкорковая) дизартрия возникает при поражении подкорковых узлов и их нервных связей, преимущественно стриопаллидарной системы. Ее еще называют гиперкинетической, т. к. она является проявлением гиперкинетической формы церебрального паралича.

В связи с этим некоторые авторы выделяют две формы экстрапирамидной дизартрии - ригидную и гиперкинетическую.

Общим симптомом для ригидной и гиперкинетической экстрапирамидной дизартрии является нарушение просодической стороны моторной речи, что связано с нарушением эмоционально-двигательной иннервации. В этих случаях страдает не столько артикуляция, сколько мелодика, темп речи, возможность говорить медленно или быстро, нарушается интонация. Во время фразовой речи происходит ее постепенное затухание, переходящее порой в неясное бормотание.

Для ригидной формы экстрапирамидной дизартрии характерно отсутствие стабильности артикуляционных нарушений, поэтому и расстройства звукопроизношения менее постоянны, чем при псевдобульбарной (26).

К особенностям гиперкинетической формы экстрапирамидной дизартрии следует отнести частое наличие гиперкинезов как в речевой, так и в скелетной мускулатуре. Гиперкинезы при подкорковой дизартрии непостоянные по объему и амплитуде, усиливаются при произвольных движениях, эмоциональном напряжении ребенка. Расстройства произношения чрезвычайно разнообразны, часто непостоянны. Наличие гиперкинезов в речевой мускулатуре грубо искажает речь, порой делает ее малопонятной, временами невозможной. Между гиперкинезами звукопроизношение не нарушается. Нарушена координация всех трех систем: дыхания, голосообразования, артикуляции.

При разных формах экстрапирамидной дизартрии автоматизация звуков происходит с большим трудом, так как имеет место кинестетическая диспраксия.

Мозжечковая дизартрия обусловлена поражением мозжечка и его проводящих путей. Наблюдается расстройство координации движений. Прежде всего страдают звуки, которые требуют достаточно четких и дифференцированных артикуляторных движений (9).

Рассмотренные формы дизартрии иногда встречаются в изолированном виде, однако при детском церебральном параличе дизартрии чаще всего отличаются смешанным характером нарушения. В клинике детского церебрального паралича выделяются следующие формы дизартрии по ведущему неврологическому синдрому, т. е. на основе синдромологического подхода:

1. Спастика-паретическая (ведущий синдром – спастический парез) встречается почти при всех формах дизартрических расстройств.

2. Спастика-ригидная (ведущие синдромы - спастический парез и нарушение тонуса по типу ригидности) - при экстрапирамидной и псевдобульбарной дизартриях.

3. Спастика-гиперкинетическая (ведущие синдромы - спастический парез и гиперкинезы) соответствует псевдобульбарной и экстрапирамидной дизартриям.

4. Спастика-атактическая (ведущие синдромы - спастический парез и атаксия) соответствует псевдобульбарной форме и мозжечковой.

5. Атактико-гиперкинетическая (ведущие синдромы – атаксия и гиперкинезы) - при мозжечковой и экстрапирамидной дизартриях (10).

Тяжелая степень дизартрии носит название анартрии, когда речь почти полностью невозможна из-за паралича речевых мышц, резко расстраивающего систему артикуляции. По способности произносительной активности детей с анартрией можно разделить на три группы:

- первая - дети с полным отсутствием голосовой активности;
- вторая - дети с голосовой активностью (кхы, ахк и т. п.);
- третья - дети со звуко-слоговой минимальной активностью, которые хорошо произносят всего два-три слога.

Стертая форма псевдобульбарной дизартрии - это более легкая степень, при которой неврологическая симптоматика нерезко выражена, имеются парезы отдельных мышечных групп, сопровождающиеся нечетким звукопроизношением, смазанностью, назализацией, дисфонией, просодическими расстройствами, коротким и поверхностным дыханием. При стертой форме дизартрии прослеживаются не только фонетические, но и просодические, и дыхательные нарушения. По своим проявлениям стертая дизартрия близка к сложной функциональной дислалии (4).

Таким образом, авторы выделили несколько классификаций дизартрии. Независимо от того, какая форма дизартрии присутствует у ребенка, во всех случаях наблюдается нарушение в работе артикуляционного аппарата.

Также для всех форм дизартрии характерно нарушение тонуса мышц, что выражается в спастичности мышц артикуляционного аппарата (постоянное повышение тонуса мышц губ, языка, лица и шеи).

1.2 Артикуляционная моторика у детей со стертой дизартрией

В работах Г.Г. Гутцмана, О.В. Правдиной (24), Л.В. Мелеховой (9), О.А. Токаревой (27), Р.И. Мартыновой (21) рассматриваются вопросы симптоматики дизартрических расстройств речи, при которых наблюдается «смытость», «стертость» артикуляции.

У детей со стертой дизартрией выявляются патологические особенности в артикуляционном аппарате.

Паретичность мышц органов артикуляции проявляется в следующем: лицо гипомимично, мышцы лица при пальпации вялые; позу закрытого рта многие дети не удерживают, т.к. нижняя челюсть не фиксируется в приподнятом состоянии из-за вялости жевательной мускулатуры; губы вялые, углы их опущены; во время речи губы остаются вялыми и необходимой лабиализации звуков не производится, что ухудшает просодическую сторону речи. Язык при паретической симптоматике тонкий, находится на дне полости рта, вялый, кончик языка малоактивный. При функциональных нагрузках (артикуляционных упражнениях) мышечная слабость увеличивается (6).

Спастичность мышц органов артикуляции проявляется в следующем: лицо амимично, мышцы лица при пальпации твердые, напряженные. Губы у такого ребенка постоянно находятся в полуулыбке: верхняя губа прижимается к деснам. Во время речи губы не принимают участие в артикуляции звуков. Многие дети, у которых отмечается подобная симптоматика, не умеют выполнять артикуляционное упражнение «трубочка», т.е. вытянуть губы вперед, и др. Язык при спастическом симптоме чаще изменен по форме: толстый, без выраженного кончика, малоподвижный.

Гиперкинезы при стертой дизартрии проявляются в виде дрожания, тремора языка и голосовых связок. Тремор языка проявляется при функциональных пробах и нагрузках. Например, при задании поддержать

широкий язык на нижней губе под счет 5-10 язык не может сохранить состояние покоя, появляется дрожание и легкий цианоз (т.е. посинение кончика языка), а в некоторых случаях язык крайне беспокойный (по языку прокатываются волны в продольном или в поперечном направлении). В этом случае ребенок не может удержать язык вне полости рта. Гиперкинезы языка чаще сочетаются с повышенным тонусом мышц артикуляционного аппарата. Апраксия при стертой дизартрии выявляется одновременно в невозможности выполнения каких-либо произвольных движений руками и органами артикуляции. В артикуляционном аппарате апраксия проявляется в невозможности выполнения определенных движений или при переключении от одного движения к другому. Можно наблюдать кинетическую апраксию, когда ребенок не может плавно переходить от одного движения к другому. У других детей отмечается кинестетическая апраксия, когда ребенок производит хаотические движения, «нащупывая» нужную артикуляционную позу (18).

Девиация, т.е. отклонения языка от средней линии, проявляется также при артикуляционных пробах, при функциональных нагрузках. Девиация языка сочетается с асимметрией губ при улыбке со сглаженностью носогубной складки.

Гиперсаливация (повышенное слюноотделение) определяется лишь во время речи. Дети не справляются с саливацией, не сглатывают слюну, при этом страдают произносительная сторона речи и просодика.

При обследовании моторной функции артикуляционного аппарата у детей со стертой дизартрией отмечается возможность выполнения всех артикуляционных проб, т.е. дети по заданию выполняют все артикуляционные движения - например, надуть щеки, пощелкать языком, улыбнуться, вытянуть губы и т.д. При анализе же качества выполнения этих движений можно отметить: смазанность, нечеткость артикуляции, слабость напряжения мышц, аритмичность, снижение амплитуды движений, кратковременность удерживания определенной позы, снижение объема

движений, быструю утомляемость мышц и др. Таким образом, при функциональных нагрузках качество артикуляционных движений резко падает. Это и приводит во время речи к искажению звуков, смещению их и ухудшению в целом просодической стороны речи.

Движения мимической лицевой мускулатуры и артикуляционного аппарата характеризуются быстрой истощаемостью, низким качеством, не имеют достаточной точности, плавности. Часто нарушается дифференцированные движения кончика и спинки языка, губ. Для одних детей характерна скованность, невозможность выполнения более сложных движений, для других - двигательное беспокойство, наличие гиперкинезов языка, лицевой мускулатуры, наличие синкинезий. У детей со стертой дизартрией оказывается нарушенной как статика, так и динамика артикуляционных движений (16, 19).

Говоря о нарушении двигательных функций артикуляционного аппарата у детей с данной патологией, Л.В. Мелехова (9) отмечает неточность, слабость движений органов артикуляционного аппарата, их быструю истощаемость. При этом автор указывает, что эти нарушения обнаруживаются нередко лишь в динамике логопедической работы. Среди двигательных расстройств Р.А. Белова-Давид (3) называет и такие, как трудность нахождения определенных положений губ, языка, необходимых для произношения звуков.

Л.В. Лопатина (18) отмечает, что у детей со стертой дизартрией оказываются нарушенными как статика, так и динамика артикуляторных движений. Среди движений, отражающих состояние статической координации, наиболее сложными для выполнения являются произвольные движения языка, что проявляется либо в некоторой скованности движений, невозможности выполнения более сложных движений, либо в двигательном беспокойстве, в наличии гиперкинезов языка, в трудности или невозможности нахождения и удержания заданного положения, в наличии синкинезий. Среди движений, отражающих состояние динамической

координации, сложными для выполнения являются задания, связанные с переключением движений. Переключение движения часто совершается с трудом, при длительных поисках артикуляции, в неполном объеме, медленном темпе, с появлением сопутствующих движений в мимической мускулатуре, с нарушением легкости и плавности, запоминания и воспроизведения двигательного ряда, с возникновением персевераций и перестановок.

Еще более сложной оказывается возможность одновременного выполнения движений. В большинстве случаев совершаются быстрые, беспорядочные движения языком, которые часто заменяются движениями головы вперед, отмечается нарушение координации с выпадением отдельных звеньев движений.

Р.И. Мартынова (21) выявила симптомы органического поражения центральной нервной системы в форме стертых парезов, изменения тонуса мышц, гиперкинезов в мимической и артикуляционной мускулатуре, патологических рефлексов у детей со стертой дизартрией при тщательном обследовании и применении функциональных нагрузок (повторные движения, силовые напряжения).

Исследование артикуляторной моторики, проведенное Л.В. Лопатиной, Н.В. Серебряковой (19), показало, что у всех детей со стертой дизартрией имеются нарушения функции мышц, иннервируемых нижней ветвью тройничного, лицевого, подъязычным и языкоглоточным нервами.

При исследовании функции тройничного нерва оказалось, что большинство детей были не в состоянии воспроизвести движения для челюстей в полном объеме. Выполняемые ими движения характеризуются неточностью, приблизительностью, выполняются с наличием синкинезий, выражающихся в дополнительных движениях губ и языка. Часть детей не смогли выполнить движения челюстью из стороны в сторону, заменив их активными движениями губ или языка в ротовой полости. И лишь у

незначительного количества детей отмечалось нарушение только объема заданного движения.

Исследование функции лицевого нерва Л.В. Лопатиной, Н.В. Серебряковой (19), показало, что у всех детей имелись движения мышц артикуляторной мускулатуры, иннервируемых этим нервом. Однако для части детей характерно выполнение движений не в полном объеме, неточно, с пониженным мышечным тонусом, при наличии синкинезий. Во всех случаях отмечалась и трудность удержания артикуляторной позы. Нарушение функции лицевого нерва проявлялось в невозможности или трудности выполнения и мимических движений. Асимметрия лицевых нервов (VII пара), отмечает Р.И. Мартынова (21) имела у детей, главным образом, за счет сглаженности правой или левой носогубной складки.

Р.И. Мартынова (21) констатирует, что основное нарушение со стороны черепно-мозговых нервов связано с поражением подъязычных нервов (XII пары), которое проявляется в виде некоторого ограничения движения языка в сторону, гиперкинезов. Повторные движения языка вверх, вперед и в стороны вызывают быстрое утомление, выражающееся в замедлении темпа движений, а иногда и легкого посинения кончика языка. Все эти нарушения обусловлены паретичностью мышц языка.

Исследование функции подъязычного нерва Л.В. Лопатиной, Н.В. Серебряковой (19), показало, что не все дети имеют движения мышц, иннервируемых этим нервом. Значительные трудности вызывают такие движения, как высовывание языка и удержание его в спокойном состоянии, поднимание и опускание кончика языка, удержание языка в широком и узком состоянии. Выполнение этих движений характеризуется нарушением объема выполняемых движений, беспокойством языка, тремором кончика языка, пониженным мышечным тонусом, наличием синкинезий, трудностью удержания заданной позы, констатируют Л.В. Лопатиной, Н.В. Серебряковой.

Исследование функции языкоглоточного нерва показало, что в большинстве случаев для детей со стертой дизартрией характерно недостаточное поднятие мягкого неба, в ряде случаев с отклонением маленького язычка в сторону. Задания, связанные с переключением движения совершались с трудом, при длительных поисках артикуляции, в неполном объеме, медленном темпе, с появлением сопутствующих движений в мимической мускулатуре, с нарушением легкости, плавности, с возникновением персевераций и перестановок.

В значительной степени нарушенной оказалась возможность одновременного выполнения движений. В большинстве случаев совершались быстрые, беспорядочные движения языком, иногда движения языка заменялись движениями головы вперед. Среди движений, отражающих состояние статической координации, наиболее сложными для выполнения являются произвольные движения языка, динамической координации - воспроизведение одновременных движений (7).

Таким образом, при изучении методической литературы можно выделить основные нарушения артикуляционной моторики у дошкольников со стертой дизартрией: паретичность, спастичность, гиперкинезы, апраксия, девиация, гиперсаливация и др.

1.3. Современные методы коррекции нарушений артикуляционной моторики у дошкольников со стертой дизартрией

Вопросами коррекции дизартрии занимались многие специалисты: Л.В.Лопатиной (18), Н.В. Серебряковой (19), Л.А.Даниловой (10), И.И. Ермаковой (13), Е.М. Мастюковой (17), Е.Ф. Архиповой (2).

Данные авторы выделяют особенности содержания логопедической работы при стертой форме дизартрии которые отражены в специфике планирования коррекционной работы: вводится дополнительный

подготовительный этап, который необходим для нормализации моторики и тонуса артикуляционного аппарата, развития просодики.

Проанализировав методики данных авторов, мы подобрали и систематизировали практический материал по всем разделам подготовительного этапа, учитывая речевую и неречевую симптоматику дизартрии.

1) Нормализация тонуса мышц артикуляционного аппарата - дифференцированный логопедический массаж (мет. Е.Ф. Архиповой) (2).

Для детей с гипертонусом и гиперкинезами рекомендуется расслабляющий массаж. У таких детей лицо застывшее, мышцы одеревеневшие, мышцы губ растянуты и прижаты к деснам, язык толстый и бесформенный, кончик языка не выражен. Приемы массажа: похлопывание, поколачивание, легкая вибрация, поглаживание не более 1,5 минут. Все движения идут от периферии к центру: от висков к центру лба, носу, середине губ.

Для детей с гипотонусом - укрепляющий массаж. У таких детей мышцы лица дряблые и рыхлые, рот открыт, губы вялые, язык тоненький лежит на дне полости рта. Приемы: глубокое растирание, разминание, поглаживание с усилием до 3 минут. Все движения от центра лица в стороны: от лба к вискам, от носа к ушам, от середины губ к углам, от середины языка к кончику.

2) Нормализация моторики артикуляционного аппарата:

Упражнения для жевательных мышц (мет. И.И. Ермаковой) (13) Автор предлагает применять следующие упражнения:

- Открыть рот и закрыть.
- Выдвинуть нижнюю челюсть вперед.
- Открыть рот и закрыть.
- Надуть щеки и расслабить.
- Открыть рот и закрыть.
- Движения нижней челюсти вбок.

- Открыть рот и закрыть.
- Втянуть щеки и расслабить.
- Открыть рот и закрыть.
- Нижними зубами закусить верхнюю губу.
- Открыть рот с запрокидыванием головы назад, закрыть рот - голову прямо.

Гимнастика для произвольного напряжения и движения губ и щек (мет.Е.Ф. Архиповой) (1). Автор предлагает применять следующие упражнения:

- Надувание обеих щек одновременно.
- Надувание щек попеременно.
- Втягивание щек в ротовую полость.
- Сомкнутые губы вытягиваются вперед трубочкой (хоботком), а затем возвращаются в нормальное положение.
- Оскал: губы растягиваются в стороны, плотно прижимаются к деснам, обнажаются оба ряда зубов.
- Чередование оскал-хоботок (улыбка-трубочка). Втягивание губ в ротовую полость при раскрытых челюстях.
- Поднимание только верхней губы, обнажаются только верхние зубы.
- Оттягивание нижней губы, обнажаются только нижние зубы.
- Поочередное поднимание и опускание верхней и нижней губы.
- Имитация полоскания зубов.
- Нижняя губа под верхними зубами.
- Верхняя губа под нижними зубами.
- Чередование двух предыдущих упражнений.
- Вибрация губ (фыркание лошади).
- При выдохе удерживать губами карандаш.

Пассивная гимнастика для мышц языка - создание положительных кинестезии в мышцах (мет. О.В.Правдиной) (24).

Автор указывает на то, что пассивное движение должно проводиться в 3 стадии:

1 - вход в позицию (собрать губы);

2 -продержать позицию;

3 - выход из позиции.

О.В. Правдина (24) указывает, что после нескольких повторений делается попытка произвести то же движение еще один - два раза без механической помощи, т.е. пассивное движение переводится сначала в пассивно-активное, а затем в произвольное, производимое по речевой инструкции.

Автор предлагает примерный комплекс пассивной гимнастики:

- Губы пассивно смыкаются, удерживаются в этом положении. Внимание ребенка фиксируется на сомкнутых губах, затем его просят дуть через губы, разрывая их контакт.

- Указательным пальцем левой руки приподнимают верхнюю губу ребенка, обнажая верхние зубы, указательным пальцем правой руки поднимают нижнюю губу до уровня верхних резцов и просят ребенка дуть; Язык помещается и удерживается между зубами.

- Кончик языка прижимается и удерживается у альвеолярного отростка, ребенка просят дуть, разрывая контакт.

- Голова ребенка несколько закидывается назад, задняя часть языка приподнимается к твердому небу, ребенка просят производить кашлевые движения, фиксируя его внимание на ощущениях языка и нёба.

Важным разделом артикуляционной гимнастики для дизартриков является развитие более тонких и дифференцированных движений языка, активизация его кончика, ограничение движений языка и нижней челюсти.

Примерный комплекс статических артикуляционных упражнений для дизартриков представили Л.В.Лопатина, Н.В.Серебрякова (19):

1. Открыть рот, подержать его открытым под счет от 1 до 5-7, закрыть.

2. Приоткрыть рот, выдвинуть нижнюю челюсть вперед, удерживать ее в таком положении в течение 5-7 секунд, вернуть в исходное положение.

3. Оттянуть нижнюю губу книзу, удерживать под счет от 1 до 5-7, вернуть в исходное состояние; - поднять верхнюю губу, удерживать под счет от 1 до 5-7, вернуть в исходное состояние.

4. Растянуть губы в улыбку, обнажив при этом верхние и нижние резцы, удерживать под счет от 1 до 5-7, вернуть в исходное состояние; - растянуть в улыбке только правый (левый) уголок бы, обнажив при этом верхние и нижние резцы, удерживать под счет от 1 до 5-7, вернуть в исходное положение.

5. Поднять поочередно сначала правый, затем левый: уголок губы, губы при этом сомкнуты, удерживать под счет от 1 до 5-7, вернуть в исходное состояние.

6. Высунуть кончик языка, помять его губами, произнося слоги па-па-па-па. После произнесения последнего слога оставить рот приоткрытым, зафиксировав широкий язык и удерживая его в таком положении под счет от 1 до 5-7; - высунуть кончик языка между зубами, прикусывать его зубами, произнося слоги та-та-та-та. После произнесения последнего слога рот оставить приоткрытым, фиксируя широкий язык и удерживая его в таком положении под счет от 1 до 5-7, вернуть в исходное положение.

7. Положить кончик языка на верхнюю губу, зафиксировать такое положение и удерживать его под счет от, 1 до 5-7, вернуть в исходное состояние; - поместить кончик языка под верхнюю губу, зафиксировать его в таком положении, удерживать под счет от 1 до 5-7, вернуть в исходное состояние; - прижать кончик языка к верхним резцам, удерживать заданное положение под счет от 1 до 5-7, вернуть в исходное состояние; - движение «слизывания» кончиком языка с верхней губы внутрь ротовой полости за верхние резцы.

8. Придать кончику языка положение «мостика» («горки»): прижать кончик языка к нижним резцам, поднять среднюю часть спинки языка,

боковые края прижать к верхним боковым зубам, удерживать заданное положение языка под счет от 1 до 5-7, опустить язык.

Примерный комплекс динамических артикуляционных упражнений для дизартриков (Л.В.Лопатина, Н.В.Серебрякова) (19):

1. Растянуть губы в улыбку, обнажив верхние нижние резцы; вытянуть губы вперед «трубочкой».

2. Растянуть губы в улыбку с оскалом резцов, а затем высунуть язык.

3. Растянуть губы в улыбку с оскалом резцов, высунуть язык, прижать его зубами.

4. Поднять кончик языка на верхнюю губу, опустит на нижнюю (повторить это движение несколько раз).

5. Поместить кончик языка под верхнюю губу, потом под нижнюю (повторить это движение несколько раз).

6. Прижать кончик языка за верхние, затем за нижние резцы (повторить это движение несколько раз).

7. Попеременно сделать язык широким, затем узким.

8. Поднять язык наверх, поместить его между зубами, оттянуть назад.

9. Построить «мостик» (кончик языка прижат к нижним резцам, передняя часть спинки языка опущена, передняя поднята, образуя с твердым небом щель, задняя пущена, боковые края языка подняты и прижаты к верхним боковым зубам), сломать его, затем снова построить и снова сломать и т. д.

10. Попеременно дотронуться высунутым кончиком языка до правого, затем до левого уголка губ.

11. Поднять кончик языка на верхнюю губу, опустить на нижнюю, попеременно дотронуться высунутым кончиком языка до правого, затем до левого уголка губ (повторить это движение несколько раз).

Таким образом, проанализировав методики коррекции артикуляционной моторики у дошкольников со стертой формой дизартрии, авторы выделяли подготовительный этап, который был направлен

непосредственно на развитие артикуляционной моторики у дошкольников со стертой формой дизартрии. Авторы выделяли следующие приемы работы, которые были направлены на: нормализацию тонуса мышц артикуляционного аппарата - дифференцированный логопедический массаж; нормализация моторики артикуляционного аппарата.

ГЛАВА II ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ АРТИКУЛЯЦИОННОЙ МОТОРИКИ У ДОШКОЛЬНИКОВ СО СТЕРТОЙ ДИЗАРТРИЕЙ

2.1. Схемы обследования артикуляционной моторики среди детей

После анализа специальной литературы нами было организовано и проведено экспериментальное исследование.

Экспериментальное исследование проводилось с января 2017 года по апрель 2017 года в городе Белгороде на базе муниципального бюджетного дошкольного образовательного учреждения детского сада комбинированного вида № 60 г. Белгорода, в старшей группе компенсирующей направленности для детей с тяжелыми нарушениями речи. В эксперименте участвовало 6 детей в возрасте 5-6 лет с диагнозом по ТПМПК «общее недоразвитие речи 3 уровень речевого развития», стертая форма дизартрии. Испытуемые были нам рекомендованы учителем-логопедом данного учреждения. По заключению врачей-специалистов все дети были с сохранным слухом, зрением и интеллектом. Список детей представлен в приложении 1.

Цель констатирующего этапа эксперимента: выявить уровень сформированности звукопроизношения и артикуляционной моторики у дошкольников со стертой дизартрией.

В соответствии с целью были выделены следующие задачи констатирующего этапа эксперимента:

1. Подобрать диагностические задания для выявления уровня сформированности звукопроизношения и артикуляционной моторики дошкольников со стертой дизартрией.

2. Изучить особенности звукопроизношения и артикуляционной моторики дошкольников со стертой дизартрией.

3. Определить содержание и направления методических рекомендаций по формированию звукопроизношения и артикуляционной моторики у старших дошкольников со стертой дизартрией.

На констатирующем этапе эксперимента выделяем следующие направления исследования:

1. Исследование артикуляционной моторики:

- обследование кинестетической артикуляционной моторики;
- обследование кинетической артикуляционной моторики;
- обследование динамической координации артикуляционных движений

2. Исследование звукопроизношения.

Для оценки состояния артикуляционной моторики детей со стертой дизартрией использовали приемы, рекомендуемые Л.В. Лопатиной, Г.В. Дедюхиной (18).

Для обследования звукопроизношения, использовались задания и упражнения, предложенные в работах Г.А. Волковой (10).

При исследовании функций органов артикуляции проводили анализ по следующим параметрам:

- состояние мышечного тонуса (гипертонус, гипотонус, дистония);
- возможность осуществления произвольных и непроизвольных движений (кинестетическая, кинетическая диспраксия, апраксия);
- качество артикуляционных и мимических движений (точность, ритмичность, амплитуда, сила мышечного сокращения, время фиксации артикуляционного уклада, количество правильно выполненных движений, переключаемость с одного движения на другое и др.).

Углубленное обследование артикуляционной моторики, проводилось комплексно с использованием различных приемов и заданий, направленных на изучение кинестетической и кинетической артикуляционной моторики, динамической координации артикуляционных движений.

Исследование артикуляционной моторики.

1. Обследование кинестетической артикуляционной моторики.

Процедура обследования. Ребенку предлагается выполнить то или иное задание по словесной инструкции, используя зеркало и без него (зеркало закрывается шторкой).

1. Инструкция: «Повтори за логопедом звуки. Скажи, в каком положении твои губы при произнесении...»

А - ?

И - ?

О - ?

У - ?

2. Инструкция: «Произнеси звуки [ть] и [т] и скажи, где находился кончик языка при их произнесении, вверху или внизу?»

3. Инструкция: «Произнеси [си] - [су], [ки] - [ку] и скажи, как менялось положение твоих губ при их произнесении?»

4. Инструкция: «Произнеси перед зеркалом последовательно звуки [и], [ш] и скажи, при произнесении какого звука кончик языка опущен, а при произнесении какого звука поднят?»

5. Инструкция: «Произнеси звуки [т], [д], [н] и скажи, где находился кончик языка при их произнесении - за верхними или за нижними зубами?»

Оценка результатов:

4 балла - правильный ответ;

3 балла - самокоррекция или правильный ответ после стимулирующей помощи;

2 балла - поиск артикуляции, ответ с единичными ошибками;

1 балл - неточный ответ, неточное выполнение задания;

0 баллов - отсутствие ответа.

2. Обследование кинетической артикуляционной моторики.

Процедура обследования.

Упражнения выполняются сидя перед зеркалом. Ребенку предлагается отраженно за логопедом выполнить то или иное упражнение.

Последовательность выполнения всех упражнений: «забор» - «окно» - «мост» - «парус» - «лопата», «вкусное варенье» и т.д. (см. 20 упражнений с функциональной нагрузкой).

Для того чтобы оценить выполнение артикуляционного упражнения, ребенка просят удерживать органы артикуляции в нужном положении 5-7 секунд.

1. Инструкция: «Смотри внимательно в зеркало и повторяй за логопедом движения»:

- широко раскрыть рот, кончик языка поднять вверх к верхним зубам - «парус», зафиксировать такое положение, удерживая его 5-7 секунд.

2. Инструкция: «Смотри внимательно в зеркало и повторяй за логопедом движения»:

- язык «лопатой» - широкий, распластаный, неподвижно лежит на нижней губе, рот приоткрыт, зафиксировать такое положение, удерживая его 5-7 секунд.

3. Инструкция: «Смотри внимательно в зеркало и повторяй за логопедом движения»:

- «вкусное варенье» - рот открыт, широкий язык обхватывает верхнюю губу и затем медленным движением сверху вниз убирается в ротовую полость (удерживать 5-7 секунд).

4. Инструкция: «Смотри внимательно в зеркало и повторяй за логопедом движения»:

- «мост» - рот открыт, широкий плоский язык лежит на дне полости рта. Кончик упирается в нижние резцы (удерживать 5-7 секунд).

5. Инструкция: «Смотри внимательно в зеркало и повторяй за логопедом движения»:

- «окно» - рот открыт, верхние и нижние зубы видны (удерживать 5-7 секунд).

Оценивается:

- точность выполнения движений (точное выполнение, приближенное, поиски артикуляции, замена одного движения другим);

- длительность удержания артикуляционной позы (достаточная, быстрая истощаемость);

- симметричность;

- наличие синкинезий, гиперкинезов, саливации.

Оценкарезультатов:

4 балла - правильное выполнение движения с точным соответствием всех характеристик предъявленному;

3 балла - замедленное и напряженное выполнение, быстрая истощаемость;

2 балла - время фиксации позы ограничено 1-3 секундами;

1 балл - выполнение с ошибками, длительный поиск позы, отклонения в конфигурации, синкинезии, гиперкинезы, гиперсаливация;

0 баллов - невыполнение движения.

3. Обследование динамической координации артикуляционных движений

Процедура обследования.

Упражнения выполняются сидя перед зеркалом. Ребенку предлагается отраженно за логопедом выполнить движения. Ребенка просят выполнить упражнения по 4-5 раз.

1. Инструкция: «Смотри внимательно в зеркало и повторяй за логопедом движения»:

- «качели» (поднять кончик языка за верхние, затем опустить за нижние резцы. Повторить это упражнение 4-5 раз).

2. Инструкция: «Смотри внимательно в зеркало и повторяй за логопедом движения»:

- «маятник» (попеременно дотронуться высунутым кончиком языка до правого, затем до левого угла губ. Повторить это движение по 4-5 раз).

3. Инструкция: «Смотри внимательно в зеркало и повторяй за логопедом движения»:

- поднять кончик языка на верхнюю губу, опустить на нижнюю, попеременно дотронуться высунутым кончиком языка до правого, затем до левого уголка губ. Повторить эти движения 4-5 раз.

4. Инструкция: «Смотри внимательно в зеркало и повторяй за логопедом движения»:

- высунуть язык вперед, одновременно поднимая его кончик вверх. Повторить эти движения 4-5 раз.

5. Инструкция: «Смотри внимательно в зеркало и повторяй за логопедом движения»:

- совершать одновременно движение нижней челюстью и высунутым языком вправо, затем влево. Повторить эти движения 4-5 раз.

Оценивается:

- последовательность выполнения движений;
- возможность переключения с одного движения на другое;
- инертность движения, персеверации;
- темп движений;
- амплитуда движений (объем движений достаточный, ограниченный);
- точность выполнения движений (точное выполнение, приближенное, поиски артикуляции, замена одного движения другим);
- наличие синкинезий, гиперкинезов, саливации.

Оценка результатов:

4 балла - сравнительно точное выполнение движений, все движения координированы;

3 балла - замедленное и напряженное выполнение переключений с одного движения на другое;

2 балла - количество правильно выполненных движений ограничено двумя-тремя;

1 балл - выполнение с ошибками, длительный поиск позы, замена одного движения другим, синкинезии, саливация, гиперкинезы;

0 баллов - невыполнение движений.

Исследование звукопроизношения.

1. Повторение звуков.

Цель: исследование произношения отдельных звуков.

Речевой материал: [А], [У], [О], [Ы], [И], [Э], [С], [С'], [З], [З'], [Ц], [Щ], [Ж], [Ш], [Ч], [Л], [Л'], [Р], [Р'], [М], [М'], [Н], [Н'], [Я], [Е], [Е], [Ю], [И].

Процедура: послушать звуки и повторить их.

Инструкция: «Я называю звуки, а ты их повторяешь».

Оценка результатов:

3 балла – звукопроизношение не нарушено;

2 балла – нарушение произношения одной группы звуков;

1 балл – нарушение произношения двух и трех групп звуков;

0 баллов – нарушено произношение всех групп звуков.

2. Повторение слогов.

Цель: исследование звукопроизношения в слогах.

Речевой материал: СА; СИ; ШУ; ЖА; ЩЕ; ЦИ; СЮ; ЗИ; ЗА; ЧУ; ЛА; ЛЮ; РУ; РЕ; МУ; МЕ; НА; НЮ.

Процедура: послушать слоги и повторить их.

Инструкция: «Я называю слоги, а ты их повторяешь».

Оценка результатов:

3 балла – звукопроизношение не нарушено;

2 балла – нарушение произношения одной группы звуков;

1 балл – нарушение произношения двух и трех групп звуков;

0 баллов – нарушено произношение всех групп звуков.

3. Повторение слов.

Цель: исследование звукопроизношения в словах.

Речевой материал: сумка, блюдо, ложка, вишня, яблоня, ухо, лоб, ноги, ведро, оса, стул, сито, мороз, зонтик, цыпленок, паровозик.

Процедура: назвать, что нарисовано на картинках.

Инструкция: «Назови, что изображено на картинках».

Оценка результатов:

3 балла – звукопроизношение не нарушено;

2 балла – нарушение произношения одной группы звуков;

1 балл – нарушение произношения двух и трех групп звуков;

0 баллов – нарушено произношение всех групп звуков.

4. Повторение предложений.

Цель: исследование звукопроизношения в предложениях.

Речевой материал: «Синичка сидит на осине»; «На заборе большой замок»; «Зина ест зеленое яблоко»; «Саня и Соня несут санки»; «Во дворе курица с цыплятами». «Вечером мы смотрели интересный фильм»; «Ранней весной на проталинах зазеленеет нежная травка»; «Аисты кормят своих птенцов мелкой рыбешкой, лягушками и жуками».

Процедура: повторить предложение.

Инструкция: «Повтори предложения».

Оценка результатов:

3 балла – звукопроизношение не нарушено;

2 балла – нарушение произношения одной группы звуков;

1 балл – нарушение произношения двух и трех групп звуков;

0 баллов – нарушено произношение всех групп звуков.

Максимальное количество баллов за все задания двух диагностик – 72 балла.

По совокупности результатам двух диагностик мы определили уровни формирования звукопроизношения и артикуляционной моторики у дошкольников со стертой дизартрией:

По совокупности результатам диагностик высчитали процентное выражение качества выполнения методики и соотносили с одним из трех уровней:

Высокий уровень – 100% – 70% (72-49 баллов);

Средний уровень – 59,9% – 30% (49-24 баллов) ;

Низкий уровень – 29,9% –10% (23-0 баллов);

Следовательно, результаты, полученные в процессе диагностики, подверглись бальному и уровневому анализу. Бальный анализ и заключался в подсчете количества баллов за верные ответы обследуемого, их сравнение. Уровневый анализ заключался в распределении дошкольников по уровням сформированности звукопроизношения и артикуляционной моторики и предполагал проведение процентного анализа.

Проанализировав результаты, мы определили уровень развития выделенной нами артикуляционной моторики у дошкольников со стертой дизартрией. Результаты исследования отражены в таблице 2.1.

Таблица 2.1.

Результаты исследования артикуляционной моторики у дошкольников со стертой дизартрией, баллы

№ п/п	Ф.И. ребенка	Кинестетическая артикуляционная моторика Задания №					Кинестетическая артикуляционная моторика Задания №					Динамическая координация артикуляционных движений Задания №					Сумма баллов	Уровень
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
1	Арина П.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	30	средний
2	Костя В.	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	25	низкий
3	Коля М.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	30	средний
4	Вова Ц.	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	25	низкий
5	Катя Ш.	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	25	низкий
6	Саша М.	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	25	низкий

Анализ результатов формирования артикуляционной моторики, по данным таблицы 2.1. средний уровень сформированности артикуляционной моторики выявлена у 2 детей (33%) со стертой дизартрией. У данных детей

выявлены незначительные изменения объема, силы, точности движений, наличие единичных синкинезий. Также у детей были отмечены ошибки в организации артикуляционных движений, невозможность удержания поз, неуверенность выполнения, нечеткое выполнение артикуляционных поз.

Низкий уровень сформированности артикуляционной моторики отмечалась у 4 детей (77%) со стертой дизартрией. У этих детей мы выявили отсутствие удержания поз; выраженные изменения, силы, точности объема; трудности переключения речевых движений; наличие девиации языка, синкинезий; чрезмерное напряжение мышц, истощаемость движений. У этих детей мы выявили отсутствие удержания артикуляционных поз; выраженные изменения, силы, точности объема; трудности переключения речевых движений; наличие девиации языка, синкинезий; чрезмерное напряжение мышц, истощаемость движений.

При обследовании артикуляционной моторики наиболее выражены были затруднения при выполнении задания - высовывание «широкого» и «узкого» языка, удержание позы - вызвало затруднение выполнения у большинства детей. Наиболее легкими оказались задания «Лошадка» и «Часики», данные артикуляционные движения у детей 5 лет со стертой дизартрией достаточно сформированы, что также может объясняться тем, что нами были обследованы дети в логопедической группе и данные движения отрабатывались на логопедических занятиях. В процессе выполнения этих движений, почти у половины детей были затруднения в выполнении и удержание позы, отклонение языка в сторону при высовывании, подергивание языка.

Наблюдались ограничения движения языка, либо неловкость, неточность, а также невозможность длительного удержания позы при достаточном объеме. Наблюдалось излишнее выделение слюны, и различного рода синкинезии, возникавшие при выполнении проб на подвижность артикуляционных органов.

Данные результатов звукопроизношения представлены в таблице 2.2.

Таблица 2.2.

Состояние звукопроизношения с учетом количества дефектно произносимых звуков

Нарушение звукопроизношения	Количество детей (%)
Неправильное произношение одной группы звуков	-
Неправильное произношение двух групп звуков	25%
Неправильное произношение трех групп звуков	41,7%
Неправильное произношение свыше трех групп звуков	33,3%

При исследовании произношения звуков дети со стертой дизартрией больше всего затруднялись при произношении твердых свистящих звуков [с] и [з]. Они произносили данные звуки межзубно, реже встречалось губно-зубное и призубное произношение.

На втором месте по сложности для них оказались шипящие звуки: [ш] и [ж]. Часто шипящие звуки дети заменяли на искаженные свистящие.

Сонорные звуки также большей частью детей произносились с нарушением. Среди нарушений произношения звука [л] преобладали нарушения, которые выражались в искажении звука [л]. У некоторых детей звук [л] вообще отсутствует. Звук [р] искажается велярным произношением или заменяется звуком [j].

Твердые переднеязычные [т] и [д] произносились межзубно. У некоторых детей наблюдался дефект мягких переднеязычных [т'] и [д'] - боковое произношение.

В произношении гласных звуков старших дошкольников со стертой дизартрией показали недостаточную четкость [а] и [у], и смешивание звуков [и] и [ы].

У большинства детей со стертой дизартрией наблюдалось смешение звуков – свистящих и шипящих звуков, а также смешение сонорных звуков.

Также у данных детей выявлено искаженное произношение звуков, преимущественно свистящих, а также увулярное и веллярное произношение звука [p].

У многих дошкольников со стертой дизартрией наблюдались стойкие замены одного звука другим звуком (р-л, л-ль, л-в, ш-с, ж-з). У некоторых вообще отсутствовал звук [л].

Таким образом, у детей со стертой дизартрией выявлено своеобразие в соотношении смещений, искажений и замен. Преобладающим видом нарушений звукопроизношения является смешение звуков. На втором месте стоят искажения, на третьем месте – стойкие замены. У всех детей со стертой дизартрией наблюдалось полиморфное нарушение звукопроизношения. Наиболее распространенным у них было нарушение произношения 3-х групп звуков. Данные результаты исследования представлены в таблице 2.3.

Таблица 2.3.

Количественная характеристика нарушений произношения различных групп звуков

Группы звуков	Количество детей (%)
Свистящие [с, с',з,з', ц]	50%
Шипящие [ш, ж, ч, щ]	50%
Сонорные [р, р', л, л']	100%
Переднеязычные [т, т', д, д', н, н']	41,6%
Заднеязычные [к, к', г, г', х, х']	16,6%
Звук [j]	-

На рисунке 2.1. представлены уровни сформированности звукопроизношения и артикуляционной моторики у старших дошкольников со стертой формой дизартирии.

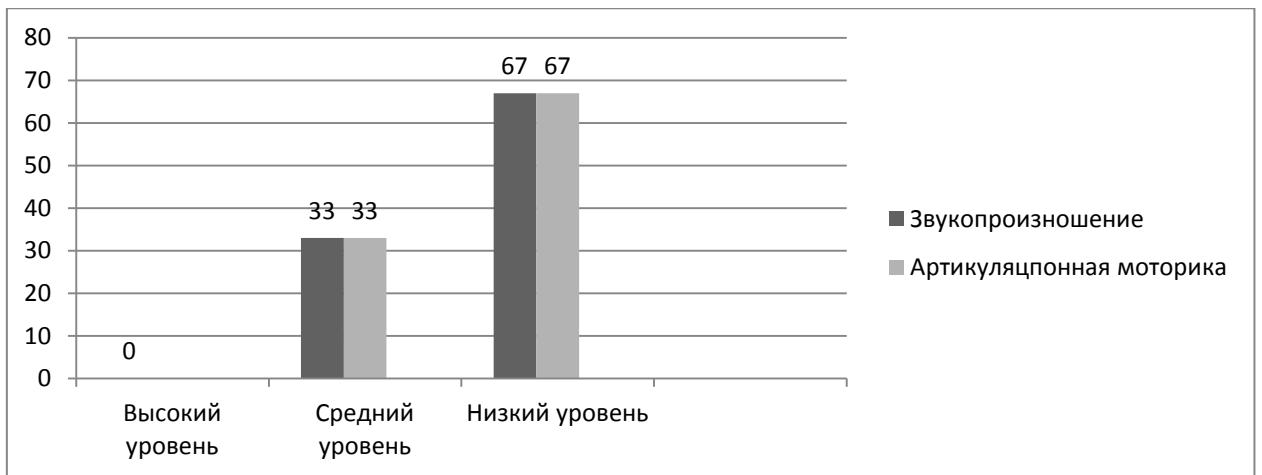


Рис. 2.1. Уровни сформированности звукопроизношения и артикуляционной моторики у дошкольников со стертой формой

Обобщая результаты констатирующего этапа эксперимента, мы получили следующие результаты по формированию артикуляционной моторики: 33% дошкольников со стертой дизартрией имеют – средний уровень, 77% – низкий уровень формирования артикуляционной моторики.

Таким образом, у детей со стертой дизартрией мы выявили следующие особенности формирования артикуляционной моторики: снижение объема, точности, силы артикуляционных движений, истощаемость; некоторые артикуляционные позы недоступны; наличие синкинезий и гиперсаливации; трудности формирования артикуляционного уклада и нарушения переключаемости; девиации языка. Нарушения в развитии артикуляционной моторики проявлялись в ограничении подвижности артикуляционных мышц, нарушении мышечного тонуса, наличии непроизвольных движений (гиперкинезов, тремора), дискоординационных расстройствах, трудностях удержания заданной позы, наличии частых и разнообразных синкинезий. Активные движения – ограничены, наблюдалась спастичность мышц языка, насильственные непроизвольные движения, неправильные артикуляционные уклады.

Обобщая результаты констатирующего этапа эксперимента, мы получили следующие результаты по формированию звукопроизношения:

33% дошкольников со стертой дизартрией имеют – средний уровень, 77% – низкий уровень формирования звукопроизношения.

Анализ экспериментальных данных показал, что своеобразие количественных нарушений звукопроизношения у дошкольников со стертой дизартрией обусловлено артикуляторной сложностью звуков. Также, немаловажную роль играют и акустические характеристики. Как видно из таблицы 2, самыми распространенными как у детей экспериментальной группы оказались нарушения произношения сонорных звуков [р, р", л, л"], которые являются наиболее яркими в акустическом плане и наиболее сложными в артикуляторном. За ними следуют группы свистящих и шипящих. Звуки, входящие в эти группы являются акустически близкими между собой в противовес сонорным. В свою очередь, свистящие звуки, нарушенные в меньшей степени, чем шипящие, являются самыми акустически близкими между собой. Шипящие звуки, хотя и являются сходными акустически, но они все же более акустически противопоставлены, чем свистящие звуки. Таким образом, группы акустически близких звуков усваиваются хуже, чем группы звуков акустически более ярких, хотя и более сложных по артикуляции. Такое соотношение можно объяснить наличием у детей определенных нарушений слухового восприятия речи, в связи с чем акустическая близость звуков оказывает отрицательное влияние на усвоение правильного произношения.

Таким образом, наиболее характерным для детей со стертой дизартрией является нарушение произношения, проявляющееся одновременно в искажении и отсутствии различных групп звуков. На втором месте по распространенности стоят звукопроизносительные нарушения, характеризующиеся различным видом искажений нескольких групп звуков. Далее следует нарушение произношения, характеризующиеся одинаковым видом искажений различных групп звуков. Менее распространенными оказались звукопроизносительные расстройства, проявляющиеся в одновременном искажении и замене звуков.

Проведенные исследования показали, что необходимо разработать методические рекомендации для совершенствования логопедической работы по формированию звукопроизношения и артикуляционной моторики у дошкольников со стертой дизартрией.

2.2. Методические рекомендации по развитию артикуляционной моторики у старших дошкольников со стертой дизартрией

Учитывая структуру дефекта при стертой дизартрии, коррекционно-педагогическую работу рекомендуется планировать по следующим направлениям:

- Нормализация мышечного тонуса мимической и артикуляционной мускулатуры.

- Нормализация моторики артикуляционного аппарата.

- Нормализация динамики речедвигательного аппарата.

Коррекционно-педагогическая работа должна опираться на **специальные принципы:**

1. Принцип системности. Речь представляет собой сложную функциональную систему, структурные компоненты которой находятся в тесном взаимодействии. Поэтому процесс коррекции предполагает воздействие на все компоненты речевой функциональной системы.

2. Этиопатогенетический принцип предполагает учет механизмов нарушения, выделение ведущих расстройств, соотношение речевой и неречевой симптоматики в структуре дефекта.

3. Принцип опоры на закономерности онтогенетического развития предполагает учет той последовательности формирования психических функций, которая имеет место в онтогенезе. Так, последовательность в работе над звуками определяется последовательностью их появления в онтогенезе.

4. Принцип развития (учет «зоны ближайшего развития», по Л.С.Выготскому) предполагает постепенное усложнение заданий в процессе коррекционно-педагогической работы.

5. Принцип дифференцированного подхода предполагает учет этиологии, механизмов, симптоматики нарушений, возрастных и индивидуальных особенностей каждого ребенка и находит свое отражение в организации индивидуальных, подгрупповых и фронтальных занятий.

6. Принцип комплексного подхода.

Коррекция артикуляционной моторики должна осуществляться с помощью комплексного подхода. Все специалисты работают под руководством учителя - логопеда, который является организатором и координатором всей коррекционно-развивающей работы. Воспитатели закрепляют приобретённые знания, отрабатывают умения до автоматизации навыков, интегрируя логопедические цели, содержание, технологии в повседневную жизнь ребёнка (игровую, трудовую и учебную). Музыкальный руководитель осуществляет подбор и внедрение в повседневную жизнь ребенка музыкотерапевтических произведений. На логоритмических занятиях совершенствуется, артикуляционная мускулатура, выразительность мимики, постановка дыхания, голоса, просодическая сторона речи. Педагог – психолог на своих занятиях отрабатывает психомоторные упражнения.

При коррекции артикуляционной моторики у старших дошкольников со стертой дизартрией применяли следующие формы и методы работы:

- дыхательная гимнастика;
- артикуляционный массаж;
- артикуляционная гимнастика;
- логоритмика.

Дыхательная гимнастика.

Работу по нормализации речевого дыхания рекомендуется проводить в три этапа:

1. Постановка диафрагмально – реберного типа дыхания и формирование длительного ротового выдоха.

2. Дифференциация ротового и носового выдоха.

3. Формирование речевого дыхания.

Постановка диафрагмально-реберного типа дыхания и формирование длительного ротового выдоха.

При этом типе дыхания полностью расширяется грудная полость, максимально вентилируются все участки легких. Напряжение нижних межреберных мышц позволяет удерживать диафрагму в сокращенном состоянии, что ведет к спокойному, равномерному выдоху.

Для формирования дыхания рекомендуется использовать модифицированные приемы гимнастики А.Н. Стрельниковой (30). Данная гимнастика способствует увеличению объема вдоха и диафрагмального выдоха. Каждое движение соответствует определенным фазам дыхания. Так, вдохи делаются при движениях, сжимающих грудную клетку. Вдох должен быть максимально активен, выдох – пассивен. В отличие от традиционной дыхательной гимнастики при слегка сомкнутых губах делается шумный короткий вдох носом. Выдох осуществляется свободно через рот.

Все упражнения ритмизованны. Каждое из них выполняется 8 раз, после 3–5 секундного перерыва рекомендуется переходить к следующему. Общая продолжительность гимнастики 5–6 минут. В начале обучения осваивается одно упражнение. В каждый следующий день добавляется еще по одному. Весь комплекс состоит из 11 упражнений (Приложение 2).

Дифференциация ротового и носового выдохов.

В результате выполнения упражнений ребенок должен научиться ощущать разницу в направлении воздушной струи. Для работы над дыханием на данном этапе созданы три комплекса упражнений (Приложение 3).

Первый комплекс направлен на формирование фиксированных (плавных) выдохов через нос или рот и их чередований. Фиксированный

выдох необходим для произнесения фрикативных (щелевых) согласных звуков – ф, в, с, з, ш, ж, щ, х.

Второй комплекс предназначен для овладения форсированным (толчкообразным) выдохом через нос или рот и чередованием одного и другого. Форсированный выдох необходим для произнесения взрывных (смычных) согласных звуков – п, б, т, д, к, г.

Третий комплекс должен помочь научиться сочетать фиксированный и форсированный выдохи. Это необходимо для произнесения аффрикат ц, ч и групп согласных звуков разного способа образования (тс, пл, вр и т.д.).

После отработки первого комплекса необходимо последовательно переходить к следующим.

Главная особенность этих комплексов – сочетание дыхательных упражнений с работой артикуляционного и голосового аппаратов, что способствует развитию координации между дыханием, голосом и артикуляцией.

Формирование речевого дыхания.

Формирование речевого дыхания имеет большое значение для плавности речи. Работа на данном этапе проводится последовательно. Сначала осуществляется распределение выдоха в процессе речи, а потом – добор воздуха.

Распределение выдоха заключается в овладении умением сознательно делить объем выдыхаемого воздуха на равномерные отрезки. Четкое распределение выдоха необходимо для правильного членения фразы на интонационно – смысловые единицы речи – синтагмы.

Специальные упражнения сначала проводятся с использованием слогов. Для этого можно применять прием наращивания. Они должны быть составлены с одним из согласных звуков: сначала с одинаковыми, а затем с разными гласными. Слоги произносятся громко, отрывисто, равномерно, на одном дыхании. Постепенно их количество можно увеличить.

Затем навыки произношения слогов на одном выдохе переносятся на слова, словосочетания и предложения. Каждое удлинение «цепочки» на одно слово в среднем должно отрабатываться в течение недели, но может быть и чаще.

Добор воздуха необходим для того, чтобы ребенок быстро, энергично, а главное, незаметно для слушателей пополнял запас воздуха в каждой удобной паузе. Упражнения сначала рекомендуется проводить с использованием детских считалочек. Затем добор закрепляется на материале стихотворений. Выдыхать новую порцию воздуха необходимо после каждой строки, сохраняя связность текста. Между словами и в паузах не должно быть утечки воздуха. Для самоконтроля ладонь ребенка должна лежать на грудной клетке, ощущая ее подъем при вдохе.

Дыхательный тренинг должен проводиться со всеми детьми, независимо от характера нарушения звукопроизношения. Отличаться будет только темп усвоения материала на втором и третьем этапах и подбор речевого материала. Необходимо учитывать особенности произношения каждого ребенка, т. е. по возможности исключать дефектно произносимые звуки (Приложение 4).

Артикуляционный массаж.

Артикуляционный массаж направлен на нормализацию тонуса мимических и артикуляционных мышц при речедвигательных расстройствах.

Дифференцированный массаж в логопедической работе с детьми осуществляется различными приемами. Для детей с дизартрией с целью активизации иннервации лицевой мускулатуры, преодоления амимичности лица и малоподвижности артикуляционного аппарата проводится массаж всей лицевой мускулатуры для уменьшения степени проявления речедвигательных расстройств. Массаж способствует нормализации тонуса мышц лица и артикуляционных органов, устранению дисплазии, вызванной легкими парезами мышц челюстно-лицевой области, расширению двигательных возможностей органов артикуляции.

Техника проведения логопедического массажа описана в работах А.Г.Ипполитовой (14), Л.В.Лопатиной (18), Е.М.Мастюковой (17), О.В.Правдиной (24) и др.

Дифференцированный логопедический массаж следует проводить с учетом характера выявленных нарушений артикуляционной моторики детей со стертой дизартией. В зависимости от состояния тонуса артикуляционной мускулатуры проводятся расслабляющие приемы (для снятия спастического напряжения в мышцах) или тонизирующий массаж (для активизации мышечного тонуса). Для расслабления мышц массажные движения совершаются в медленном, спокойном темпе, при стимуляции – темп движений ускоренно. Такие массажные приемы, как поглаживание, растирание, разминание и надавливание (точечное воздействие), используются, как при расслабляющем, так и при тонизирующем массаже; вибрация, различные варианты ударных приемов (постукивание, похлопывание, пунктирование), пощипывание, покалывание применялись с целью мышечной стимуляции.

Логопедический массаж может включать два основных комплекса массажных приемов:

- воздействующих на лицевую, подчелюстную область;
- воздействующих на органы ротовой полости.

Массаж подвижных органов артикуляции включает:

- массаж языка;
- массаж мягкого неба.

Массаж языка включает воздействие на язычные мышцы при помощи пальцев, чайной ложки или шпателя, зубных щеток, зондов (постановочных зондов Е.Ф.Рау или массажных зондов Е.В. Новиковой).

Массаж мягкого неба может проводится большим пальцем руки. Массируется мягкое небо ладонной стороной большого или указательного пальца, спереди назад.

Также мы можем предложить логопедический самомассаж артикуляционных мышц (Приложение 5). самомассаж – это один из видов пассивной гимнастики, выполняемой самим ребенком. Он является дополнительным средством основного массажа и проводится до выполнения активной гимнастики. В работе с детьми, страдающими стёртой формой дизартрии используется самомассаж лица, шеи, ушных раковин, языка. самомассаж можно использовать многократно в течение дня. Логопед показывает детям упражнения массажа на себе и комментирует их. Дошкольникам сначала необходим зрительный контроль (наличие зеркала), затем при выполнении упражнений от него можно отказаться.

Одно упражнение может повторяться от 3-4 до 6-8 раз. Длительность проведения самомассажа для старших дошкольников может составлять от 5-7 до 15-20 минут.

Артикуляционная гимнастика.

Ввиду того, что речь связана с движениями речевого аппарата, большое место в логопедической работе при дефектах звукопроизношения занимает артикуляционная гимнастика. Значение артикуляционной гимнастики оправдано, так как произношение звуков речи – это сложный двигательный навык.

Целью артикуляционной гимнастики является выработка правильных, полноценных движений артикуляционных органов, необходимых для правильного произношения звуков и объединение простых движений в сложные – артикуляционные уклады разных звуков.

В рамках комплекса артикуляционной гимнастики выделяют пассивные и активные артикуляционные упражнения.

Пассивная артикуляционная гимнастика.

Метод пассивной гимнастики наиболее эффективен для детей с подкорковой и псевдобульбарной дизартрией. Имеющиеся у ребенка произвольные движения необходимо закреплять путем систематического повторения. Ребенок наблюдает движения органов артикуляции у себя (в

зеркале) и у логопеда, слушает звук стопа (для звука м), звук кашля (для звука к). Движения производятся сначала совместно с логопедом, затем после с показа отражено. Этим обеспечивается постепенный переход к самостоятельному выполнению. Ребенок с помощью взрослого или с механической помощью воспроизводит нужный уклад органов артикуляции и тем самым более четко ощущает движения языка, губ и пр. Постепенно создается возможность для выполнения активных самостоятельных движений.

Применяется механическая помощь (рука логопеда, специальные зонды и шпатели) при пассивной гимнастике органов артикуляции. Можно производить упражнения рукой ребенка (с контролем перед зеркалом). Движения следует выполнять медленно, плавно, ритмично, с постепенным увеличением амплитуды. Например, ребенок шире открывает рот, для этого большой палец правой руки, тщательно вымытый, кладется на нижние зубы, а четыре пальца – под подбородок. Или дальше высовывается язык, для этого кончик языка охватывается марлевой салфеткой, и ребенок рукой выдвигает его вперед.

По мере того как пассивные движения делаются менее затрудненными, можно уменьшать механическую помощь и переходить к удержанию достигнутого положения.

В этот период начинают устранять слюнотечение. Ребенка просят производить жевательные движения со слегка откинутой назад головой.

Активная артикуляционная гимнастика.

В зависимости от формы звукового дефекта употребляется тот или иной комплекс артикуляционных упражнений. Артикуляционные упражнения могут быть беззвучными – без включения голоса – и с участием голоса.

Начинаются они обычно с движений по подражанию, а при невозможности последних – с пассивных движений, т.е. движений, производимых при механической помощи. Пассивные движения постепенно

переводятся в пассивно-активные, а затем и активные (самостоятельные), при зрительном контроле перед зеркалом. В процессе автоматизации вырабатывается кинестетическое ощущение каждого движения и необходимость в зрительном контроле постепенно отпадает, движение становится легким, правильным, привычным, может производиться в любом темпе.

При составлении комплекса артикуляционных упражнений мы рекомендуем опираться на практические материалы, предложенные в работах Р.И.Лалаевой, Л.В.Лопатиной (18), Н.В.Новоторцевой (23), М.Ф.Фомичевой (28), Н.А.Чевелевой (29) и др.

В работе мы рекомендуем использовать традиционные артикуляционные упражнения.

Примерные виды упражнений:

1. Для нижней челюсти:

- открывание и закрывание рта (с прищелкиванием зубами);
- удержание рта открытым (под счет).

В процессе этих упражнений необходимо следить за тем, чтобы закрывание рта происходило по средней линии. Можно применять механическую помощь - легкое надавливание рукой на темя и под челюсть. Прибегают также к выдергиванию рукой прикушенной зубами марлевой салфетки или резинового жгута. Кроме контроля с помощью зеркала, ребенок должен ощупывать руками движение головки нижней челюсти в суставе.

2. Для выработки движений губ:

- оскал зубов, вытягивание губ хоботком (поочередно). Для вытягивания губ хоботком используют причмокивание. Вводится палец или леденец, затем выдергивается. При наличии достаточно плотного охвата губами и всасывающих движений щек возникает щелкающий звук. Уменьшением размера леденца создается большее напряжение мышц губ. Подобные упражнения повторяют многократно;

- после этих упражнений можно переходить к удерживанию губами трубочек различного диаметра или зонда (логопед пытается выдернуть трубочку, а ребенок удерживает ее). Для выработки этого движения применяют надавливание пальцами уголков губ;

- вытягивание сомкнутых губ - возвращение в нормальное положение;

- вытягивание губ - растягивание в улыбку при раскрытых челюстях;

- вытягивание верхней губы вместе с языком (язык толкает верхнюю губу);

- втягивание губ внутрь рта, с плотным прижатием к зубам;

- прикусывание нижней губы верхними зубами;

- втягивание нижней губы под верхнюю;

- вращательные движения губ, вытянутых хоботком.

3. Упражнения, направленные на развитие подвижности языка.

В сложных случаях начинают с произвольного рефлекторного уровня:

- Для того чтобы вызвать движение языка вперед к губам, ко рту ребенка подносят конфету, или намазывают нижнюю губу вареньем, или же к ней прикрепляют кусочек липкой бумажки. Чтобы вызвать сокращения языка, нужно положить кусочек сладкого на кончик языка или дотронуться до него шпателем.

- Для выработки движений языка в сторону кладут кусочек сахара между щекой и зубами или намазывают сладким уголок рта. Для поднятия кончика языка полезно дотрагиваться карамелькой до верхней губы.

Эти упражнения постепенно подготавливают активные движения языка:

- Движения вперед-назад. Если язык напряжен, выдвигается комом, рекомендуется слегка похлопать его шпателем, предложить ребенку подуть на него. К последнему прибегают только после того, как будет выработана правильно направленная струя воздуха.

- Легкое покусывание высунутого языка, при этом нужно следить за тем, чтобы язык выдвигался по средней линии.

- Движение вправо-влево, кончик языка должен дотянуться до уголков рта. При одностороннем парезе больше упражняют паретичную сторону языка. Это движение вырабатывается трудно, поэтому целесообразно прибегать к механической помощи;

- Поднимание языка за верхние зубы. Это движение вырабатывают постепенно. Причмокивание губ комбинируется с выдвиганием языка вперед, таким образом можно получить прищелкивание языком, если оно отсутствует. Затем язык продвигается между губами (межгубное положение), ребенок причмокивает им. Губы при помощи руки логопеда отодвигаются (межзубное положение языка), производится прищелкивание спинки языка о края верхних зубов. Когда подобное движение будет достигнуто, логопед, ставя шпатель горизонтально на ребро под язык, отодвигает приподнятый кверху кончик языка вглубь рта. Так вырабатывается прищелкивание языка у альвеол верхних зубов. Усвоение этого навыка требует времени и упорства. Для усиления тактильного (осязательного) восприятия при проведении артикуляционной гимнастики используют упражнения с сопротивлением. Для правильного отбора артикуляционных упражнений для логопедических занятий мы рекомендуем опираться на систематизацию, предложенную Н.Ю. Григоренко (11).

Большинство артикуляционных упражнений, используемых в логопедической работе, можно дифференцировать на следующие группы и подгруппы.

Упражнения, направленные на развитие кинетической организации артикуляционной моторики.

1. Общие упражнения, направленные на формирование статической координации артикуляционных движений

Игровые упражнения:

- для губ: «Улыбка», «Хоботок», «Свисток» и т.д.; для языка: «Лопаточка», «Чашечка», «Иголочка», «Горка», «Лодочка», «Трубочка» и т.д.;

- для нижней челюсти: «Открытые ворота» и т.д.

Специфические упражнения, основывавшиеся на фиксации и удержании различных положений артикуляционных органов в течение определенного времени. (Например, поместить кончик языка за нижнюю губу перед нижними резцами и удерживать его под счет от 1 до 5; широко открыть рот, кончиком узкого напряженного языка касаться верхних резцов, удерживать такое положение под счет от 1 до 7 и т.д.)

2. Общие упражнения, направленные на формирование динамической координации артикуляционных движений.

Игровые упражнения:

- для губ: «Улыбка – хоботок»;

- для языка: «Часики», «Лошадка», «Грибок», «Гармошка», «Качели», «Вкусное варенье», «Маляр», «Катушка», «Змейка» и т.д.

Игровые упражнения с конфетой «Чупа-чупс» (например, помещенную на язык конфету попытаться втянуть в ротовую полость языком в форме «чашечки»; кончиком вытянутого языка прикоснуться к конфете и, не прерывая касания, перемещать язык за конфетой, двигавшейся вокруг губ и т.д.).

Специфические упражнения, основывавшиеся:

- на выполнении последовательно организованных движений (например, совершение губами серии движений «улыбка – трубочка – округленные губы»; чередование поднимания верхней губы и опускания нижней губы; вне ротовой полости чередование распластанного широкого положения языка и узкого вытянутого напряженного положения языка и т.д.);

- на выполнении одновременно организованных движений (например, широкое открывание рта с одновременным высовыванием узкого длинного языка и опусканием кончика языка к подбородку).

3. Специфические упражнения, направленные на формирование отдельных элементов артикуляционных укладов различных звуков речи

(комплексы упражнений, способствующих исправлению или постановке свистящих, шипящих звуков, соноров [Л, Л'] и [Р, Р'], заднеязычных звуков [К, К], [Г, Г] [Х, Х])

Упражнения, направленные на развитие кинестетической организации артикуляционной моторики (например, определить положение губ при произнесении первого звука в словах «утка, игла, астра, ослик»; определить положение кончика языка при произнесении первых звуков в словах «сын, рак, зима, шина» и изобразить это положение при помощи поднятой или опущенной кисти руки и т. д.

Следует проводить работу по формированию артикуляционной моторики (движений мимических мышц лица и артикуляционных органов) с целью подготовки органов артикуляции к постановке звуков речи.

Основные задачи данного вида логопедического воздействия выделены в работах таких специалистов, как Г.В. Чиркина (29), Л.В. Лопатина (18), Н.Ю. Григоренко (11) и др.:

1. Нормализация тонуса лицевой, губной и язычной мускулатуры.
2. Развитие подвижности органов артикуляции.
3. Координация артикуляции и дыхания.

Приемы:

- дифференцированный логопедический массаж (способствовавший уменьшению степени проявления речедвигательных расстройств, устранению послеоперационных последствий пластики уздечек языка и верхней губы, активизации процесса коррекции аномалий зубочелюстной системы);

- мимическая гимнастика (способствовавшая активизации произвольной мимики и формированию произвольных движений мышц лица);

- артикуляционная гимнастика (включающая упражнения, направленные на развитие кинестетической организации движений – статики и динамики; а также на кинестетическую организацию артикуляционных

движений как основу для формирования двигательного контроля артикуляции);

- миотерапия (комплекс упражнений с использованием специальных аппаратов-тренажеров и без них, направленный на развитие функциональных возможностей нервно-мышечного аппарата челюстно-лицевой области);

- комплекс пассивных упражнений для расслабления мышц шеи;

- миодыхательная гимнастика (комплекс упражнений, основывавшийся на одновременном координированном выполнении движений мышцами артикуляционных органов, шеи и верхнего плечевого пояса и ритмичном дыхании; способствовавший развитию подвижности мышц челюстно-лицевой области, физиологического дыхания, координации артикуляции и дыхания).

Логопедическая ритмика.

Основные направления логопедической работы с использованием логоритмики с детьми со стертой дизартрией:

- развитие моторики артикуляционного аппарата;

- развитие произвольной мимической моторики.

Основные виды упражнений, использующихся на занятиях логопедической ритмики для детей со стертой дизартрией, должны быть направлены на регуляцию мышечного тонуса, развитие речевого дыхания и голоса, развитие дикции и артикуляции, статической и динамической координации движений и речи, мелкой и мимической моторики переключаемости движений, чувства ритма. Общеразвивающие упражнения всесторонне воздействуют на организм детей и приучают их к четким и точным движениям, выполняемым в определенном темпе и ритме с музыкальным сопровождением. Упражнения могут проводиться как без предметов, так и с предметами. Развитие моторики артикуляционного аппарата включает артикуляционную гимнастику, состоящую из статических и динамических упражнений для языка и губ (описанные выше). При работе над длительностью речевого высказывания на одном выдохе обращалось

особое внимание на развитие продолжительного, равномерного выдоха у детей. Хорошо развивает продолжительность выдоха и мелодико-интонационную сторону речи пение.

Элементы логопедической ритмики должны использоваться в непосредственной образовательной деятельности: Художественное творчество, Познание, Коммуникация, Музыкальное развитие, Физическая культура.

Таким образом, в систему коррекционно-педагогической работы по формированию артикуляционной моторики у старших дошкольников со стертой дизартрией входят: логопедический массаж, пассивная и активная артикуляционная гимнастика, дыхательная гимнастика и логоритмика.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Среди детей дошкольного возраста часто встречающимся речевым нарушением является стёртая форма дизартрии. Данная речевая патология проявляется в нарушении фонетической и просодической сторон речи. Стёртая форма дизартрии возникает в результате минимального органического поражения центральной нервной системы, а именно тех мозговых структур, которые отвечают за организацию движений органов артикуляции. Очень часто при данной форме дизартрии встречается поражение лицевого нерва, что приводит к нарушению движений мышц лица и нарушает, обедняет мимику детей.

Нарушения артикуляционной моторики при стёртой форме дизартрии затрудняют формирование артикуляционной базы речи, что в свою очередь приводит к фонетическому недоразвитию речи. Нарушения моторных функций при стёртой форме дизартрии отрицательно влияют на формирование фонематической и лексико-грамматической сторон речи, затрудняют процесс школьного обучения детей. Своевременная коррекция нарушений речевого развития является необходимым условием психологической готовности детей к обучению в школе, создает предпосылки для наиболее ранней социальной адаптации дошкольников с нарушениями речи. Это крайне важно, так как от постановки правильного диагноза зависят выбор адекватных направлений коррекционно-логопедического воздействия на ребенка с дизартрией и, эффективность этого воздействия.

Проблемы дизартрии изучались такими авторами, как О.В. Правдина, О.А. Токарева, И.И. Панченко, Р.И. Мартынова, Л.В. Лопатина, А.В. Серебрякова, М.В. Ипполитова, Е.М. Мастюкова, Е.Ф. Архипова, М.Б. Эйдинова.

Анализ теоретических источников показывает, что стёртая форма дизартрии представляет собой расстройство речи, характеризующееся

комбинаторностью множественных нарушений процесса моторной реализации речевой деятельности. Основным симптомом речевого дефекта при стёртой форме дизартрии являются фонетические нарушения, которые часто сопровождаются недоразвитием лексико-грамматического строя речи.

Нами было проведено экспериментальное исследование состояния артикуляционной моторики у детей старшего дошкольного возраста со стёртой формой дизартрии.

На констатирующем этапе эксперимента принимали участие дети старшего дошкольного возраста со стёртой формой дизартрии. Для оценки состояния артикуляционной моторики детей со стёртой дизартрией использовали приемы, рекомендуемые Л.В. Лопатиной, Г.В. Дедюхиной.

Для обследования звукопроизношения, использовались задания и упражнения, предложенные в работах Г.А. Волковой

Обобщая результаты констатирующего этапа эксперимента, мы получили следующие результаты по формированию артикуляционной моторики 33% дошкольников со стёртой дизартрией имеют – средний уровень, 77% – низкий уровень формирования артикуляционной моторики.

Таким образом, у детей со стёртой дизартрией мы выявили следующие особенности формирования артикуляционной моторики: снижение объема, точности, силы артикуляционных движений, истощаемость; некоторые артикуляционные позы недоступны; наличие синкинезий и гиперсаливации; трудности формирования артикуляционного уклада и нарушения переключаемости; девиации языка. Нарушения в развитии артикуляционной моторики проявлялись в ограничении подвижности артикуляционных мышц, нарушении мышечного тонуса, наличии непроизвольных движений (гиперкинезов, тремора), дискоординационных расстройствах, трудностях удержания заданной позы, наличии частых и разнообразных синкинезий. Активные движения – ограничены, наблюдалась спастичность мышц языка, насильственные непроизвольные движения, неправильные артикуляционные уклады.

Обобщая результаты констатирующего этапа эксперимента, мы получили следующие результаты по формированию звукопроизношения: 33% дошкольников со стертой дизартрией имеют – средний уровень, 77% – низкий уровень формирования звукопроизношения.

Анализ экспериментальных данных показал, что своеобразие количественных нарушений звукопроизношения у дошкольников со стертой дизартрией обусловлено артикуляторной сложностью звуков.

Таким образом, наиболее характерным для детей со стертой дизартрией является нарушение произношения, проявляющееся одновременно в искажении и отсутствии различных групп звуков. На втором месте по распространенности стоят звукопроизносительные нарушения, характеризующиеся различным видом искажений нескольких групп звуков. Далее следует нарушение произношения, характеризующиеся одинаковым видом искажений различных групп звуков. Менее распространенными оказались звукопроизносительные расстройства, проявляющиеся в одновременном искажении и замене звуков.

Проведенные исследования показали, что необходимо разработать методические рекомендации для совершенствования логопедической работы по формированию звукопроизношения и артикуляционной моторики у дошкольников со стертой дизартрией.

Проанализировав результаты констатирующего этапа эксперимента можно сделать вывод, что у детей со стёртой формой дизартрии наблюдаются отклонения в развитии артикуляционной моторики. У большинства детей с минимальными дизартрическими расстройствами снижен объём движений органов артикуляции, нарушен тонус языка, а также снижена кинестетическая чувствительность в области артикуляции.

В основу логопедической работы положены принципы развития, комплексного подхода, учёта ведущего вида деятельности и опоры на закономерности онтогенетического развития.

Коррекция артикуляционной моторики должна осуществляться с помощью комплексного подхода. Все специалисты работают под руководством учителя - логопеда, который является организатором и координатором всей коррекционно-развивающей работы. Воспитатели закрепляют приобретённые знания, отрабатывают умения до автоматизации навыков, интегрируя логопедические цели, содержание, технологии в повседневную жизнь ребёнка (игровую, трудовую и учебную). Музыкальный руководитель осуществляет подбор и внедрение в повседневную жизнь ребенка музыкотерапевтических произведений. На логоритмических занятиях совершенствуется, артикуляционная мускулатура, выразительность мимики, постановка дыхания, голоса, просодическая сторона речи. Педагог – психолог на своих занятиях отрабатывает психомоторные упражнения.

При коррекции артикуляционной моторики у старших дошкольников со стертой дизартрией применяли следующие формы и методы работы:

- дыхательная гимнастика;
- артикуляционный массаж;
- артикуляционная гимнастика;
- логоритмика.

Таким образом, подобные задания позволяют наиболее эффективно и быстро добиваться положительных результатов в формировании артикуляционной моторики у старших дошкольников со стертой дизартрией.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Архипова, Е.Ф. Коррекционно-логопедическая работа по

преодолению стертой дизартрии. [Текст] /Е.Ф. Архипова – М.: АСТ: Астрель, 2008. - 254с.

2. Архипова, Е. Ф. Стертая дизартрия у детей. Серия: Высшая школа. [Текст] /Е.Ф. Архипова – М.: АСТ, 2007-2008. – 254 с.

3. Белова-Давид, Р. А. Причины недоразвития импрессивной и экспрессивной речи детей дошкольного возраста. [Текст] /Р.А. Белова-Давид - М.: Просвещение. 2012.- 312 с.

4. Белякова, Л.И.Логопедия. Дизартрия [Текст] / Л.И. Белякова, Н.Н. Волоскова, - М.: Владос, 2009. – 287 с.

5. Бернштейн Н. А. Некоторые назревающие проблемы двигательных актов. [Текст] /Н.А. Бернштейн// - Вопросы психологии. -2014. -№ 6.

6. Блыскина, И.В.Массаж и коррекция артикуляционных расстройств. [Текст] /И.В. Блыскина, В.А. Ковшиков- СПб.:Литера, 2013.- 18 с.

7. Буденная, Т. В. Логопедическая гимнастика. [Текст] /Т.В. Буденная - СПб.:Питер, 2013. -125 с.

8. Винарская, Е.Н. Дизартрия и ее диагностическое значение в клинике очаговых поражений мозга. [Текст] /Е.Н. Винарская, А.М. Пулатов - Ташкент., 2013. -341 с.

9. Винарская, Е. Н. К вопросу о методике логопедической работы при премоторной корковой дизартрии взрослых [Текст] /Е.Н. Винарская, Л.В. Мелехова - М.: Просвещение, 2008. - с.: 61-68

10. Волкова, Г.А. Логоритмическое воспитание детей с дизартрией (методические разработки к проведению коррекционных занятий). [Текст] /Г.А. Волкова.- СПб.: Образование, 2012. -70 с.

11. Григоренко, Н.Ю. Введение в логопедическую специальность. Логопедическая работа по преодолению нарушений звукопроизношения. [Текст] / Н.Ю. Григоренко, Ю.А. Покровская - М.: ЛОГОМАГ, 2015. – 200 с.

12. Дьякова, Е.А. Логопедический массаж: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений [Текст] / Е.А. Дьякова, - М.: Академия, 2005. – 96с.

13. Ермакова, И.И. Коррекция речи и голоса у детей и подростков: Кн. для логопеда. [Текст] / И.И. Ермакова - М.: Просвещение, 2006.-143 с.
14. Ипполитова, А.Г. Открытая ринолалия[Текст] / А.Г. Ипполитова – М.:Просвещение, 2003. – 95с.
15. Карелина, И.Б. Новые направления в коррекции минимальных дизартрических расстройств. [Текст] /И.Б. Карелина// Дефектология.- 2011.- № 1. -с. 51–54
16. Кольцова, М. М. Двигательная активность и развитие функций мозга ребенка. [Текст] /М.М. Кольцова - М.: Просвещение, 2012. - 350 с.
17. Логопедия. [Текст] / Л.С. Волкова, Р.И. Лалаева, Е.М. Мастюкова.- М.: Владос, 2013.- 530 с.
18. Лопатина, Л.В. Особенности моторных функций у дошкольников со стертой формой дизартрии. [Текст] /Л.В. Лопатина - СПб.:Литера, 2013. - 415 с.
19. Лопатина, Л.В. Развитие фонетико-фонематической стороны речи у дошкольников со стертой формой дизартрии. [Текст] /Л.В. Лопатина, Н.В. Серебрякова - СПб.:Литера, 2013.- 167с.
20. Лопухина, И.С. Логопедия: Речь. Ритм. Движение. [Текст] /И.С. Лопухина - СПб.:Литера, 2014.- 310 с.
21. Мартынова, Р.И. Сравнительная характеристика детей, страдающих легкими формами дизартрий и функциональной дислалией. [Текст] /Р.И. Мартынова. – М.:Владос, 2007. – 91с.
22. Моржакова, Т.И. Массаж и рефлексотерапия в коррекции речевых нарушений. [Текст] /Т.И. Моржакова - Мурманск. 2014. - 62 с.
23. Новоторцева, Н.В. Методика развития речи у неговорящих детей. [Текст] /Н.В. Новоторцева – Ярославль.:ЯГПУ, 2000. – 64с.
24. Правдина, О.В. Логопедия. [Текст] / О.В. Правдина – М.:Просвещение, 2003. – 272 с.

25. Серебрякова, Н.В. Сравнительная характеристика объяснения значения слова дошкольникам со стертой формой дизартрии и без нарушения речи. [Текст] /Н.В. Серебрякова - СПб.:Литера, 2013.- 511.

26. Собонович, Е.Ф. Проявление стертых форм дизартрии и методы их диагностики. [Текст] /Е.Ф. Собонович, А.Ф. Чернопольская // Дефектология. - 2014.- № 4. -с. 31–35

27. Токарева, О. А. Дизартрия. [Текст] /Под общ. ред. С.С. Ляпидевского. -М.:Просвещение, 2014.- 155с.

28. Фомичева, М.Ф. Воспитание у детей правильного произношения. [Текст] /М.Ф. Фомичева. – М.: Просвещение, 2000. – 240с.

29. Филичева, Т.Б., Чевелева Н.А., Чиркина Г.В. Основы логопедии. [Текст] /Т.Б. Филичева, Н.А. Чевелева, Г.В. Чиркина. – М.: Просвещение, 2009. – 233с.

30. Щетинин, М.Н. Дыхательная гимнастика Стрельниковой. [Текст] / М.Н. Щетинин. – М.: Просвещение, 2006. – 101с.

Приложение 1

Список детей

№ п/п	Ф.И. ребенка	Диагноз
-------	--------------	---------

1	Арина П.	Общее недоразвитие речи, 3 уровень речевого развития. Стертая дизартрия
2	Костя В.	Общее недоразвитие речи, 3 уровень речевого развития. Стертая дизартрия
3	Коля М.	Общее недоразвитие речи, 3 уровень речевого развития. Стертая дизартрия
4	Вова Ц.	Общее недоразвитие речи, 3 уровень речевого развития. Стертая дизартрия
5	Катя Ш.	Общее недоразвитие речи, 3 уровень речевого развития. Стертая дизартрия
6	Саша М.	Общее недоразвитие речи, 3 уровень речевого развития. Стертая дизартрия

Приложение 2

Комплекс дыхательной гимнастики по Стрельниковой

Упражнение 1. «Ладочки»

Исходное положение: встать прямо, поднять ладони на уровень лица, локти опустить.

Делать короткий, шумный, активный вдох носом и одновременно сжимать кулаки. Выдох плавный, свободный через нос или рот, пальцы разжать, кисти рук расслабить.

Упражнение 2. «Поясок»

Исходное положение: встать прямо, сжать кулаки, прижать их к поясу.

В момент короткого шумного вдоха носом с силой толкнуть кулаки к полу, как будто сбрасывая что-то с рук. Во время толчка кулаки разжать, пальцы растопырить. На выдохе вернуться в исходное положение.

Упражнение 3. «Поклон»

Исходное положение: встать прямо, руки опущены.

Слегка наклониться вперед, округлить спину, опустить голову и руки. Сделать короткий шумный вдох в конечной точке поклона («понюхать пол»). Затем плавно, свободно выдыхая через нос или рот, вернуться в исходное положение.

Упражнение 4. «Кошка»

Исходное положение: встать прямо, кисти рук на уровне пояса, локти чуть согнуты.

Делать легкие пружинистые приседания, поворачивая туловище то влево, то вправо. При повороте с одновременным коротким шумным вдохом сделать руками «сбрасывающее» движение в сторону (как будто кошка хочет схватить птичку). На выдохе вернуться в исходное положение.

Упражнение 5. «Обними плечи»

Исходное положение: встать прямо, руки согнуть в локтях на уровне плеч, кистями друг к другу.

В момент короткого шумного вдоха носом обнять себя за плечи (руки должны двигаться параллельно). На выдохе вернуться в исходное положение.

Упражнение 6. «Большой маятник»

Исходное положение: встать прямо, руки опущены.

Слегка наклониться вперед, руки опустить к коленям - шумный вдох. Сразу же немного откинуться назад, чуть прогнувшись в пояснице, обнимая себя за плечи – еще один вдох. Выдох пассивный между двумя вдохами – движениями. Вернуться в исходное положение.

Упражнение 7. «Повороты головы»

Исходное положение: встать прямо, руки опущены.

Повернуть голову вправо, сделать короткий шумный вдох. Без остановки повернуть голову влево, снова сделать короткий вдох слева. Выдох пассивный между вдохами.

Упражнение 8. «Ушки»

Исходное положение: встать прямо, смотреть перед собой.

Слегка наклонить голову к правому плечу – короткий шумный вдох носом. Затем наклонить голову влево – тоже вдох. Выдох пассивный между вдохами, наклоны делать без перерыва.

Упражнение 9. «Малый маятник»

Исходное положение: встать прямо, руки опущены.

Опустить голову вниз, посмотреть на пол – вдох. Откинуть голову вверх, посмотреть на потолок – тоже вдох. Выдох пассивный между вдохами, движения делаются без остановки. Шею не напрягать.

Упражнение 10. «Перекаты»

Исходное положение: правая нога впереди, левая – на расстоянии одного шага сзади. Тяжесть тела на обеих ногах.

Перенести тяжесть тела на впереди стоящую правую ногу. Слегка присесть на ней – вдох. Выпрямиться, перенести тяжесть тела на стоящую сзади левую ногу. Слегка присесть на ней – вдох. Между вдохами пассивный выдох. Упражнение выполнять 8 раз без остановки. Поменять ноги.

Упражнение 11. «Танцевальные шаги»

Исходное положение: встать прямо, руки опущены вдоль тела.

Поднять согнутую в колене правую ногу до уровня живота, слегка приседая на левой ноге – вдох. Вернуться в исходное положение – пассивный

свободный выдох. Затем присесть на правой ноге, поднимая левую ногу – вдох. Выдох свободный после каждого вдоха.

Приложение 3

Упражнения по дифференциации ротового и носового выдохов

Комплекс 1. Формирование фиксированного выдоха.

1. Широко открыть рот и спокойно подышать носом.

2. Закрыть одну ноздрю средним пальцем – вдох. Плавный выдох через другую ноздрю. Попеременно закрывать то левую, то правую ноздрю.

3. Вдох через слегка сомкнутые губы, плавный выдох через нос сначала без голоса, затем с голосом (м.....).

4. Вдох широко открытым ртом, плавный выдох носом (рот не закрывать).

5. Вдох носом, плавный выдох ртом (рот широко открыть, язык на нижних зубах – как греют руки) сначала без голоса, затем с голосом (а.....).

6. Вдох носом, плавный выдох через неплотно сомкнутые губы (ф.....).

7. Вдох через нос, плавный выдох через углы рта, сначала через правый, затем через левый.

8. Вдох через нос, выдох – высунуть язык (он должен быть расслаблен), поднять к верхней губе, подуть на нос (сдувать ватку с носа).

Комплекс 2. Формирование форсированного выдоха.

1. Вдох – носом, выдох через нос толчками.

2. Вдох носом, выдох через неплотно сомкнутые губы толчкообразно, прерывисто, делая короткие промежутки (ф! ф! ф!)

3. Рот широко открыть, высунуть язык, вдох и выдох ртом толчкообразно, прерывисто (как дышит собака).

4. Вдох широко открытым ртом, толчкообразный выдох носом (рот не закрывать).

5. Выдох через слегка сомкнутые губы, толчкообразный выдох через нос сначала без голоса, затем с голосом (м! м! м!).

6. Вдох через нос, толчкообразный выдох через углы рта, сначала через правый, затем через левый.

7. Губы трубочкой вытянуты вперед. Вдох носом, толчкообразный выдох через «трубочку» (у! у! у!)

Комплекс 3. Формирование умения сочетать фиксированный и форсированный выдохи.

1. Вдох носом, удлиненный выдох с усилением в конце (ф...ф! ф!).
2. Вдох носом, толчкообразный выдох, в конце переходящий в плавный выдох (ф! ф! ф...).
3. Губы трубочкой вытянуты вперед. Вдох носом, удлиненный выдох через «трубочку» с усилением в конце (у...у! у!).
4. Губы трубочкой вытянуты вперед. Вдох носом, толчкообразный выдох, в конце переходящий в плавный выдох (у! у! у...).
5. Вдох через слегка сомкнутые губы, удлиненный выдох через нос с усилением в конце с голосом (м...м! м!).
6. Вдох через слегка сомкнутые губы, толчкообразный выдох, в конце переходящий в плавный выдох (м! м! м...).
7. Губы в улыбке. Вдох носом, удлиненный выдох через рот (с...с! с!).
8. Губы в улыбке. Вдох носом, толчкообразный выдох, в конце переходящий в плавный выдох (с! с! с...).
9. Вдох носом. Длительно произносить звук «ш» с усилением в конце (ш...ш! ш!). Вдох носом. Кратко произносить звук «ш», удлинить выдох в конце произнесения (ш! ш! ш...).

Приложение 4

Упражнения для развития речевого дыхания

1. Сделав полный вдох, на выдохе произносить слогосочетания:

- па, папа, па папа, па папапа;
- па по, па по пу, па по пупы, па по пупы пэ;
- папапопупу, папапапопопупупу.

Слогосочетания сначала следует произносить равноударно, ритмично, отрывисто. Затем сделать ударение на первый слог, последовательно перемещая его на второй, третий и т.д.

2. Сделав полный вдох, посчитать на выдохе. Счет может быть прямым, обратным, порядковым и т.д.

- один, два;
- один, два, три и т.д.

3. По аналогии с упражнением 2 перечислять дни недели, названия месяцев, времен года.

4. Произносить считалку «Тридцать три Егорки» в умеренном темпе, равномерно распределяя выдох на порции по три слова. Почувствовав, что порция освоена, переходить на более длительные: вдох через 4, 5, 6 и т.д.

«Егорок».

Как на горке, на пригорке (вдох)

Стоят 33 Егорки (вдох).

Один Егорка, два Егорки, три Егорки (вдох).

Четыре Егорки, пять Егорок, шесть Егорок (вдох) и т.д.

Необходимо следить, чтобы вдох расходовался не в паузах, а только на очередное сочетание слов.

5. Упражнение аналогично предыдущему.

Шли семеро стариков (вдох),

Говорили старики про горох (вдох).

Первый говорит: «Горох хорош!» (вдох)

Второй говорит: «Горох хорош!» (вдох) и т.д.

6. Нарращивание слов в предложении.

Падает снег.

Тихо падает снег.

Тихо падает белый снег.

Тихо падает белый пушистый снег.

Далее в спокойном темпе отрабатывают длительное и равномерное распределение выдоха при произнесении скороговорок. Постепенно в речевой материал необходимо включать стихотворные тексты, которые должны сопровождаться членением на паузы, сначала после произнесения одной строчки, затем – двух, далее – куплета на одном выдохе.

При отработке речевого дыхания на материале скороговорок и стихотворных текстов сначала необходимо их заучить. Только потом можно переходить к тренировкам.

Приложение 5

**Упражнения для развития артикуляционной моторики, комплексы
логопедического самомассажа.**

20 упражнений с функциональной нагрузкой.

Упражнение 1. «Забор».

Цель: подготовить артикуляцию для свистящих звуков, активизировать губы.

Методические рекомендации: перед зеркалом просим ребенка максимально растянуть губы (улыбнуться), показать верхние и нижние зубы. Верхние зубы должны находиться напротив нижних. Необходимо проверить наличие расстояния между ними (1 мм). Следить, чтобы ребенок не морщил нос. Удерживать под счет до 5.

Упражнение 2. «Окно». Цель: уметь удерживать открытым рот с одновременным показом верхних и нижних зубов.

Методические рекомендации: из положения «Забор» медленно открывать рот. Зубы должны быть видны. Удерживать под счет до 5.

Упражнение 3. «Мост».

Цель: выработать нижнее положение языка для подготовки к постановке свистящих звуков. Кончик языка упирается в нижние резцы.

Методические рекомендации: из положения «Забор» выполнить упражнение «Окно». Расположить язык за нижними резцами плоско. Удерживать под счет до 5. Это упражнение очень значимо. Если ребенок выполнит правильно и удержит эту позу перед зеркалом длительно, то это сигнал к тому, что свистящие звуки будут поставлены очень быстро. Если не получается, то нужно погладить язык шпателем, похлопать по нему для расслабления мышц языка, пассивно шпателем удерживать язык распластанным. В ряде случаев проводят логопедический массаж, направленный на ослабление гиперкинезов, активизацию или релаксацию мышечного тонуса органов артикуляции.

Упражнение 4. «Парус».

Цель: подготовка верхнего подъема языка для звуков [р], [л].

Методические рекомендации: ребенок последовательно выполняет следующие упражнения: «Забор» - «Окно» - «Мост». Из положения «Мост»

широкий язык поднимается к верхним резцам и упирается в альвеолы. Следить, чтобы язык не провисал, а был напряженным и широким, определялась подъязычная связка. Удерживать под счет до 5. Язык поднят кверху.

Упражнение 5. «Трубочка». Цель: выработать активность и подвижность губ.

Методические рекомендации: из положения «Забор» вытянуть губы вперед, плотно их сомкнуть, чтобы в центре не было дырочки. Круговая мышца собирается в морщинки. Необходимо проверить, чтобы нижняя челюсть не опускалась. Контролировать рукой. Удерживать под счет до 5.

Упражнение 6. Чередование: «Забор» - «Трубочка».

Цель: добиться ритмичного, точного переключения с одной артикуляции на другую.

Методические рекомендации: из положения «Забор» выполнить движение «Трубочка». Такие переключения выполнить 5-6 раз в разном темпе, определяемом логопедом. Начинать в медленном темпе. Рука под подбородком, чтобы контролировать неподвижность подбородка.

Упражнение 7. «Лопата».

Цель: выработать широкое и спокойное положение языка, что необходимо для подготовки шипящих звуков.

Методические рекомендации: последовательно выполнять упражнения «Забор» - «Окно» - «Мост». Из положения языка «Мост» выдвинуть язык на нижнюю губу. Язык должен быть спокойным и широким. Нижняя губа не должна подворачиваться, верхняя должна обнажать зубы. Удерживать под счет до 5. Язык на губе.

Упражнение 8. «Лопата копает» Цель: подготовить артикуляцию для шипящих звуков. Выполнение артикуляции «Чашечка». Методические рекомендации: выполнить последовательно следующие упражнения: «Забор» - «Окно» - «Мост» - «Лопата». Из положения «Лопата» поднять широкий кончик языка немного вверх. Верхние зубы должны быть видны. Следить,

чтобы язык при подъеме не убирался в ротовую полость. Выполнить упражнение в медленном темпе 3-4 раза. Кончик языка загибается вверх.

Упражнение 9. «Вкусное варенье».

Цель: сформировать: верхний подъем языка в форме «Чашечки», удерживание языка на верхней губе и выполнение облизывающего движения сверху вниз.

Методические рекомендации: из положения «Лопата копает» широкий язык поднять к верхней губе и выполнить облизывающие движения сверху вниз 2-3 раза в медленном темпе. Движения языка сверху вниз по верхней губе.

Упражнение 10-а. «Теплый ветер».

Цель: вызывание шипящих звуков по подражанию.

Методические рекомендации: из положения «Вкусное варенье» убрать язык за верхние зубы и образовать щель с альвеолами. Руку расположить у подбородка и попросить ребенка подуть на широкий язык. Растянуть губы в улыбке. Рука должна ощутить теплую воздушную струю. Если упражнение не получается, то проводят упражнения №18, №20. Подуть на язык. Кистью ощутить теплую струю воздуха.

Упражнение 10-б. «Жук».

Цель: вызывание звука [ж] по подражанию.

Методические рекомендации: при выполнении упражнения «Теплый ветер» просят ребенка «включить» свой голос. Тактильно-вибрационный контроль осуществляется рукой, расположенной на гортани. Ребенок должен ощутить вибрацию гортани. Исходным положением является упражнение № 10-а «Теплый ветер». Кисть на гортани ощущает вибрацию голосовых связок.

Упражнение 11. «Цокает лошадка».

Цель: выработать тонкие дифференцированные движения кончиком языка для звука [р].

Методические рекомендации: из положения «Парус» при широко открытом рте цокать языком. Челюсть неподвижна. (Удерживается рукой.

Выполнить 5 -6 раз.) Язык за верхними зубами. Рука держит подбородок, чтобы он не двигался во время щелканья.

Упражнение 12. «Молоток».

Цель: подготовка артикуляции для звука [р] и вибрации кончика языка.

Методические рекомендации: из положения «Парус» стучать языком и произносить звук [д]. Следить, чтобы кончик языка не опускался и не выглядывал изо рта. Примечание: если исправляется горловой звук, то произносится звук [т]. Следить, чтобы не было назального оттенка, не напрягался голос и не поднималась нижняя челюсть. Постучать со звуком [д, т] 5-6 раз. Кончик языка стучит вверху по альвеолам со звуком [д] или [т].

Упражнение 13. «Дятел».

Цель: формировать вибрацию кончика языка для звука [р].

Методические рекомендации: из положения «Парус» и «Молоток» произносить звук [д] в ускоренном темпе. Серии ударов языком по альвеолам напоминают стук дятла: «Д - ддд», «Д - ддд» (один удар и несколько ударов в быстром темпе). Выполняется 3- 5 таких серий.

Упражнение 14. «Пулемет».

Цель: закрепить вибрацию кончика языка для звука [р].

Методические рекомендации: из положения «Парус» выполнять упражнение «Дятел» и добавлять воздушную струю, как толчок воздуха: «Д - ддд» + толчок сильной воздушной струи. Возникает вибрация языка - «дрр». Выполнить интенсивно 5 раз. Если не получается по подражанию, то добавляют упражнение №20. Язык вверху стучит по альвеолам со звуками «Д - ддд». После произнесения «Д - ддд» - сильно подуть на язык.

Упражнение 15-а. «Холодный ветер».

Цель: закрепить нижнее положение языка для свистящих звуков и выработать направленную воздушную струю по средней линии языка. Вызывание звука [с] по подражанию.

Методические рекомендации: из положения «Мост» вернуться к упражнению «Забор» и подуть на язык. Рука должна ощущать холодную

струи воздуха. Выполнять 3-4 раза. Если по подражанию не получается, то применяют механическую помощь для вызывания звука [с]. Подуть на язык. Кисть под подбородком. Ощутить холодную струю воздуха.

Упражнение 15-б. «Комар».

Цель: вызывание звука [з] по подражанию.

Методические рекомендации: при выполнении упражнения «Холодный ветер» просят ребенка «включить» свой голос. Тактильно-вибрационный контроль осуществляется рукой ребенка, расположенной на гортани. Ребенок 72 должен ощутить вибрацию гортани. Исходным положением является упражнение № 15-а «Холодный ветер». Кисть на гортани ощущает вибрацию голосовых связок.

Упражнение 16-а. «Пароход».

1-й вариант: Цель: подготовка артикуляции для звука [л].

Методические рекомендации: из положения «Мост» выполнить упражнение «Лопата». Закусить кончик языка (зубы должны быть видны) и длительно произносить звук [ы] 2-3 секунды. Кончик языка прикушен верхними и нижними резцами.

Упражнение 16-б. «Пароход».

2-й вариант: Методические рекомендации: из положения упражнения «Окно» произносить длительный звук [а] и неоднократно прижимать кончик языка к середине верхней губы (упражнение «Вкусное варенье»). Слышатся слоги: ла-ла-ла. Повторить 5 раз.

Упражнение 17. «Пароход гудит».

Цель: вызвать звук [л] смешанным способом.

Методические рекомендации: выполнять упражнение «Пароход». Попросить ребенка открыть рот и произнести звук [а]. Слышится слог «ла». Повторить 3 -4 раза.

Упражнение 18. «Маляр».

Цель: растянуть подъязычную связку для звуков [р], [л], а для произнесения шипящих звуков найти место образования щели языка в форме чашечки у твердого нёба.

Методические рекомендации: из положения «Парус» продвигать язык по нёбу в передне-заднем направлении 3-4 раза. Челюсть должна оставаться неподвижной (контролируется рукой). Язык движется по нёбу вперед-назад.

Упражнение 19. «Качели».

Цель: дифференцировать нижнее и верхнее положение языка, что необходимо для дифференциации свистящих и шипящих звуков.

Методические рекомендации: из положения «Парус» перейти к упражнению «Мост». Чередовать 5-6 раз в темпе, заданном логопедом.

Упражнение 20. «Фокус». Цель: сформировать сильную правильно направленную воздушную струю для шипящих звуков и звука [р].

Методические рекомендации: из положения «Вкусное варенье» сильно подуть на кончик носа, на котором приклеена узкая полоска бумаги (3х1 см) и сдуть ее. Выполнить 2-3 раза. Язык на верхней губе, дуть на кончик носа.