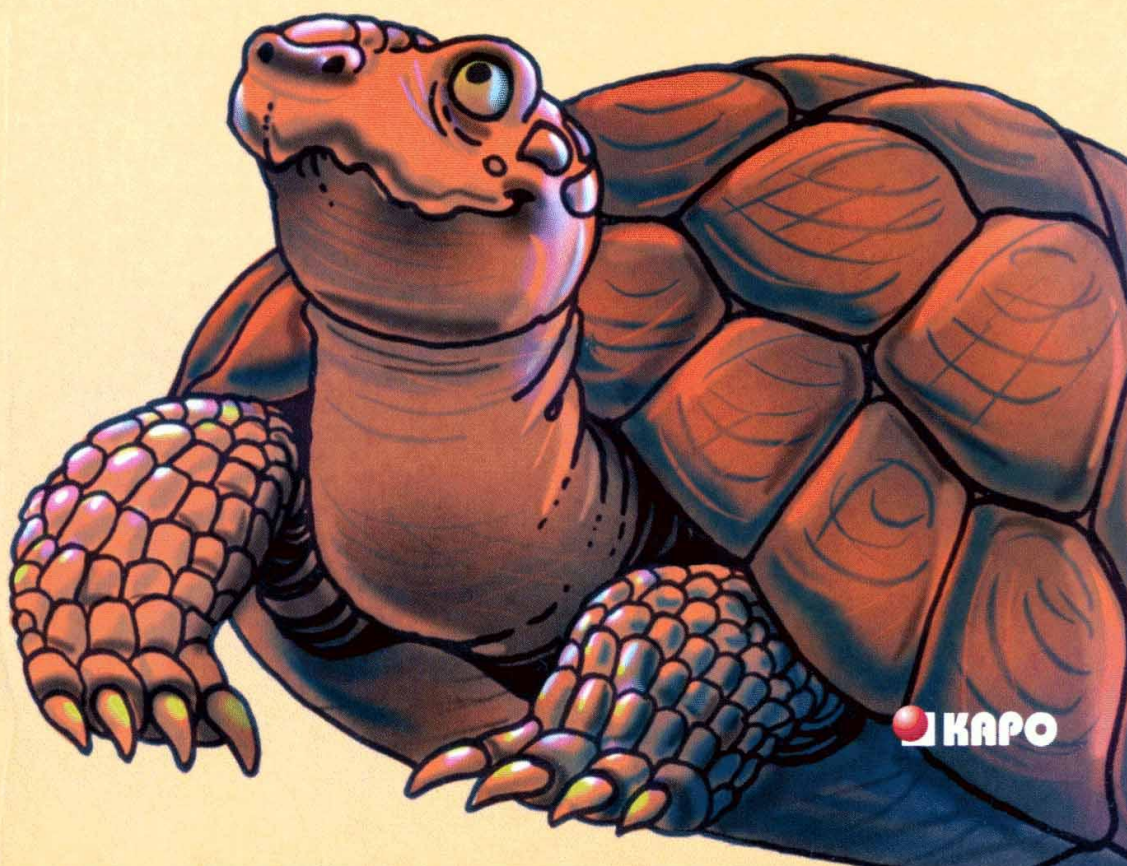


МАСТЕР-КЛАСС
ЛОГОПЕДИКА

О. Г. Приходько

ЛОГОПЕДИЧЕСКИЙ **М**АССАЖ **ПРИ КОРРЕКЦИИ**

**ДИЗАРТРИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ
У ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**



 **КАРО**

Приходько О.Г.

**Логопедический массаж при коррекции дизартрических нарушений
речи у детей раннего и дошкольного возраста.**

СПб.: КАРО, 2008.

Дифференцированный логопедический массаж — часть комплексной медико-психолого-педагогической работы, направленной на коррекцию различных речевых расстройств. Массаж используется в логопедической работе с детьми с дизартрией, ринолалией, заиканием и голосовыми расстройствами. При этих формах речевой патологии (особенно при дизартрии) массаж является необходимым условием эффективности логопедического воздействия.

Логопедический массаж — это одна из логопедических технологий, активный метод механического воздействия. Массаж применяется в тех случаях, когда имеют место нарушения тонуса артикуляционных мышц. Изменяя состояние мышц периферического речевого аппарата, массаж в конечном счете опосредованно способствует улучшению произносительной стороны речи.

Массаж может проводиться на всех этапах коррекционно-логопедического воздействия, но особенно важно его использование на начальных этапах работы, когда у ребенка еще нет возможности выполнять определенные артикуляционные движения.

Дифференцированный логопедический массаж могут осуществлять логопед, дефектолог, инструктор ЛФК, который прошел специальную подготовку.

СОДЕРЖАНИЕ

I глава Перинатальная патология центральной нервной системы у детей	4
II глава Дизартрические нарушения речи у детей раннего и дошкольного возраста	12
2.1. Основные нарушения (структура дефекта) при дизартрии.....	12
2.2. Степени выраженности дизартрии	17
2.3. Ранняя диагностика речевых расстройств	21
2.4. Современные подходы к классификации дизартрии.....	23
III глава Логопедическое обследование детей с дизартрическими расстройствами	32
IV глава Специфика коррекционно-логопедической работы при дизартрии ..	50
4.1. Принципы, задачи и методы логопедической работы при дизартрии.....	50
4.2. Дифференцированный логопедический массаж	53
4.2.1. Задачи, показания, противопоказания и условия проведения логопедического массажа.....	54
4.2.2. Расслабляющий массаж артикуляционной мускулатуры	58
4.2.3. Стимулирующий массаж артикуляционной мускулатуры	60
4.2.4. Массаж язычной мускулатуры.....	61
4.3. Пассивная и активная артикуляционная гимнастика	63
4.4. Искусственная локальная контрастотермия	67
4.5. Развитие дыхания и коррекция его нарушений (дыхательная гимнастика) ...	68
4.6. Развитие голоса и коррекция его нарушений	72
4.7. Развитие просодики и коррекция ее нарушений	75
4.8. Коррекция нарушений звукопроизношения	77
4.9. Развитие функциональных возможностей кистей и пальцев рук, коррекция нарушений тонкой (мелкой) моторики	81

І глава

Перинатальная патология

центральной нервной системы у детей

Проблема коррекционно-логопедической помощи детям с неврологической патологией в настоящее время является чрезвычайно актуальной. Необходимость мер по диагностике и коррекции нарушений в развитии детей связана с наличием в стране тревожной демографической ситуации, характеризующейся не только общим снижением рождаемости, но и увеличением доли рождения нездоровых, физиологически незрелых детей. По данным специальных исследований, доля здоровых новорожденных в течение последних лет снизилась с 48,3% до 26,5%-36,5%. Сегодня до 80% новорожденных являются физиологически незрелыми, свыше 86% имеют перинатальную патологию центральной нервной системы, отсутствие своевременной коррекции которой приводит к развитию стойких нарушений в будущем. Патология, перенесенная ребенком в перинатальном периоде, оказывает негативное влияние на состояние многих систем организма, в первую очередь нервной (Г.В. Яцык).

Перинатальные поражения ЦНС объединяют различные патологические состояния, обусловленные воздействием на плод вредоносных факторов во внутриутробном периоде, во время родов и в ранние сроки после рождения. Ведущее место в перинатальной патологии ЦНС занимают асфиксия и внутричерепная родовая травма, которые чаще всего поражают нервную систему аномально развивающегося плода. В клинической практике общеприняты термины «перинатальное поражение ЦНС» и «перинатальная энцефалопатия (ПЭП)».

Раннее поражение мозга в большинстве случаев в дальнейшем проявляется в той или иной степени нарушенным развитием. В силу того что страдает незрелый мозг, дальнейшие темпы его созревания замедляются. Нарушается порядок включения структур мозга по мере их созревания в

функциональные системы. ПЭП является фактором риска по возникновению у ребенка отклонений в развитии различных функциональных систем. При этом могут быть нарушены различные «линии развития» — двигательного, познавательного и речевого.

Несмотря на равную вероятность поражения всех отделов нервной системы, при действии патогенных факторов на развивающийся мозг прежде всего и сильнее всего страдает двигательный анализатор. У детей с перинатальной церебральной патологией постепенно, по мере созревания мозга выявляются признаки повреждения или нарушения развития различных звеньев двигательного анализатора, психического и речевого развития. С возрастом при отсутствии адекватной лечебно-педагогической помощи постепенно нарушения развития закрепляются и может сформироваться более сложная патология.

Нарушение двигательного, психического и речевого развития детей — следствие поражения центральной нервной системы различного генеза. Одни и те же вредоносные факторы, воздействующие на мозг в период его интенсивного развития, в одних случаях вызывают лишь некоторую задержку становления возрастных функций, а в других — приводят к выраженным нарушениям развития (Е.М. Мастюкова, Л.Т. Журба).

Изучая психомоторное развитие детей первых лет жизни, Л.Т. Журба и Е.М. Мастюкова выделили различные степени тяжести неврологической патологии: легкую, среднюю и тяжелую.

Легкая степень:

гипертензионный синдром, гидроцефальный синдром, минимальная мозговая дисфункция, синдромы гипервозбудимости и гиповозбудимости, негрубая неврологическая симптоматика в виде нарушений мышечного тонуса, тремора.

Средняя степень:

синдромы двигательных расстройств, эписиндром (судорожный синдром), церебрастенический синдром.

Тяжелая степень:

детский церебральный паралич, органическое поражение ЦНС.

1. Гипертензионно-гидроцефальный синдром.

Гипертензионный синдром (повышение внутричерепного давления) у детей часто сочетается с гидроцефальным, который характеризуется расширением желудочков в субарахноидальном пространстве в результате скопления избыточного количества спинномозговой жидкости. Повышение внутричерепного давления у грудных детей может быть преходящим и постоянным, гидроцефалия — компенсированной или субкомпенсированной, что и обуславливает широкий диапазон клинических проявлений.

Неврологическая симптоматика при гипертензионно-гидроцефальном синдроме зависит как от степени выраженности синдрома и его прогрессирования, так и от тех изменений мозга, которые явились его причиной. При гипертензионном синдроме в первую очередь изменяется поведение детей. Они становятся легко возбудимыми, раздражительными, крик — резким, пронзительным; сон — поверхностным, дети часто просыпаются. При гидроцефальном синдроме, наоборот, дети вялые, сонливые. Снижение аппетита, срыгивания, иногда даже рвота могут приводить к уменьшению массы тела.

Нервно-психическое развитие ребенка может не страдать, но в некоторых случаях оно задерживается. Глубина и характер задержки психомоторного развития при гипертензионном и гидроцефальном синдромах варьируют в широких пределах в зависимости от первичных изменений нервной системы. При своевременной и эффективной коррекции первичного процесса и гипертензионный, и гидроцефальный синдромы, и легкая задержка развития компенсируются.

2. Синдром гипервозбудимости.

Основные проявления синдрома гипервозбудимости — двигательное беспокойство, эмоциональная лабильность, нарушение сна, повышенная рефлекторная возбудимость, тенденция к сниженному порогу судорожной

готовности. Выраженного отставания в психомоторном развитии у этих детей может и не быть, но при тщательном обследовании обычно удается отметить некоторые негрубые отклонения. Для нарушения психомоторного развития при синдроме гиперактивности характерно отставание в формировании произвольного внимания, дифференцированных двигательных и психических реакций, что придает психомоторному развитию своеобразную неравномерность.

Все двигательные, сенсорные и эмоциональные реакции на внешние стимулы у гиперактивного ребенка возникают быстро после короткого латентного периода и так же быстро угасают. Освоив те или иные двигательные навыки, дети непрерывно двигаются, меняют позы, постоянно тянутся к каким-либо предметам, захватывают их; быстро переключаются на предметы. При этом манипулятивно-исследовательская деятельность выражена недостаточно.

3. Синдром гиперактивности.

Основные проявления синдрома: малая двигательная и психическая активность ребенка, которая всегда ниже его двигательных и интеллектуальных возможностей; высокий порог и длительный латентный период возникновения всех рефлекторных и произвольных реакций. Синдром часто сочетается с мышечной гипотонией, замедленной переключаемостью нервных процессов, эмоциональной вялостью, низкой мотивацией и слабостью волевых усилий. Гиперактивность может быть выражена в различной степени и проявляться либо эпизодически, либо стойко.

При синдроме гиперактивности в более поздние сроки отмечают формирование положительных эмоциональных реакций. Это проявляется как при общении со взрослым, так и в спонтанном поведении ребенка. В состоянии бодрствования ребенок остается вялым, пассивным, ориентировочные реакции возникают в основном на сильные раздражители. Реакция на новизну вялая, недостаточная.

При гиподинамическом синдроме может отмечаться задержка психомоторного развития. Она характеризуется диспропорцией развития, которая проявляется во всех формах сенсорно-моторного поведения. На всех возрастных этапах может быть недостаточная активность общения.

4. Синдром минимальной мозговой дисфункции (ММД).

Основными проявлениями синдрома ММД являются так называемые «малые неврологические признаки», которые проявляются различно в зависимости от возраста. Наиболее часто отмечаются нарушения мышечного тонуса, которые хотя и не мешают активным движениям, но отличаются стойкостью; тремор, нарушения черепно-мозговой иннервации, симптом Грефе, общее беспокойство, рефлекторная асимметрия.

5. Церебрастенический синдром.

Основным содержанием синдрома является повышенная нервно-психическая истощаемость, что проявляется в слабости функции активного внимания, эмоциональной лабильности, нарушении манипулятивной, предметной и игровой деятельности; в преобладании либо гипердинамических, либо гиподинамических процессов. Часто наблюдается также вторичная недостаточность восприятия за счет повышенной психической истощаемости. Характерна динамичность, неравномерность выраженности клинических проявлений у одного и того же ребенка в различное время. Клинические проявления усиливаются нередко к концу дня в связи с неблагоприятными метеорологическими условиями. Особенности задержки психомоторного развития при данном синдроме зависят от преобладания процессов гипо- или гипервозбудимости.

6. Судорожный синдром (эписиндром).

Судороги могут появиться на фоне уже имеющихся неврологических нарушений и задержки психомоторного развития или возникают как первый симптом, свидетельствующий о поражении мозга. Влияние судорожного синдрома на задержку развития зависит от возраста ребенка, уровня психомоторного развития до начала приступов, наличия других

неврологических нарушений, характера судорожных пароксизмов, их частоты и длительности. Чем меньше возраст ребенка к началу судорог, тем более выраженной будет задержка психомоторного развития. Если судороги возникли у здорового ребенка, были эпизодическими и кратковременными, то они сами по себе могут не оказать существенного влияния на возрастное развитие. Во всех остальных случаях пароксизмы, особенно если они были длительными и повторными, в свою очередь могут вызвать необратимые изменения в ЦНС.

Судороги, появившиеся на фоне задержки психомоторного развития и/или других неврологических нарушений, осложняют течение основного заболевания, усугубляя задержку развития. Ребенок может терять приобретенные двигательные, психические и речевые навыки.

7. Синдромы двигательных расстройств.

У детей с синдромами двигательных расстройств отмечается более позднее формирование основных двигательных навыков. Основными характеристиками в диагностике двигательных нарушений на первом году жизни являются мышечный тонус и рефлексорная активность. Изменения мышечного тонуса проявляются в виде мышечной гипертонии (спастичности), гипотонии и дистонии.

Синдром *мышечной гипертонии* (повышение тонуса мышц) характеризуется увеличением сопротивления пассивным движениям, ограничением спонтанной и произвольной двигательной активности. Выраженность синдрома мышечной гипертонии может варьировать от легкого повышения сопротивления пассивным движениям до полной скованности, когда практически невозможны какие-либо движения. Если синдром выражен нерезко, не сочетается с патологическими тоническими рефлексам и другими неврологическими нарушениями, его влияние на развитие статических и локомоторных функций может проявиться в их легкой задержке на различных этапах первых лет жизни. В зависимости от того, в каких мышечных группах больше повышен тонус, будет запаздывать

дифференциация и окончательное закрепление определенных двигательных навыков. Так, при повышении мышечного тонуса в руках отмечают задержку направления рук к объекту, захвата игрушки, манипулирования предметами и т.д. При повышении мышечного тонуса в ногах задерживается становление опорной реакции ног и самостоятельного стояния. Дети неохотно встают на ноги, предпочитают ползать, на опоре становятся на пальчики.

Синдром *мышечной гипотонии* (снижение мышечного тонуса) характеризуется снижением сопротивления пассивным движениям и увеличением их объема. Ограничена спонтанная и произвольная двигательная активность. Если синдром мышечной гипотонии нерезко выражен и не сочетается с другими неврологическими нарушениями, он либо не оказывает влияния на возрастное развитие ребенка, либо вызывает запаздывание моторного развития, чаще во втором полугодии жизни. Отставание идет неравномерно, задерживаются более сложные двигательные функции, требующие для своего осуществления согласованной деятельности многих мышечных групп. Так, если посадить ребенка 9 месяцев, он сидит, но самостоятельно сесть не может. Такие дети позже начинают ходить, и период хождения с поддержкой задерживается надолго.

Синдром двигательных расстройств может сопровождаться *мышечной дистонией* (меняющийся характер мышечного тонуса). В покое у этих детей при пассивных движениях выражена общая мышечная гипотония. При попытке активно выполнить какое-либо движение, при положительных или отрицательных эмоциональных реакциях мышечный тонус резко возрастает.

8. *Детский церебральный паралич.*

Детский церебральный паралич (ДЦП) — это тяжелое заболевание нервной системы, которое нередко приводит к инвалидности ребенка. Детский церебральный паралич проявляется в виде различных двигательных, психических и речевых нарушений. Ведущими в клинической картине ДЦП являются двигательные нарушения, которые часто сочетаются с психическими и речевыми расстройствами, нарушениями функций других

анализаторных систем (зрения, слуха, глубокой чувствительности), судорожными приступами (К.А. Семенова, Е.М. Мастюкова). ДЦП не является прогрессирующим заболеванием. С возрастом и под действием лечения состояние ребенка, как правило, улучшается.

Степень тяжести двигательных нарушений варьирует в большом диапазоне, где на одном полюсе находятся грубейшие двигательные нарушения, на другом — минимальные. Психические и речевые расстройства, так же как и двигательные, имеют разные степени выраженности, поэтому может наблюдаться целая гамма различных сочетаний. Например, при грубых двигательных нарушениях психические расстройства могут быть минимальными, и наоборот, при легких двигательных нарушениях наблюдаются грубые психические и/или речевые расстройства.

9. Раннее органическое поражение центральной нервной системы («синдром врожденного или рано приобретенного слабоумия» — Л.Т. Журба, Е.М. Мастюкова).

Основным проявлением синдрома раннего органического поражения центральной нервной системы является недоразвитие познавательной деятельности, которое чаще всего сочетается с нарушением речевого развития. Отставание в моторном развитии может быть выражено в разной степени — от легких форм до выраженных нарушений. Однако во всех случаях отставание в моторном развитии обусловлено не первичным поражением двигательной системы, а снижением мотивации. Уже на первом году жизни у детей слабо выражены реакции на окружающее, дифференцированные зрительные и слуховые ориентировочные реакции; нарушено развитие манипулятивной и предметной деятельности, начальное понимание обращенной речи.

II глава

Дизартрические нарушения речи у детей раннего и дошкольного возраста

Дизартрия (речедвигательное расстройство) — нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевой мускулатуры. Дизартрия является следствием органического поражения центральной нервной системы, при котором расстраивается двигательный механизм речи. При дизартрии нарушено не *программирование* речевого высказывания, а *моторная реализация речи*.

Ведущими дефектами при дизартрии являются нарушение звукопроизносительной стороны речи и просодики, а также нарушения речевого дыхания, голоса и артикуляционной моторики. Разборчивость речи при дизартрии нарушена, речь смазанная, нечеткая.

2.1. Основные нарушения (структура дефекта) при дизартрии

Нарушение тонуса артикуляционной мускулатуры (мышц лица, языка, губ, мягкого нёба) по типу спастичности, гипотонии или дистонии.

1. Спастичность — повышение тонуса в мускулатуре языка, губ, лица и шеи. При спастичности мышцы напряжены. Язык «комом» оттянут назад, спинка его спастически изогнута, приподнята вверх, кончик языка не выражен. Приподнятая к твердому нёбу напряженная спинка языка способствует смягчению согласных звуков (палатализация). Иногда спастичный язык «жалом» вытянут вперед. Повышение мышечного тонуса в круговой мышце рта приводит к спастическому напряжению губ, плотному смыканию рта (произвольное открывание рта при этом затруднено). В ряде случаев при спастическом состоянии верхней губы рот может быть, напротив, приоткрыт. При этом обычно наблюдается повышенное слюнотечение (гиперсаливация). Активные движения при спастичности

артикуляционных мышц ограничены. (Спастичность мышц отмечается при спастико-паретической дизартрии.)

2. *Гипотония* — снижение тонуса мышц. При гипотонии язык тонкий, распластаный в полости рта; губы вялые, не могут плотно смыкаться. В силу этого рот обычно полуоткрыт, может быть выражена гиперсаливация. Гипотония мышц мягкого нёба препятствует достаточному продвижению нёбной занавески вверх и ее прижатию к задней стенке глотки; струя воздуха выходит через нос. При этом голос приобретает носовой оттенок (назализация). (Гипотония артикуляционных мышц имеет место при спастико-паретической и атактической дизартрии.)

3. *Дистония* — меняющийся характер мышечного тонуса. В состоянии покоя может отмечаться низкий мышечный тонус, при попытках к речи и в момент речи тонус резко нарастает. Дистония существенно искажает артикуляцию. Характерная особенность звукопроизношения при дистонии — *непостоянство* искажений, замен и пропусков звуков. (Дистония отмечается при гиперкинетической дизартрии.)

У детей с неврологической патологией часто отмечается смешанный и вариативный характер нарушений тонуса в артикуляционной мускулатуре (так же, как и в скелетной), т.е. в отдельных артикуляционных мышцах тонус может изменяться по-разному. Например, в язычной мускулатуре может отмечаться спастичность, а в лицевой и губной — гипотония. Во всех случаях имеется определенное соответствие нарушений тонуса в артикуляционной и скелетной мускулатуре.

Нарушение подвижности артикуляционных мышц. Ограниченная подвижность мышц артикуляционного аппарата — это основное проявление пареза этих мышц. Недостаточная подвижность артикуляционных мышц языка и губ обуславливает нарушения звукопроизношения. При поражении мышц губ страдает произношение и гласных, и согласных звуков. Нарушается артикуляция в целом. Особенно грубо нарушено звукопроизношение при резком ограничении подвижности мышц языка.

Степень нарушения подвижности артикуляционных мышц может быть различной — от полной невозможности до незначительного снижения объема и амплитуды артикуляционных движений языка и губ. При этом в первую очередь нарушаются наиболее тонкие и дифференцированные движения (прежде всего поднимание языка вверх).

Специфические нарушения звукопроизношения:

- *стойкий характер* нарушений звукопроизношения, особая трудность их преодоления;
- специфические трудности автоматизации звуков (процесс автоматизации требует большего количества времени, чем при дислалии). При несвоевременном окончании логопедических занятий приобретенные речевые умения часто распадаются;
- нарушено произношение не только согласных, но и гласных звуков (усредненность или редуцированность гласных);
- преобладание межзубного и бокового произношения свистящих [с], [з], [ц] и шипящих [ш], [ж], [ч], [щ] звуков;
- оглушение звонких согласных (звонкие звуки произносятся с недостаточным участием голоса);
- смягчение твердых согласных звуков (палатализация);
- нарушения звукопроизношения особенно выражены в речевом потоке. При увеличении речевой нагрузки наблюдается, а иногда и нарастает общая смазанность речи.

В зависимости от типа нарушений все дефекты звукопроизношения при дизартрии делятся на две категории: антропофонические (искажения звуков) и фонологические (замены, смешения). При дизартрическом расстройстве наиболее типичным нарушением звукового строя речи является искажение звука.

Нарушения речевого дыхания.

Нарушения дыхания у детей с дизартрией обусловлены недостаточностью центральной регуляции дыхания. Недостаточна глубина

дыхания. Нарушен ритм дыхания: в момент речи оно учащается. Отмечается нарушение координации вдоха и выдоха (поверхностный вдох и укороченный слабый выдох). Выдох часто происходит через нос, несмотря на полуоткрытый рот. Дыхательные нарушения особенно выражены при гиперкинетической форме дизартрии.

Нарушения голоса.

Нарушения голоса обусловлены изменениями мышечного тонуса и ограничением подвижности мышц гортани, мягкого нёба, голосовых складок, языка и губ. Наиболее часто отмечается недостаточная сила голоса (тихий, слабый, иссякающий) и отклонения тембра голоса (глухой, назализованный, сдавленный, хриплый, прерывистый, напряженный, гортанный).

При различных формах дизартрии нарушения голоса носят специфический характер.

Нарушения просодики (мелодико-интонационных и темпоритмических характеристик речи).

Мелодико-интонационные расстройства часто относят к одним из наиболее стойких признаков дизартрии. Именно они в большой степени влияют на разборчивость, эмоциональную выразительность речи. Отмечается слабая выраженность или отсутствие голосовых модуляций (ребенок не может произвольно менять высоту тона). Голос становится монотонным, мало- или немодулированным.

Нарушения темпа речи проявляются в его замедлении, реже — в ускорении. Иногда имеют место нарушения ритма речи (например, скандированность — «рубленая» речь, когда отмечается дополнительное количество ударений в словах).

Недостаточность кинестетических ощущений в артикуляционном аппарате.

У детей с дизартрией отмечается не только ограничение объема артикуляционных движений, но и слабость кинестетических ощущений артикуляционных поз и движений.

Вегетативные расстройства.

Одним из наиболее частых вегетативных расстройств при дизартрии является гиперсаливация. Усиленное слюноотечение связано с ограничением движений мышц языка, нарушением произвольного глотания, парезом губных мышц. Оно часто утяжеляется за счет слабости кинестетических ощущений в артикуляционном аппарате (ребенок не чувствует вытекания слюны) и снижения самоконтроля.

Гиперсаливация может быть выражена в различной степени. Она бывает постоянной или усиливается при определенных условиях. Даже легкая гиперсаливация (увлажнение уголков губ во время речи, небольшое подтекание слюны) свидетельствует о наличии у ребенка неврологической симптоматики.

Реже встречаются такие вегетативные расстройства, как покраснение или бледность кожных покровов, повышенное потоотделение во время речи.

Нарушение акта приема пищи.

У детей с дизартрией часто затруднено, а в тяжелых случаях отсутствует жевание твердой пищи, откусывание от куска. Часто отмечаются поперхивания, захлебывания при глотании. Затруднено питье из чашки. Иногда нарушена координация между дыханием и глотанием.

Наличие синкинезий.

Синкинезии — непроизвольные сопутствующие движения при выполнении произвольных артикуляционных движений (например, дополнительное движение нижней челюсти и нижней губы вверх при попытке поднять кончик языка).

Оральные синкинезии — открывание рта при любом произвольном движении или при попытке его выполнения.

Повышение глоточного (рвотного) рефлекса.

Нарушение координации движений (атаксия).

Атаксия проявляется в дисметрических, асинергических нарушениях и в скандированности ритма речи. Дисметрия — это несоразмерность,

неточность произвольных артикуляционных движений. Она чаще всего выражается в виде гиперметрии, когда нужное движение реализуется более размашистым, утрированным, замедленным движением, чем это необходимо (чрезмерное увеличение двигательной амплитуды). Иногда наблюдается нарушение координации между дыханием, голосообразованием и артикуляцией (асинергия). Атаксия отмечается при атактической дизартрии.

Наличие насильственных движений (гиперкинезов и тремора) в артикуляционной мускулатуре.

Гиперкинезы — произвольные, неритмичные, насильственные; могут быть вычурные движения мышц языка, лица (гиперкинетическая дизартрия).

Тремор — дрожание кончика языка (наиболее выражен при целенаправленных движениях). Тремор языка отмечается при атактической дизартрии.

2.2. Степени выраженности дизартрии

Степень выраженности дизартрического нарушения речи зависит от тяжести и характера поражения центральной нервной системы. Условно выделяют 3 степени выраженности дизартрии: легкую, среднюю и тяжелую.

Легкая степень выраженности дизартрии характеризуется незначительными нарушениями (речевой и неречевой симптоматикой) в структуре дефекта. Часто проявления легкой степени дизартрии называют «нерезко выраженной» или «стертой» дизартрией, имея в виду негрубые («стертые») парезы мышц артикуляционного аппарата, нарушающих процесс произношения. Иногда логопеды-практики пользуются терминами «минимальные дизартрические расстройства» и «дизартрический компонент», при этом некоторые из них неверно считают эти проявления только элементами дизартрии или промежуточным нарушением между дислалией и дизартрией.

При легкой степени дизартрии общая разборчивость речи может быть не нарушена, но звукопроизношение несколько смазанное, нечеткое. Искажения наблюдаются чаще всего при произнесении свистящих, шипящих и/или сонорных звуков. При произнесении гласных самые большие затруднения вызывают звуки [и] и [у]. Нередко оглушаются звонкие согласные звуки. Иногда изолированно ребенок все звуки может произносить правильно (особенно если с ним занимается логопед), но при увеличении речевой нагрузки отмечается общая смазанность звукопроизношения.

Также наблюдаются недостатки речевого дыхания (учащенное, неглубокое), голоса (тихий, глуховатый) и просодики (маломодулированность).

При легкой степени дизартрии у детей отмечаются нерезко выраженные нарушения тонуса мышц языка, иногда губ и незначительное снижение объема и амплитуды их артикуляционных движений. При этом нарушены наиболее тонкие и дифференцированные движения языка (прежде всего — подъем вверх). Неречевая симптоматика также может проявляться в виде легкой саливации, затруднения жевания твердой пищи, редких поперхиваниях при глотании, повышении глоточного рефлекса.

При *средней* (умеренно выраженной) *степени дизартрии* нарушена общая разборчивость речи, она становится невнятной, иногда даже малопонятной для окружающих. В некоторых случаях речь ребенка трудно понять при незнании контекста. У детей отмечается общая смазанность звукопроизношения (многочисленные выраженные искажения во многих фонетических группах). Нередко звуки в конце слова и в стечении согласных опускаются. Нарушения глубины и ритма дыхания обычно сочетаются с расстройствами силы (тихий, слабый, иссякающий) и тембра голоса (глухой, назализованный, напряженный, сдавленный, прерывистый, хриплый). Отсутствие голосовых модуляций делает голос немодулированным, а речь детей монотонной.

У детей выражены нарушения тонуса язычной, губной и лицевой мускулатуры. Лицо гипомимичное, артикуляционные движения языка и губ замедлены, строго ограничены, неточные (не только верхний подъем языка, но и его боковые отведения). Значительные трудности представляют удержание языка в определенном положении и переключение от одного движения к другому. Для детей со средней степенью дизартрии характерна гиперсаливация, нарушения акта приема пищи (затруднение или отсутствие жевания, пережевывания и захлебывания при глотании), синкинезии, повышение рвотного рефлекса.

Тяжелая степень дизартрии — анартрия — это полное или почти полное отсутствие звукопроизношения в результате паралича речедвигательных мышц. Анартрия возникает при тяжелом поражении центральной нервной системы, когда моторная реализация речи становится невозможной. У большинства детей с анартрией главным образом проявляются расстройства управления речевыми артикуляциями (артикуляционного, фонаторного, дыхательного отдела), а не только исполнение. Кроме патологии центральных исполнительных систем речевой деятельности, нарушено формирование динамического артикуляционного праксиса. Отмечается расстройство произвольного управления речевым аппаратом. Нарушения произносительных способностей при анартрии обусловлены ярко выраженными центральными речедвигательными синдромами: спастическим парезом в очень тяжелой степени, тоническими нарушениями управления артикуляционными движениями, гиперкинезами, атаксией и апраксией. Апраксия охватывает все отделы речевого аппарата: дыхательный, фонаторный, губно-нёбно-язычный. Апраксические расстройства проявляются неумением ребенка произвольно оформить гласные и согласные звуки, слитно произносить слог из имеющихся звуков или слово из имеющихся слогов.

Анартрия характеризуется глубоким поражением артикуляционных мышц и полной бездеятельностью речевого аппарата. Лицо амимичное,

маскообразное; язык неподвижен, движения губ резко ограничены. Жевание твердой пищи практически отсутствует; выражены захлебывания при глотании, гиперсаливация.

По тяжести проявлений анартрия может быть различной (И.И. Панченко):

- а) полное отсутствие речи (звукопроизношения) и голоса;
- б) наличие только голосовых реакций;
- в) наличие звукослоговой активности.

В зависимости от сочетания речедвигательного расстройства с нарушениями различных компонентов речевой функциональной системы можно выделить несколько групп детей с дизартрией.

1. Дети с *чисто фонетическими нарушениями*. У них страдает звукопроизношение, речевое дыхание, голос, просодика и артикуляционная моторика. При этом не наблюдается нарушений фонематического восприятия и лексико-грамматического строя речи.

2. Дети с *фонетико-фонематическим недоразвитием*. У них нарушается не только произносительная сторона речи (звукопроизношение, речевое дыхание, голос, просодика), но и фонематические процессы (трудности звукового анализа и синтеза). При этом лексико-грамматических недостатков речи не наблюдается.

3. Дети с *общим недоразвитием речи*. У детей этой группы нарушены все компоненты речи — как произносительная сторона речи, так и лексическое, грамматическое и фонематическое развитие. Отмечаются ограничения словарного запаса: дети пользуются обиходными словами, часто употребляют слова в неточном значении, подменяя смежными по сходству, по ситуации, по звуковому составу. Для детей-дизартриков нередко характерно недостаточное овладение грамматическими формами языка. В их речи часто опускаются предлоги, недоговариваются окончания или неправильно употребляются, не усваиваются падежные окончания, категории числа; имеются затруднения в согласовании, управлении.

Степень выраженности (тяжести) дизартрии не зависит от количества нарушенных компонентов речевой функциональной системы. Например, при *стертой (легкой степени) дизартрии* могут быть нарушены все компоненты речи (фонетический, фонематический и лексико-грамматический строй), а при *дизартрии средней и тяжелой степени* может быть нарушен только фонетический строй речи.

2.3. Ранняя диагностика речедвигательных расстройств

В структуру дефекта при дизартрии входят как речевые, так и неречевые нарушения (проявление неврологической симптоматики в мускулатуре и моторике артикуляционного аппарата). На первом году жизни, а иногда и позже можно выявить и оценить только неречевые расстройства.

Ранняя диагностика дизартрических расстройств основана на оценке неречевых нарушениях. Чем младше ребенок и чем ниже уровень его речевого развития, тем большее значение имеет анализ неречевых нарушений. Наиболее часто первым проявлением дизартрических расстройств является наличие псевдобульбарного (спастико-паретического) синдрома, первые признаки которого можно обнаружить уже у новорожденного. Прежде всего это отсутствие крика (афония) или его слабость, однообразие, непродолжительность. Крик может быть сдавленным или пронзительным, иногда имеют место отдельные всхлипывания или вместо крика гримаса на лице. Почти у всех детей с перинатальной патологией ЦНС отмечается раннее проявление неврологической симптоматики в мускулатуре и моторике речевого аппарата. Наиболее характерными являются следующие нарушения.

1. Патологические изменения в строении и функционировании артикуляционного аппарата; нарушение тонуса и подвижности артикуляционных мышц:

а) в лицевой мускулатуре: наличие асимметрии, сглаженность носогубных складок, опущение одного из углов рта, перекося рта в сторону

при улыбке и плаче; гипомимия; нарушение тонуса лицевой мускулатуры по типу спастичности, гипотонии или дистонии; гиперкинезы лица;

б) в губной мускулатуре: нарушение мышечного тонуса, резкое или незначительное ограничение подвижности губ; недостаточность смыкания губ, затруднение удержания рта закрытым, отвисание нижней губы, препятствующее плотному захвату соски или соска и вызывающее подтекание молока из рта;

в) в язычной мускулатуре: нарушение мышечного тонуса; патология строения языка (при спастичности — язык массивный, оттянут «комом» назад или вытянут «жалом» вперед; при гипотонии — тонкий, вялый, распластаный в полости рта; раздвоенность языка, невыраженность кончика языка, укорочение уздечки); патология положения языка (девиация в сторону, высовывание языка из рта); гиперкинезы, тремор, фибриллярные подергивания языка; ограничение подвижности язычной мускулатуры (от полной невозможности до снижения объема артикуляционных движений); повышение или понижение глоточного (рвотного) рефлекса;

г) мягкое нёбо: провисание нёбной занавески (при гипотонии); отклонение увулы от средней линии.

2. Нарушения дыхания: инфантильные схемы дыхания (преобладание брюшного типа дыхания после 6 месяцев), учащенное, неглубокое дыхание; дискоординация вдоха и выдоха (поверхностный вдох, укороченный слабый выдох); стридор.

3. Нарушение голосообразования: недостаточная сила голоса (тихий, слабый, иссякающий), отклонения тембра (назализованный, глухой, хриплый, сдавленный, напряженный, прерывистый, дрожащий); нарушение голосовых модуляций, интонационной выразительности голоса. Иногда отмечается асинхронность дыхания, голосообразования и артикуляции.

4. Нарушение акта приема пищи: нарушение сосания (слабость, вялость, неактивность, неритмичность сосательных движений; вытекание молока из носа), глотания (поперхивание, захлебывание), жевания

(отсутствие или затруднение жевания твердой пищи), откусывания от куска и питья из чашки.

5. Гиперсаливация (постоянная или усиливающаяся при определенных условиях).

6. Оральные синкинезии (ребенок широко открывает рот при пассивных и активных движениях рук и даже при попытке их выполнения).

7. Отсутствие или ослабление рефлексов орального автоматизма (до 3 месяцев), наличие патологических рефлексов орального автоматизма (после 3-4 месяцев).

С возрастом у ребенка с неврологической патологией все больше выявляется недостаточность голосовых реакций — крика, гуления, лепета. Длительное время крик остается тихим, маломодулированным, монотонным, без интонационной выразительности (не изменяется в зависимости от состояния ребенка). Часто крик имеет носовой оттенок. Звуки гуления и лепета отличаются однообразием, бедностью звукового состава, малой активностью, фрагментарностью.

На более поздних этапах развития в диагностике дизартрических расстройств все большее значение начинают приобретать речевые симптомы: качественная недостаточность голосовых реакций, стойкие нарушения звукопроизношения, речевого дыхания, голосообразования, просодики.

2.4. Современные подходы к классификации дизартрии

Существуют различные подходы к классификации дизартрии. В их основу положены принцип локализации мозгового поражения, степень понятности речи для окружающих, синдромологический подход.

При классификации дизартрии на основе принципа локализации мозгового поражения различают псевдобульбарную, бульбарную, экстрапирамидную (подкорковую), мозжечковую, корковую формы дизартрии (О.В. Правдина и др.).

- *Классификация дизартрии по степени разборчивости речи* для окружающих была предложена французским невропатологом Тардые. Им было выделено 4 степени тяжести речедвигательных нарушений (у детей с церебральным параличом):

- 1) нарушения звукопроизношения выявляются только специалистом в процессе обследования ребенка;

- 2) нарушения произношения заметны каждому, но речь понятна для окружающих;

- 3) речь понятна только близким ребенка;

- 4) речь отсутствует или непонятна даже близким ребенка (четвертая степень нарушения звукопроизношения, по существу, представляет собой анартрию). Эта классификация очень удобна для использования не только логопедами, но и учителями, воспитателями, психологами.

- Для логопедической работы, включающей дифференцированный массаж, артикуляционную и дыхательную гимнастики, удобна *классификация дизартрии на основе синдромологического подхода*, при которой выделяют спастико-паретическую, спастико-ригидную, гиперкинетическую, атактическую и смешанные формы дизартрии (И.И. Панченко). У детей с церебральным параличом трудно вычленить симптоматику речедвигательных расстройств вследствие сложности поражения речевой моторики, если не соотносить их с общими двигательными нарушениями. При ДЦП общими двигательными нарушениями (основными синдромальными расстройствами) являются спастический парез, тонические нарушения управления типа ригидности, гиперкинезы, атаксия, апраксия.

**Нарушения звукопроизношения и артикуляции
при различных формах дизартрии (классификация дизартрии
по принципу локализации мозгового поражения)**

	Нарушения артикуляции	Нарушения звукопроизношения
Бульбарная дизартрия	— Избирательные, преимущественно право- или левосторонние параличи мышц речевого аппарата — Атрофия мышц — Атония мышц — Любые произвольные и непроизвольные движения нарушены	— Все согласные приближаются (конвергируют) к щелевым звукам — Гласные конвергируют к звуку типа безударного [a] или [ы] со стиранием - противопоставленности по ряду, подъему и огубленности — Носовой оттенок — Ослабление специфических речевых шумов, возникающих при артикуляции ротовых звуков
Псевдобульбарная дизартрия	— Двусторонние спастические параличи мышц речевого аппарата — Тонус мышц повышен по типу спастической гипертонии (язык напряжен, отодвинут назад) — Подвижность артикуляционных мышц резко ограничена — Избирательные нарушения произвольных движений	— Избирательно страдают наиболее сложные и дифференцированные по укладам звуки [p], [л], [ц], [х], [ч], [ч] — Смягчение звуков

	Нарушения артикуляции	Нарушения звукопроизношения
Подкорковая (экстрапирамидная) дизартрия	— Резкое изменение тонуса — Нарушение эмоционально-двигательной иннервации — Гиперкинезы — Трудности при необходимости сохранить артикуляционные позы	Стабильные нарушения звукопроизношения отсутствуют
Мозжечковая дизартрия	— Выраженная асинхронность дыхания, фонации и артикуляции — Тонус в артикуляционной мускулатуре понижен — Трудности удержания артикуляционных укладов — Движения языка неточные — При тонких целенаправленных движениях возможен тремор языка — Темп движений замедлен	— Нарушено произнесение переднеязычных, губных, взрывных — Назализация большинства звуков

		Нарушения артикуляции	Нарушения звукопроизношения
Корковая дизартрия	I. Кинестетическая постцентральная	— Недостаточность кинестетического праксиса — Неверная и нечеткая артикуляция звуков — Активный поиск правильных укладов	Заменяются шумовые признаки согласных звуков: — места образования (особенно язычных); — способа образования (особенно аффрикатов и шипящих); — твердости и мягкости. Замены лабильны и неоднозначны
	II. Кинетическая премоторная	— Недостаточность динамического кинетического праксиса — Нарушается последовательность артикуляционных движений	Нарушена артикуляция согласных звуков: — начальные и конечные согласные часто удлинены или толчкообразны; — замены щелевых на смычные; — пропуски звуков в стечениях согласных; — упрощение аффрикат; — избирательное оглушение звонких смычных
	III (по Е.М. Мастюковой)	— Изолированное поражение отдельных мышц артикуляционного аппарата — Избирательный спастический парез речевой мускулатуры — Страдают наиболее тонкие изолированные движения (подъем языка)	— Нарушается произношение переднеязычных звуков [ш], [ж], [р]: они отсутствуют или заменяются другими согласными — Трудны согласные, образующиеся при сближении кончика языка с верхними зубами или альвеолами [л]

В речевой моторике отмечаются аналогичные дефекты. Тип дизартрического нарушения речи определяется по характеру клинического синдрома. Эта классификация дизартрии ориентирует логопеда на качество нарушения артикуляционной моторики, что позволяет более целенаправленно определить выбор средств лечебной и логопедической работы по нормализации тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата. Данной классификацией логопед может пользоваться только совместно с невропатологом, который определяет ведущий неврологический синдром.

Когда в структуру речевого дефекта включаются различные синдромы, дизартрию характеризуют как смешанную.

- Спастика-паретическая дизартрия (ведущий синдром — спастический парез).
- Спастика-ригидная дизартрия (ведущие синдромы — спастический парез и тонические нарушения управления речевой деятельностью типа ригидности).
- Гиперкинетическая дизартрия (ведущий синдром — гиперкинезы).
- Атактическая дизартрия (ведущий синдром — атаксия).
- Спастика-атактическая дизартрия (ведущие синдромы — спастический парез и атаксия).
- Спастика-гиперкинетическая дизартрия (ведущие синдромы — спастический парез и гиперкинезы).
- Спастика-атактико-гиперкинетическая дизартрия (ведущие синдромы — спастический парез, атаксия, гиперкинезы).
- Атактико-гиперкинетическая дизартрия (ведущие синдромы — атаксия и гиперкинезы).

Основные нарушения при различных формах дизартрии
(классификация дизартрии по синдромологическому подходу)

Форма дизартрии	Спастика-паретическая дизартрия	Спастика-ригидная дизартрия	Гиперкинетическая дизартрия	Атактическая дизартрия
Ведущий синдром	Спастический парез	Спастический парез и тонические нарушения управления речевой деятельностью типа ригидности	Гиперкинез	Атаксия
Форма ДЦП	Спастическая диплегия, гемипарез	Двойная гемиплегия	Гиперкинетическая форма ДЦП	Атонически-астатическая форма ДЦП
Характер нарушения мышечного тонуса	Спастичность, реже — гипотония	Спастичность мышц и ригидность (максимальное резкое повышение мышечного тонуса во всей речевой и скелетной мускулатуре, усиливающееся под влиянием внешних раздражителей)	Дистония, реже гипотония (большая). Зависимость тонуса от внешних влияний, эмоционального состояния, произвольных движений	Гипотония
Наличие непроизвольных насильственных движений, синкинезий	Синкинезии, оральные синкинезии. Возможно сохранение рефлексов орального автоматизма	Частое присутствие синкинезий стволового уровня мозга и оральных автоматизмов (насилованные сосательные и облизывающие движения)	Гиперкинезы языка, лица, шеи в покое, усиливаются при произносительных попытках. Синкинезии	Тремор языка (при целенаправленных движениях)
Нарушения артикуляционной моторики, артикуляционного праксиса,	Снижение объема и амплитуды артикуляционных движений языка, губ (различной степени). Может страдать выполнение и сохра-	Объем артикуляционных движений строго ограничен. Включение в движение с удлиненным латентным периодом (до нескольких минут). При	Объем артикуляционных движений может быть достаточным. Особые трудности удержания и ощущения артикуляционной позы	Дисметрия (несоразмерность) артикуляционных движений; чаще — гиперметрия (увеличение ампли-

Форма дизартрии	Спастика-паретическая дизартрия	Спастика-ригидная дизартрия	Гиперкинетическая дизартрия	Атактическая дизартрия
мимики	нение артикуляционных поз; переключение от одной артикуляции к другой. Гипомимия лица	включении в движение — резкое повышение тонуса во всей речевой и скелетной мускулатуре. Язык напряжен, малоподвижен, отодвинут назад, не всегда его удается вывести из полости рта. Недифференцированность губных и язычных движений (смешанная губно-язычная артикуляция). Мимика крайне бедная (лицо застывшее, маскообразное)	и при переключении от одной артикуляции к другой, т.е. страдает автоматизация артикуляционных движений	туды, утрированность, замедленность движений). Трудность выполнения и удержания артикуляционных укладов. Мимика вялая
Состояние акта приема пищи (жевание, глотание)	Акт приема пищи замедлен, но координирован	Грубо нарушены жевание, откусывание, глотание. Жевание часто заменяется сосанием. Нарушена координация между дыханием, жеванием, глотанием	Процессы жевания, глотания затруднены, дискоординированы	Жевание ослаблено
Разборчивость речи. Нарушения звукопроизношения	Разборчивость речи значительно снижена, часто речь трудно понять при незнании контекста. Звуки речи лишены четкого фонетического оформления. Невнятность согласных	Разборчивость речи значительно снижена, часто речь трудно понять при незнании контекста. Звуки речи лишены четкого фонетического оформления. Невнятность согласных звуков. Усредненность гласных. Слабость дифференциации губных, призубных;	Разборчивость снижена (речь невнятная, смазанная, порой малопонятная). Характерно отсутствие стабильных нарушений звукопроизношения (пропуски, замены, смещения звуков непостоянны). Много	Разборчивость речи снижена. Нарушены переднеязычные, губные, взрывные звуки

Форма дизартрии	Спастика-паретическая дизартрия	Спастика-ригидная дизартрия	Гиперкинетическая дизартрия	Атактическая дизартрия
	звуков. Усредненность гласных. Слабость дифференциации губных, призубных; твердых-мягких, звонких-глухих	твердых-мягких, звонких-глухих.	искажений звуков (щелевые и соноры)	
Нарушения дыхания	Нарушения речевого дыхания (речевой выдох укорочен и истощаем, вдох неглубокий)	Тяжелые нарушения дыхания	Тяжелые нарушения дыхания	Асинергия — асинхронность дыхания, голосообразования и артикуляции
Нарушения голоса	Голос недостаточной силы и звонкости (тихий, слабый, истощающийся, глуховатый). Может быть назализация (уже упомин.)	Голос тихий, глухой, сдавленный, напряженный	Голос напряженный, прерывистый, вибрирующий, изменяющийся по высоте, силе, звонкости. Может быть назализация	Голос истощающийся, затихающий к концу фразы; с носовым оттенком
Нарушения просодики	Снижена амплитуда голосовых модуляций, нет темпоритмических перебоев, необходимых для живой интонации (голос маломодулированный, монотонный)	Модуляций голоса почти нет. Тембр бедный. Темп чуть убыстренный	Мелодико-интонационная сторона речи нарушена, утрачен эмоциональный оттенок. Слабая выраженность или отсутствие голосовых модуляций (монотонность)	Модуляций голоса почти нет. Интонация практически отсутствует. Ритм скандированный. Темп замедленный
Вегетативные расстройства	Гиперсаливация	Гиперсаливация	Слюнотечения при «чистом» гиперкинетическом синдроме нет	Может быть гиперсаливация

III глава

Логопедическое обследование детей с дизартрическими расстройствами

Логопедическое обследование детей с дизартрическими (речедвигательными) расстройствами строится на общем системном подходе, который опирается на представление о речи как о сложной функциональной системе, структурные компоненты которой находятся в тесном взаимодействии. В связи с этим изучение речевого развития при дизартрии предполагает воздействие на все стороны речи. Важно учитывать соотношение речевых и неречевых нарушений (неврологической симптоматики) в структуре дефекта и определить сохранные механизмы речи.

Комплексное всестороннее обследование и оценка особенностей развития речевых, психических функций, двигательной сферы, деятельности различных анализаторных систем позволит дать объективную оценку имеющихся недостатков речевого развития и наметить оптимальные пути их коррекции. Важным условием комплексного воздействия является согласованность действий логопеда-дефектолога и невропатолога при обследовании и постановке диагноза.

В ходе логопедического обследования детей с речедвигательными нарушениями используют следующие методы:

- изучение медицинской и биографической документации (сбор и анализ анамнестических данных);
- наблюдение за ребенком (в обычной и специально организованной ситуации);
- беседа с родителями и ребенком;
- визуальный и тактильный контроль (ощупывание) в покое и в процессе речи;
- индивидуальный эксперимент;

— использование компьютерных игр при обследовании звукопроизношения, дыхательной и голосовой функций.

Прежде чем начинать обследование ребенка, важно всесторонне изучить медицинскую документацию (данные анамнеза) и проанализировать результаты обследования и заключение невропатолога (неврологический статус), желательно обсудив его с врачом. Особенностью логопедического обследования и анализа структуры речевого дефекта детей с дизартрией является принцип соотнесения расстройств артикуляционной моторики с общими двигательными нарушениями. При дизартрии артикуляционная моторика, особенности дыхания и голосообразования оцениваются в соответствии с общими моторными возможностями ребенка (отмечаются даже незначительные двигательные расстройства).

Совместно с невропатологом логопед изучает особенности общей моторики ребенка (удержание головы, свободные повороты ее в стороны, сидение, вертикальное положение стоя, самостоятельная ходьба, особенности походки) и функциональные возможности кистей и пальцев рук (опорная функция, ладонный и пальцевой захват, манипуляции с предметами, выделение ведущей руки, согласованность действий рук, тонкие дифференцированные движения пальцев).

При определении ведущего неврологического синдрома и степени его проявления в артикуляционной мускулатуре и моторике (речедвигательного синдрома) логопед опирается на заключение невропатолога. При этом необходимо отметить отсутствие или наличие патологических тонических рефлексов и их влияние на дыхание, голосообразование и артикуляцию.

Важно, чтобы при логопедическом обследовании ребенок был совершенно спокоен, не плакал, не был испуганным. Если ребенок плачет, кричит, вырывается из рук, это может отразиться на изменении (повышении) тонуса мышц, и представление о двигательных и речевых возможностях, которое получит логопед, будет ложным. В ходе обследования проводится тщательный анализ тех положений и движений, которые могут облегчать

или, наоборот, утяжелять речевую деятельность. Ребенка с тяжелыми двигательными нарушениями желательно уложить на удобную кушетку или ковер, проверив разные положения — на спине, на боку, на животе. В более легких случаях обследование проводится в положении «сидя» или «стоя».

Как и при всяком комплексном обследовании, важно оценить особенности развития познавательной деятельности (мышления, внимания, памяти), сенсорных функций (зрительного, слухового и кинестетического восприятия), проявления эмоционально-волевой сферы.

Логопедическое обследование включает в себя сбор данных об особенностях доречевого, раннего речевого и психического развития ребенка до момента обследования. Опираясь на данные медицинской документации и беседы с родителями, выясняется время появления и характер крика, гуления, лепета, а затем первых слов и простых фраз.

Обследование артикуляционного аппарата начинается с проверки строения его органов: губ, языка, зубов, твердого и мягкого нёба, челюстей. При этом логопед определяет, насколько их строение соответствует норме.

Необходимо оценить состояние тонуса мышц артикуляционного аппарата в покое, при попытках к речевой деятельности, в процессе речи, при мимических, общих и артикуляционных движениях. Состояние мышечного тонуса в органах артикуляции (лицевой, губной и язычной мускулатуре) оценивается при совместном осмотре логопеда и невропатолога. У детей с дизартрией нарушения тонуса артикуляционных мышц характеризуются спастичностью, гипотонией или дистонией. Нередко имеет место смешанный характер и вариабельность нарушений мышечного тонуса в артикуляционном аппарате (например, в лицевой и губной мускулатуре может быть выражена гипотония, а в язычной — спастичность). Отмечается наличие или отсутствие гипомимии, асимметрии лица, сглаженности носогубных складок, синкинезий, гиперкинезов лицевой и язычной мускулатуры, тремора языка, девиации (отклонения) языка в сторону, гиперсаливации.

Логопед оценивает произвольные движения артикуляционного аппарата во время еды (сосание, снятие пищи с ложки, питье из чашки, откусывание, жевание, глотание). Выясняются особенности нарушения акта приема пищи у ребенка: отсутствие или затруднение жевания твердой пищи и откусывания от куска; поперхивание и захлебывание при глотании.

Особое внимание обращается на состояние произвольной артикуляционной моторики. При проверке подвижности органов артикуляции ребенку предлагают различные задания по подражанию. Анализируя состояние подвижности речевых мышц, обращается внимание на возможность выполнения артикуляционных позиций, их удержания и переключения. При этом отмечаются не только основные характеристики артикуляционных движений (объем, амплитуда, темп, плавность и скорость переключения), но и точность, соразмерность выполнения движений, их истощаемость. Особенно подробно логопед оценивает объем артикуляционных движений языка (строго ограничен, неполный, полный); отмечается даже незначительное снижение амплитуды артикуляционных движений языка. У некоторых детей с ярко выраженными речевыми синдромами иногда не удается даже пассивно вывести язык из полости рта. Проверяется возможность произвольного высовывания языка, боковых отведений, облизывания губ, удержания широким, распластанным, верхнего подъема, пощелкиваний и т.д. Оценивается степень и граница глоточного рефлекса (повышение или понижение). Логопед анализирует особенности движений губ (малоподвижные или достаточно подвижные) и нижней челюсти (открытие и закрытие рта, умение удерживать рот закрытым).

Оценка понимания обращенной (импрессивной) речи является важнейшим этапом логопедического обследования. Логопед выявляет уровень понимания обращенной речи (различение интонации голоса взрослого, ситуативное понимание обращенной речи, на бытовом уровне, в полном объеме). Пассивный словарь проверяется на реальных предметах и игрушках, предметных и сюжетных картинках. При этом определяется понимание

смыслового значения слова, действия, простого и сложного сюжетов, лексико-грамматических конструкций, последовательности событий.

При обследовании собственной (экспрессивной) речи выявляется уровень речевого развития ребенка. Важно отметить возрастную сформированность лексической и грамматической сторон речи, усвоение различных частей речи, особенности слоговой структуры слов. У безречевых детей отмечается возможность использования ими различных невербальных средств общения: выразительной мимики, жестов, интонации.

При изучении произносительной стороны речи выявляется степень нарушения разборчивости речи (речь невнятная, малопонятная для окружающих; разборчивость речи несколько снижена, речь нечеткая, смазанная).

Подробно проверяется фонетико-фонематический строй речи. При обследовании звукопроизношения необходимо выявить умение ребенка произносить звуки изолированно, в слогах, в словах, в предложениях и особенно в речевом потоке. Следует отметить характер недостатков звукопроизношения: искажения, замены, пропуски звуков. Нарушения звукопроизношения сопоставляются с особенностями фонематического восприятия и звукового анализа. Важно отметить, определяет ли ребенок нарушения звукопроизношения в чужой и собственной речи; как он дифференцирует на слух нормально и дефектно произносимые им звуки.

Качество звукового расстройства у детей с дизартрией может быть различным. И.И. Панченко предложила выделять следующие формы звукового расстройства речи:

1 форма — фонетическое расстройство, проявляющееся в искажении звуков, но с сохранностью всех дифференциальных фонематических признаков звуков;

2 форма — фонетико-апраксическое расстройство, включающее как фонетические нарушения (искажения звуков), так и артикуляционную апраксию, выражающуюся в замене и пропусках звуков;

3 форма — фонетико-фонематическое расстройство с явлениями артикуляционной апраксии (кроме искажений звуков имеются множественные замены, пропуски звуков, нарушения слоговой структуры слов, неправильное грамматическое употребление фонем в конце слова).

Анализируя данные логопедического обследования, необходимо определить, к какой группе следует отнести выявленные у ребенка расстройства: к чисто фонетическим, к фонетико-фонематическим или к проявлениям общего недоразвития речи.

Далее отмечаются особенности нарушений дыхания (поверхностное, учащенное, неритмичное), голоса (недостаточность силы и отклонения тембра голоса) и просодической организации речевого потока.

Итак, в ходе логопедического обследования детей с дизартрией логопед должен выявить структуру речевого дефекта (соотношение речевых и неречевых нарушений), сопоставив его с тяжестью поражения артикуляционной и общей моторики, а также уровнем психического развития ребенка.

Проанализировав результаты комплексного обследования, логопед дает заключение, позволяющее судить о состоянии речевого дефекта на момент обследования. Желательно, чтобы логопедическое заключение (диагноз) ставилось (давалось) совместно логопедом и невропатологом.

Ниже приводится карта логопедического обследования детей раннего и дошкольного возраста с неврологической патологией, которая разрабатывалась и модифицировалась автором в течение более 15 лет в ходе многолетней практической работы логопедом в различных медицинских учреждениях (в детской психоневрологической больнице № 18 г. Москвы, в республиканском объединении по реабилитации детей-инвалидов «Детство», в «Мединцентре» при МИД РФ). Варианты этой карты неоднократно публиковывались ранее в разных пособиях, часто без ссылок на автора.

Карта логопедического обследования

Ф. И. О. _____

	Первичное обследование	Динамика
Дата обследования		
Возраст ребенка		
КОНТАКТ:		
в контакт не вступает		
контакт формальный (чисто внешний)		
контакт избирательный		
легко и быстро вступает в контакт, проявляет в нем заинтересованность		
ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВАЯ СФЕРА:		
пассивный, инертный		
повышенная эмоциональная возбудимость, раздражительность		
колебания настроения		
активный, бодрый, деятельный		
ВНИМАНИЕ:		
низкая концентрация и неустойчивость внимания (плохо сосредоточивается, с трудом удерживает внимание на объекте)		
недостаточно устойчивое, поверхностное, истощаемое		
плохое переключение внимания		
достаточно устойчивое		
ЗАПАС ОБЩИХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ:		
низкий		
несколько снижен		
соответствует возрасту		
РАБОТОСПОСОБНОСТЬ:		
снижена		
достаточная		

	Первичное обследование	Динамика
ДОРЕЧЕВОЕ И РАННЕЕ РЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ:		
протекало с выраженной задержкой		
протекало с задержкой		
нормальное (по возрасту)		
Время появления и особенности голосовых и речевых реакций:		
крик		
гуление		
лепет		
первые слова		
простые фразы		
ПОНИМАНИЕ ОБРАЩЕННОЙ РЕЧИ:		
не понимает обращенную речь		
понимание обращенной речи ограниченное (ситуативное)		
выполняет простые речевые инструкции		
понимание обращенной речи на бытовом уровне		
выполняет сложные речевые инструкции		
в полном объеме		
ПАССИВНЫЙ СЛОВАРЬ:		
название предметов (реальных и на картинках)		
понимание смыслового значения слова, действия		
понимание простого сюжета		
понимание лексико-грамматических конструкций		
ХАРАКТЕРИСТИКА СОБСТВЕННОЙ РЕЧИ		
(экспрессивная речь)		

	Первичное обследование	Динамика
1-й уровень речевого развития:		
полное отсутствие звуковых и словесных средств общения		
произносит отдельные звуки, звукокомплексы		
произносит несколько лепетных и общеупотребительных слов и звукоподражаний		
использует невербальные средства общения (выразительную мимику, жесты, интонацию)		
2-й уровень речевого развития:	.	
пользуется простой фразой		
аграмматичная, неразвернутая (упрощенная), структурно нарушенная фраза; активный словарь состоит из существительных, реже встречаются глаголы и прилагательные; предлоги употребляются редко; слоговая структура слов нарушена		
3-й уровень речевого развития:		
пользуется развернутой фразой; недостаточная сформированность лексико-грамматического строя речи (ошибки в падежных окончаниях, смешение временных и видовых форм глаголов, ошибки в согласовании и управлении); слоговая структура слов не нарушена; синтаксические конструкции фраз бедные; фонетико-фонематические нарушения		
4-й уровень речевого развития:		
лексико-грамматическая и фонетико-фонематическая недостаточность		
№ пользуется развернутой фразой; связная речь сформирована		

	Первичное обследование	Динамика
ОСОБЕННОСТИ РЕЧИ:		
проявляет склонность к эхолалии		
наличие речевых штампов (речь пустая, без содержания, часто не соотносится с выполняемыми действиями, не отражает истинных интеллектуальных способностей ребенка)		
ЛЕКСИКО-ГРАММАТИЧЕСКИЙ СТРОЙ РЕЧИ:		
СЛОВАРНЫЙ ЗАПАС:		
резко ограничен		
беден		
в пределах обихода		
достаточный		
ГРАММАТИЧЕСКИЙ СТРОЙ:		
не сформирован		
сформирован недостаточно		
сформирован (N)		
СВЯЗНАЯ РЕЧЬ:		
описание сюжетной картинки		
простой сюжет		
сложный сюжет		
составление рассказа по серии сюжетных картин		
пересказ текста		
творческий рассказ		
СЛОГОВАЯ СТРУКТУРА СЛОВ:		
не нарушена (N)		
Нарушения слоговой структуры слов:		
парафазии (замены звуков, слогов)		
элизии (пропуски звуков, слогов)		

	Первичное обследование	Динамика
итерации (повторения звуков, слогов)		
контаминации (часть одного слова соединяется с частью другого)		
персеверации (отсроченное повторение)		
перестановки звуков, слогов		
антиципации		

ФОНЕТИЧЕСКИЙ СТРОЙ РЕЧИ					
А	О	У	Ы	И	Э
К	К'	Г	Г'	Х	Х'
Й	М	М'	П	П'	Б
Б'	Ф	Ф'	В	В'	Т
Т'	Д	Д'	Н	Н'	С
С'	З	З'	Ц	Ш	Ж
Ч	Щ	Р	Р'	Л	Л'

	Первичное обследование	Динамика
Антропофонические (фонетические) дефекты звукопроизношения — искажения:		
усредненность гласных		
недостаток произношения свистящих		
недостаток произношения шипящих		
недостаток произношения соноров		
недостаток произношения губных		
недостаток произношения губно-губных		
недостаток произношения губно-зубных		
недостаток произношения средненёбных		
недостаток произношения заднеязычных		

	Первичное обследование	Динамика
недостаток произношения твердых согласных		
недостаток произношения звонких согласных		
изолированно произносит все звуки правильно, но при увеличении речевой нагрузки — общая смазанность речи		
фонетический строй речи сформирован достаточно (N)		
Фонологические дефекты (нарушение дифференциации звуков):		
замены		
смещения		
ФОНЕМАТИЧЕСКОЕ ВОСПРИЯТИЕ:		
нарушено		
сохранное		
Степень разборчивости речи:		
речь невнятная, смазанная, малопонятная для окружающих		
разборчивость речи несколько снижена, речь нечеткая		
разборчивость речи не нарушена (N)		
ДЫХАНИЕ:		
поверхностное, затрудненное		
неровное, неритмичное		
свободное		
Дифференциация носового и ротового выдоха		
ГОЛОС:		
Недостаточная сила голоса: тихий, слабый, истощающийся		
Нарушение тембра голоса:		
глухой, сдавленный		
хриплый		
назализованный		
напряженный		

	Первичное обследование	Динамика
дрожащий		
сильный, звонкий (N)		
<i>Синхронность дыхания, голосообразования и артикуляции:</i>		
нарушена		
сохранна		
Просодическая организация звукового потока:		
<i>Мелодико-интонационная сторона речи: N</i>		
нарушение интонационного оформления речи		
отсутствие голосовых модуляций (голос немодулированный)		
слабая выраженность голосовых модуляций (голос монотонный, маломодулированный)		
<i>Темп речи:</i>		
нормальный		
тахилалия		
брадилалия		
запинки		
заикание		
<i>Ритм речи:</i>		
нормальный		
растянутый		
скандированный		
СТРОЕНИЕ И ПОДВИЖНОСТЬ ОРГАНОВ АРТИКУЛЯЦИИ		
<i>Неврологический синдром нарушения артикуляционной моторики:</i>		
спастический парез		
тонические нарушения управления типа ригидности		
гиперкинезы		
атаксия		

	Первичное обследование	Динамика
апраксия		
ЛИЦЕВАЯ МУСКУЛАТУРА:		
гипомимия		
Тонус лицевой мускулатуры: N		
нарушение мышечного тонуса лица: спастичность		
гипотония		
дистония		
сглаженность носогубных складок		
асимметрия лица		
гиперкинезы лица		
ГУБЫ:		
N, толстые/тонкие; наличие расщелины		
Тонус губной мускулатуры: N		
Нарушение мышечного тонуса губ: спастичность		
гипотония		
дистония		
Подвижность: губы малоподвижные		
губы подвижные		
ЗУБЫ:		
крупные, мелкие, редкие, частые, нарушение зубного ряда, наличие лишних зубов, N		
прикус: передний открытый, боковой открытый, прогнатия, прогения, правильный		
ТВЕРДОЕ НЁБО:		
готическое, низкое, уплощенное, наличие расщелины, N		
МЯГКОЕ НЁБО:		
длинное/короткое		
подвижное/малоподвижное		

	Первичное обследование	Динамика
отклонение увуля		
Движение нижней челюсти:		
открывание/закрывание рта		
умение держать рот закрытым		
ЯЗЫК:		
толстый, маленький, узкий, раздвоенный		
невыраженность кончика, укорочение подъязычной связки		
Тонус язычной мускулатуры: N		
Нарушение мышечного тонуса языка:		
спастичность		
гипотония		
дистония		
гиперкинезы языка		
тремор языка		
девиация (отклонение) языка в сторону		
Объем артикуляционных движений языка:		
строго ограничен		
неполный		
снижение амплитуды артикуляционных движений		
в полном объеме		
Умение удержать артикуляционную позу		
Способность к переключению		
Произвольное высывание языка		
Подъем языка вверх		
Боковые отведения (вправо/влево)		
Пощелкивание		
Облизывание губ (круговые движения языка)		
Глоточный (рвотный) рефлекс:		
повышен		
N		

	Первичное обследование	Динамика
Наличие патологических рефлексов орального автоматизма		
Вегетативные расстройства:		
Гиперсаливация: постоянная		
усиливающая при определенных условиях		
Жевание:		
N		
отсутствие жевания твердой пищи		
затруднение жевания		
Глотание:		
не нарушено		
поперхивается, захлебывается при глотании		
ОБЩАЯ МОТОРИКА:		
Сформированность основных двигательных навыков:		
удержание головы		
самостоятельное сидение		
удержание вертикального положения стоя (у опоры / самостоятельно)		
ходьба с поддержкой		
самостоятельная ходьба		
нарушение походки		
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КИСТЕЙ И ПАЛЬЦЕВ РУК:		
направление руки к предмету		
захват предмета, его удержание в руке		
простейшие манипуляции с предметами		
свободное манипулирование предметами		
дифференцированные движения пальцев рук		
выделение ведущей руки (правая / левая)		

ЛОГОПЕДИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Варианты логопедического заключения для детей раннего возраста

Задержка речевого развития.

Задержка речевого развития на фоне спастико-паретического синдрома в мускулатуре и моторике артикуляционного аппарата.

Задержка речевого развития, дизартрия.

Задержка познавательного и речевого развития.

Задержка психоречевого развития.

Заключение (диагноз) «дизартрия» употребляется только тогда, когда у ребенка развивается собственная (экспрессивная) речь хотя бы на уровне слов и простых фраз. До этого момента (вне зависимости от возраста), если у ребенка отмечаются речедвигательные (неврологические) нарушения в мышцах и моторике речевого аппарата, то в заключении указывают «симптоматика спастического пареза в артикуляционной мускулатуре» или «спастико-паретический синдром в речевой моторике».

Варианты логопедического заключения для дошкольного возраста

1. Когда у ребенка с дизартрией отмечаются только фонетические нарушения:

- дизартрия;
- дизартрия: фонетический дефект;
- стертая спастико-паретическая дизартрия;
- средняя степень гиперкинетической дизартрии;
- неярко выраженная спастико-атактическая дизартрия.

2. Если при дизартрическом расстройстве отмечаются нарушения звукопроизношения и фонематических процессов:

- фонетико-фонематическое недоразвитие речи у ребенка с дизартрией;
- фонетико-фонематическое недоразвитие при дизартрии;

— фонетико-фонематическое недоразвитие у ребенка со стертой дизартрией.

3. Если у ребенка с дизартрией нарушены все компоненты речи:

— общее недоразвитие речи у ребенка с дизартрией;

— общее недоразвитие речи (II уровень) при дизартрии;

— общее недоразвитие речи (III уровень) у ребенка с легкой степенью дизартрии.

4. Если у ребенка с задержкой психического развития или умственной отсталостью отмечаются речедвигательные расстройства при нарушении всех компонентов речи:

— системное недоразвитие речи у ребенка с дизартрией.

IV глава

Специфика коррекционно-логопедической работы при дизартрии

4.1. Принципы, задачи и методы логопедической работы при дизартрии

Знание особенностей структуры нарушений у детей с дизартрией позволяет сформулировать основные принципы, определяющие последовательность и систему коррекционно-логопедической работы.

Единство диагностики и коррекции нарушений развития

Преодоление выявленного речедвигательного нарушения во многом зависит от правильности, точности и времени его установления. Логопедическое воздействие при дизартрии требует контроля за динамикой речевого развития ребенка и эффективностью выполнения коррекционной программы.

Речевая терапия основана на тесном единстве с лечебными мероприятиями, направленными на развитие двигательных функций. Сочетание логопедической работы с медицинскими мероприятиями (медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, ЛФК и др.) является важным условием комплексного воздействия специалистов медико-педагогического блока. Необходима согласованность действий логопеда-дефектолога, невропатолога, а иногда и врача ЛФК и их общая позиция при обследовании, постановке диагноза и медико-педагогической коррекции. С целью подбора наиболее эффективных и адекватных приемов коррекционного воздействия важно учитывать взаимосвязь речевых и двигательных расстройств при дизартрии, общность поражения артикуляционной и общей моторики. Например, необходимо подавлять патологическую рефлексорную активность как в речевой, так и в скелетной мускулатуре.

Необходимо одновременное развитие и коррекция нарушений артикуляционной моторики и функциональных возможностей кистей и пальцев рук. Это связано с положением анатомической близости корковых зон иннервации речевого аппарата с зонами иннервации мышц рук, особенно кисти и большого пальца. При дизартрии тяжесть нарушений артикуляционной моторики обычно коррелирует с тяжестью нарушений функции рук.

Очень важна стимуляция двигательного-кинестетического анализатора, что позволит сформировать управление артикуляционным праксисом (умение выполнять целенаправленные артикуляционные движения), развить навыки самоконтроля и адекватной самооценки действий, которые совершает ребенок (кинестетическое ощущение артикуляционной позы). При этом необходима опора на другие анализаторы (зрительный — выполнение артикуляционных упражнений перед зеркалом; слуховой — сопровождение движений четкой речевой инструкцией).

Необходимо гибкое сочетание различных видов и форм коррекционно-логопедической работы (индивидуальных, подгрупповых, фронтальных).

При коррекции дизартрических нарушений речи основная форма логопедической работы — индивидуальная. Прежде всего это касается таких методов логопедического воздействия, как дифференцированный логопедический массаж, пассивная артикуляционная гимнастика, искусственная локальная контрастотермия, а также начальные этапы дыхательной и голосовой гимнастики. Развитие речевого дыхания, голоса и просодики можно проводить на подгрупповых и фронтальных занятиях с детьми.

Активное вовлечение родителей ребенка во многом является залогом эффективности коррекционно-логопедического воздействия. Родители должны терпеливо и кропотливо вести систематическую работу по закреплению у ребенка полученных на занятиях логопедических навыков.

Задачи логопедической работы при дизартрии

Основная цель логопедической работы с детьми с дизартрическими расстройствами — улучшение разборчивости речевого высказывания, для того чтобы обеспечить ребенку лучшее понимание его речи окружающими. Для реализации этой цели необходимо:

- 1) уменьшение степени проявления двигательных дефектов речевого аппарата — спастического пареза, гиперкинезов, атаксии (в более легких случаях — нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата);
- 2) развитие речевого дыхания и голоса; формирование силы, продолжительности, звонкости, управляемости голоса в речевом потоке; выработка синхронности голоса, дыхания и артикуляции;
- 3) нормализация просодической системы речи (мелодико-интонационных и темпо-ритмических характеристик речи);
- 4) формирование артикуляционного праксиса на этапе постановки, автоматизации и дифференциации звуков речи;
- 5) развитие фонематического восприятия и звукового анализа (если нарушен не только фонетический строй речи, но и фонематические процессы);
- 6) нормализация лексико-грамматических навыков экспрессивной речи (при смешанном, сложном речевом расстройстве, проявляющемся в нарушении всех компонентов речи — не только фонетико-фонематических, но и лексико-грамматических);
- 7) развитие функциональных возможностей кистей и пальцев рук, коррекция нарушений мелкой моторики.

Установив диагноз на основании первичного логопедического обследования, логопед совместно с невропатологом разрабатывают тактику коррекционно-логопедического воздействия, определяют основные направления и формы работы, прогнозируют по возможности конечный результат логопедического воздействия, определяют противопоказания и

дозировку занятий. Для каждого ребенка желательно составить индивидуальную комплексную программу, включающую конкретные коррекционно-логопедические задачи на ближайшее время и перспективный план работы.

Логопедическую работу при дизартрических расстройствах следует начинать с ослабления проявления расстройств иннервации мышц речевого аппарата. Расширяя возможности движения речевых мышц, можно рассчитывать на их лучшее спонтанное включение в артикуляционный процесс.

При проведении коррекционно-логопедической работы с детьми с дизартрией целесообразно использовать следующие методы логопедического воздействия:

- дифференцированный логопедический массаж (расслабляющий или стимулирующий);
- зондовый, точечный, мануальный, щеточный массаж;
- пассивная и активная артикуляционная гимнастика;
- дыхательные и голосовые упражнения;
- искусственная локальная контрастотермия (сочетание гипо- и гипертермии).

4.2. Дифференцированный логопедический массаж

Дифференцированный логопедический массаж — часть комплексной медико-психолого-педагогической работы, направленной на коррекцию различных речевых расстройств. Массаж используется в логопедической работе с детьми с дизартрией, ринолалией, заиканием и голосовыми расстройствами. При этих формах речевой патологии (особенно при дизартрии) массаж является необходимым условием эффективности логопедического воздействия.

Логопедический массаж — это одна из логопедических технологий, активный метод механического воздействия. Массаж применяется в тех

случаях, когда имеют место нарушения тонуса артикуляционных мышц. Изменяя состояние мышц периферического речевого аппарата, он в конечном счете опосредованно способствует улучшению произносительной стороны речи.

Массаж может проводиться на всех этапах коррекционно-логопедического воздействия, но особенно значимо его использование на начальных этапах работы, когда у ребенка еще нет принципиальной возможности выполнить определенные артикуляционные движения.

Дифференцированный логопедический массаж могут осуществлять логопед, дефектолог, инструктор ЛФК, который прошел специальную подготовку (курсы повышения квалификации), владеет техникой массажа, имеет знания по анатомии и физиологии мышц речевого аппарата. Логопед по возможности может обучить родителей ребенка элементарным приемам массажа и пассивной артикуляционной гимнастики, предварительно объяснив родителям их необходимость и эффективность.

4.2.1. Задачи, показания, противопоказания и условия проведения логопедического массажа

О с н о в н ы е з а д а ч и л о г о п е д и ч е с к о г о
м а с с а ж а

1. Нормализация тонуса мышц артикуляционного аппарата (в более тяжелых случаях — уменьшение степени проявления двигательных дефектов артикуляционной мускулатуры: спастического пареза, гиперкинезов, атаксии, синкинезий).
2. Активизация тех групп мышц периферического речевого аппарата, в которых была недостаточная сократительная способность (или включение в процесс артикулирования новых групп мышц, до этого бездействующих).
3. Стимуляция проприоцептивных ощущений.
4. Подготовка условий к формированию произвольных, координированных движений органов артикуляции.
5. Уменьшение гиперсаливации.

6. Укрепление глоточного рефлекса.

7. Аfferентация в речевые зоны коры головного мозга (для стимуляции речевого развития при задержке формирования речи).

Логопедический массаж оказывает общее положительное воздействие на организм в целом, вызывая благоприятные изменения в мышечной и нервной системах, играющих основную роль в речедвигательном процессе. Под влиянием массажа повышается эластичность мышечных волокон, сила и объем их сократительной функции, работоспособность мышц.

Сущность массажа состоит в нанесении механических раздражений в виде поглаживания, пощипывания, растирания, разминания, поколачивания и вибрации. При легком, медленном поглаживании снижается возбудимость массируемых тканей, что оказывает успокаивающее, расслабляющее воздействие. Энергичные и быстрые движения при массаже повышают раздражимость массируемых тканей, сокращают мышцы.

Дифференцированное применение различных приемов массажа позволяет понизить мышечный тонус при спастичности мышц и, напротив, повысить его при гипотонии артикуляционной мускулатуры. Дифференцированный массаж помогает в дальнейшем формированию и осуществлению произвольных (активных), координированных движений органов артикуляции.

Логопедический массаж выполняется в области мышц головы, шеи, а также верхнего плечевого пояса. Особое внимание должно уделяться мышцам периферического речевого аппарата, к которым относятся прежде всего мышцы языка и губ, а также щек и мягкого нёба. Именно эти мышцы обеспечивают речепроизводство.

Логопедический массаж целесообразно применять по рекомендации врача, который проводит медицинскую диагностику. Медицинское заключение должно содержать указание на наличие неврологической симптоматики в артикуляционной мускулатуре, а также форму и степень проявления неврологического синдрома (спастический парез,

гиперкинетический, атактический, спастико-ригидный). Но даже имея медицинское заключение невропатолога, логопед должен уметь самостоятельно провести обследование состояния мышечного тонуса и строения органов артикуляции.

Известно, что часто у детей с неврологической патологией отмечается смешанный вариативный характер нарушений мышечного тонуса, т.е. в одних группах мышц может отмечаться спастичность, а в других — гипотония. В связи с этим в одних случаях будет необходим расслабляющий массаж, а в других — стимулирующий.

Логопеду нужно определить состояние тонуса следующих мышц: языка, губ, лица, шеи, верхнего плечевого пояса. Это устанавливается в ходе осмотра ребенка путем наблюдения и пальпации.

Противопоказаниями для проведения массажа являются инфекционные заболевания (в том числе ОРВИ, грипп), заболевания кожи, герпес на губе, стоматит, конъюнктивит. С большой осторожностью следует применять массаж у детей с эписиндромом (судорогами), особенно если ребенок плачет, кричит, вырывается из рук, у него «синеет» носогубный «треугольник» или отмечается тремор подбородка.

Логопедический массаж проводится в теплом, хорошо проветренном помещении. Обычно массаж рекомендуется проводить циклами по 10-15-20 сеансов, желательно каждый день или через день. После перерыва на 1-2 месяца цикл можно повторить. При определенных обстоятельствах, когда массаж невозможно делать часто и регулярно, допускается его проведение в течение более длительного времени, но реже. При выраженных нарушениях мышечного тонуса массаж можно проводить в течение нескольких лет (с небольшими перерывами).

Длительность одной процедуры может варьировать в зависимости от возраста ребенка, тяжести речедвигательного нарушения, индивидуальных особенностей и т.д. Начальная длительность первых сеансов составляет от 1-2 до 5-6 минут, а конечная — от 15 до 20 минут. В раннем возрасте массаж не

должен превышать 10 минут, в младшем дошкольном — 15 минут, в старшем дошкольном и школьном возрасте — 25 минут.

Во время массажа ребенок не должен испытывать боли и насилия. Однако у некоторых детей отмечается повышенная чувствительность всех или отдельных артикуляционных мышц. Одни дети испытывают неприятные ощущения в язычной мускулатуре (особенно под языком), у других детей — в лицевой мускулатуре или внутренней поверхности щек. Большинство детей достаточно быстро привыкают к процедуре массажа, неприятные ощущения при этом постепенно проходят.

Не нужно с первых встреч сразу укладывать ребенка в горизонтальное положение. Лучше поместить его в положение сидя (маленький ребенок может сидеть на коленях у мамы или в детском кресле, коляске в полуоткинутом положении).

Если ребенок негативно настроен или испуган, первые сеансы массажа должны быть очень короткими и ограничиваться при этом только массажем кистей и пальцев рук или легким поглаживанием лицевой мускулатуры. Логопед может на первых порах показать выполнение массажа на другом ребенке, с которым давно ведутся занятия, или на маме малыша.

Во время массажа используются различные отвлекающие средства: пение песенки, чтение сказки или стихотворения. Ребенок обязательно должен чувствовать мягкое, доброе отношение логопеда к нему.

Руки логопеда во время проведения массажа должны быть чистыми, теплыми, без воспалительных процессов, с коротко остриженными ногтями; желательно не надевать украшений (колец и браслетов), мешающих проведению массажа. Кожа лица и губ ребенка также должна быть чистой, а рот — свободным от крошек или остатков пищи. Массаж целесообразно проводить не раньше, чем через 2 часа после последнего приема пищи (особенно у детей с повышенным глоточным рефлексом).

П о л о ж е н и е т е л а п р и л о г о п е д и ч е с к о м
м а с с а ж е

Перед началом сеанса массажа тело ребенка необходимо привести в правильное положение. Правильная поза способствует нормализации мышечного тонуса (обычно — расслаблению), делает более свободным дыхание и облегчает работу логопеда. При логопедическом массаже наиболее оптимальны следующие положения:

1) в положении лежа на спине под шею ребенка подкладывается небольшой валик, позволяющий несколько приподнять плечи и откинуть назад голову; руки вытянуты вдоль тела; ноги при этом лежат свободно или несколько согнуты в коленях (под колени ребенка также можно положить валик);

2) ребенок — в положении полусидя в кресле с высоким подголовником;

3) ребенок — в положении полусидя в откидывающемся детском стульчике или сидячей коляске (это положение целесообразно применять с маленькими детьми первых лет жизни);

4) для детей, которые на первых сеансах боятся массажа или очень привязаны к маме, можно использовать положение сидя на коленях у взрослого.

При массаже лицевой и губной мускулатуры логопед занимает положение сидя за головой ребенка или справа от него. Массируя язык, специалисту удобнее сидеть справа от ребенка.

4.2.2. Расслабляющий массаж артикуляционной мускулатуры

Расслабляющий массаж артикуляционной мускулатуры применяют в случае повышения мышечного тонуса в речевых мышцах (в лицевой, губной, язычной мускулатуре). При расслабляющем массаже очень важен выбор позы для занятий с ребенком. Ребенку придают положения, в которых патологические тонические рефлексy проявлялись бы минимально или не проявились вовсе (поза 1). Тонус мышц лица, шеи, языка при этом несколько понизится.

Расслабление мышц шеи (пассивные движения головы).

Перед началом расслабляющего массажа артикуляционной мускулатуры, особенно в случае значительного повышения мышечного тонуса верхнего плечевого пояса и шеи, необходимо добиться расслабления этих мышц. Логопед совершает пассивные движения головой ребенка.

Положение ребенка на спине или полусидя, голова несколько свешивается назад:

а) одной рукой логопед поддерживает шею ребенка сзади, другой производит круговые движения головой сначала по часовой, затем против часовой стрелки;

б) медленными, плавными движениями логопед поворачивает голову ребенка в одну и в другую сторону, покачивает вперед (3-5 раз).

Расслабление шейной мускулатуры вызывает некоторое расслабление корня языка.

Расслабление оральной мускулатуры достигается легким поглаживанием, похлопыванием мышц лица, губ, шеи, языка. Движения проводятся двумя руками в направлении от периферии к центру. Движения должны быть легкими, скользящими, слегка прижимающими, но не растягивающими кожу. Каждое движение повторяется 5-8 раз.

Расслабление лицевой мускулатуры:

- 1) поглаживание от середины лба к вискам;
- 2) поглаживание от бровей к волосистой части головы;
- 3) поглаживание от линии лба вокруг глаз;
- 4) поглаживание бровей от переносицы в стороны до края волос, продолжая линию бровей;
- 5) поглаживание от линии лба вниз через все лицо по щекам, подбородку и шее;
- 6) поглаживание от нижнего края ушной раковины (от мочек уха) по щекам к крыльям носа;
- 7) легкие пощипывающие движения по краю нижней челюсти;

8) надавливающий массаж лица от корней волос вниз.

Расслабление губной мускулатуры:

- 1) поглаживание верхней губы от углов рта к центру;
- 2) поглаживание нижней губы от углов рта к центру;
- 3) поглаживание верхней губы (движение сверху вниз);
- 4) поглаживание нижней губы (движение снизу вверх);
- 5) поглаживание носогубных складок от крыльев носа к углам губ;
- 6) точечный массаж губ (легкие вращательные движения по часовой стрелке);
- 7) легкое постукивание губ пальцами.

При асимметрии лицевой мускулатуры артикуляционный массаж проводят с гиперкоррекцией пораженной стороны, т.е. на ней осуществляется большее число массажных движений.

4.2.3. Стимулирующий массаж артикуляционной мускулатуры

Стимулирующий массаж артикуляционной мускулатуры осуществляется при гипотонии мышц (с целью укрепления мышечного тонуса). Массажные движения проводятся от центра к периферии. Укрепление лицевой мускулатуры осуществляется путем поглаживания, растирания, разминания, пощипывания, вибрации. После 4-5 легких движений сила их нарастает. Они становятся надавливающими, но не болезненными. Движения повторяются 8-10 раз.

Укрепление лицевой мускулатуры:

- 1) поглаживание лба от середины к вискам;
- 2) поглаживание лба от бровей к волосам;
- 3) поглаживание бровей;
- 4) поглаживание по векам от внутренних к внешним углам глаз и в стороны;
- 5) поглаживание щек от носа к ушам и от подбородка к ушам;
- 6) сжимание подбородка ритмичными движениями;

7) разминание скуловой и щечной мышц (спиралевидные движения по скуловой и щечной мышцам);

8) перетирание щечной мышцы (указательный палец во рту, остальные снаружи);

9) пощипывание щек.

Укрепление губной мускулатуры:

1) поглаживание от середины верхней губы к углам;

2) поглаживание от середины нижней губы к углам;

3) поглаживание носогубных складок от углов губ к крыльям носа;

4) пощипывание губ;

5) покалывание губ.

Одним из приемов укрепляющего массажа является вибрация. Вибрацию можно производить ручным методом и при помощи механического прибора — вибратора. Передача тканям мелких, быстрых, чередующихся колебательных движений вызывает сильное сокращение мышц и придает им большую упругость, улучшает трофику тканей. Массаж продолжается 2-4 минуты (вибрация противопоказана детям с эписиндромом (судорогами)).

4.2.4. Массаж язычной мускулатуры

При спастичности языка производят расслабляющий массаж, при гипотонии языка — укрепляющий массаж. Спастичность язычной мускулатуры отмечается значительно чаще, чем гипотония языка. При гипотонии приемы массажа более активные, интенсивные, чем при спастичности.

При спастичности языка для снижения тонуса язычной мускулатуры перед массажем можно подержать во рту (2-3 раза) теплый настой трав (1 ч. л. крапивы, 1 ч. л. зверобоя, 1 ч. л. ромашки, 1 ч. л. чая на 0,5 л кипятка).

Массаж языка можно осуществлять различными способами:

1) зондовый массаж (используются зонды Е. В. Новиковой или постановочные зонды Рау);

- 2) пальцевый массаж (в напальчнике или через марлевую салфетку);
- 3) массаж деревянным или металлическим шпателем;
- 4) массаж зубными щетками (различными по материалу, форме, жесткости щетины, размеру). При массаже используются как щетина, так и палочка щетки.

Перед началом массажа языка нужно выяснить степень и границу глоточного (рвотного) рефлекса. В случае его повышения во время каждого последующего массажа необходимо понемногу заходить за границу глоточного рефлекса. Массаж языка не следует проводить после кормления ребенка.

Во время массажа языка рот ребенка открыт. Логопед сначала делает массаж в полости рта, затем вне полости рта (попросив высунуть язык) и, наконец, удерживая язык марлевой салфеткой.

Приемы массажа языка (направление массажных движений):

- 1) поглаживание языка в различных направлениях:
 - от корня языка к кончику (воздействие на продольные мышцы);
 - от центра языка к боковым краям (поперечные мышцы);
 - круговые, спиралевидные движения;
- 2) похлопывание языка начиная* с кончика, продвигаясь постепенно к корню и обратно (ритмичные надавливания воздействуют на вертикальные мышцы);
- 3) «прокачивание» — легкие вибрирующие движения, передаваемые языку через зонд (шпатель или щетку);
- 4) массаж верхнего подъема языка, растягивая уздечку (движение снизу вверх под языком);
- 5) покалывание языка (игольчатым зондом);
- 6) «перетирание» языка марлевой салфеткой или чистым носовым платком (в случае повышенной чувствительности ребенка к марле);
- 7) распластывание языка маленькой клизмой-спринцовкой (сложенная два раза большая часть клизмы — во рту, кончик — снаружи).

4.3. Пассивная и активная артикуляционная гимнастика

Артикуляционная гимнастика проводится сначала в пассивной форме, затем в пассивно-активной и, наконец, в активной форме.

Пассивная артикуляционная гимнастика

Пассивная артикуляционная гимнастика проводится после массажа. Логопед выполняет пассивные движения органов артикуляции. Их целью является включение в процесс артикулирования новых групп мышц, до этого бездействующих, или увеличение интенсивности мышц, ранее включенных. Это создает условия для формирования произвольных движений речевой мускулатуры. Направление, объем и траектория пассивных движений те же, что и активных. Они отличаются от активных движений тем, что время включения и выключения из движения, фиксация не зависят от ребенка. Ребенок производит артикуляционное движение только при помощи механического воздействия — под нажимом рук логопеда или шпателя, зонда. Пассивные движения нужно производить плавно, медленно, с постепенным увеличением нагрузки.

Логопед оформляет схему артикуляционного движения, по возможности объясняя ее ребенку, требуя от него зрительного контроля. Пассивные упражнения осуществляются сериями по 3-5 движений. Ребенку предлагается осознать 3 стадии каждого движения: вход, фиксация, выход. Нужно постепенно воспитывать способность зрительно контролировать и оценивать каждое движение, ощущать и запоминать его.

Желательно, чтобы пассивная гимнастика сопровождалась зрительным контролем и речевой инструкцией («Твой язык сейчас внизу. Посмотри в зеркало, почувствуй это положение»).

Когда пассивные движения становятся более свободными, механическая помощь сокращается. Таким образом происходит переход к пассивно-активным упражнениям. Постепенно, если ребенок самостоятельно может выполнить необходимые артикуляционные движения, удерживать

определенные положения языка и губ, произвольно менять их, переходят к активной артикуляционной гимнастике.

Пассивная гимнастика языка:

- 1) выведение языка из ротовой полости вперед;
- 2) вытягивание языка назад;
- 3) опускание языка вниз (к нижней губе);
- 4) поднимание языка вверх (к верхней губе);
- 5) боковые отведения языка (влево и вправо);
- 6) придавливание кончика языка ко дну ротовой полости;
- 7) приподнимание кончика языка к твердому нёбу;
- 8) легкие, плавные, покачивающие движения языка в стороны.

Пассивная гимнастика губ:

- 1) собирание верхней губы (поместив указательные пальцы обеих рук в углы губ, проводят движение к средней линии);
- 2) собирание нижней губы (тем же приемом);
- 3) собирание губ в трубочку («хоботок»), производя движение к средней линии;
- 4) растягивание губ в «улыбку», фиксируя пальцы в углах рта;
- 5) поднимание верхней губы;
- 6) опускание нижней губы;
- 7) смыкание губ для выработки кинестетического ощущения закрытого рта;
- 8) создание различных укладов губ, необходимых для произнесения гласных звуков [a], [o], [y], [u], [ы], [э].

Активная артикуляционная гимнастика

При проведении артикуляционной гимнастики большое значение придается тактильно-проприоцептивной стимуляции, способствующей развитию статико-динамических ощущений и четких артикуляционных кинестезий. Осуществляя принцип компенсации, на первых этапах работы используют максимальное подключение различных анализаторов

(зрительного, слухового, тактильного). Тактильный анализатор играет существенную роль в кинестетическом восприятии, поэтому массаж и пассивную гимнастику проводят перед активной артикуляционной гимнастикой. Далее для развития более четких и дифференцированных артикуляционных кинестезий постепенно исключают участие тактильного анализатора, зрения и слуха. Многие упражнения можно проводить с закрытыми глазами, акцентируя внимание ребенка на проприоцептивных ощущениях.

При выполнении активных артикуляционных движений в мимической, губной и язычной мускулатуре важно формировать полноту объема движений, дифференцированность включения различных мышц, плавность, симметричность движений, скорость включения и переключения. Необходимо развивать произвольность, дифференцированность артикуляционных движений и контроль за их выполнением.

Упражнения для развития мимических мышц лица:

- 1) закрывание (обычное и плотное) и открывание глаз;
- 2) нахмуривание бровей;
- 3) поднимание бровей (образование продольных морщин);
- 4) надувание щек;
- 5) проглатывание слюны;
- 6) открывание и закрывание рта;
- 7) жевательные движения.

Упражнения для развития губной мускулатуры:

- 1) вытягивание губ вперед трубочкой;
- 2) растягивание их в стороны;
- 3) чередование движений «хоботок» — «оскал»;
- 4) смыкание губ (обычное и плотное) при сомкнутых и разомкнутых челюстях;
- 5) размыкание губ при закрытом и открытом рте;
- 6) мгновенное смыкание губ с разрывом (типа «поцелуй»);

7) вялый губной выдох (струя воздуха направлена под губы, щеки надуваются не напряженно);

8) целевой губной выдох (в определенном направлении с напряженными и расслабленными щеками);

9) поднятие верхней губы с обнажением зубов (плаксивое выражение лица).

Для создания большей иннервационной активности, для повышения степени кинестетического чувства речевого аппарата, для увеличения объема артикуляционных движений можно использовать следующие задания:

— выталкивание языком марлевой салфетки, засунутой за щеку (попеременно слева и справа);

— перемещение в полости рта предметов различного размера, фактуры и формы (пуговицы, шарики и т.д.);

— удержание губами различных предметов (пробка, марля); далее — упражнение с сопротивлением (логопед пытается отобрать предметы легкими рывками).

Особенно большая работа должна проводиться над мышцами языка. Необходимо развитие общих, менее дифференцированных движений языка, а затем формирование тонких и дифференцированных движений языка, активизация его кончика, отграничение языка и нижней челюсти.

Упражнения для язычной мускулатуры:

- 1) прикосновение кончиком языка к краю нижних зубов;
- 2) выдвигание языка вперед;
- 3) втягивание языка назад, внутрь;
- 4) опускание языка вниз;
- 5) приподнимание языка вверх;
- 6) боковые отведения (вправо и влево);
- 7) приподнимание вверх и прижимание средней части языка к боковым зубам верхней челюсти;
- 8) суживание языка и заострение его;

9) переключение различных позиций.

Далее переходят к специальным упражнениям, имеющим артикуляционное значение для постановки звуков.

4.4. Искусственная локальная контрастотермия

Метод искусственной локальной контрастотермии применяется для уменьшения спастичности мышц артикуляционного аппарата, гиперкинезов язычной и мимической мускулатуры, а также при артикуляционной апраксии. Этот метод заключается в контрастотермальном воздействии низкотемпературных (криомассаж) и высокотемпературных (термомассаж) агентов. В качестве низкотемпературных агентов выступают ледяная крошка или очень холодная вода, а высокотемпературных — горячая вода или настой трав.

Гипотермию (криомассаж) и гипертермию (тепло-массаж) можно применять поочередно или избирательно. Существуют различные варианты их применения:

- только гипотермия (криомассаж);
- только гипертермия (тепломассаж);
- гипотермия, затем гипертермия;
- попеременное использование крио- и теплоаппликаций.

Искусственная локальная гипотермия осуществляется следующим образом: ледяную крошку в марле накладывают поочередно на мышцы артикуляционного аппарата (круговую мышцу рта, большую скуловую мышцу, подбородок в области подчелюстной ямки, язычную мускулатуру). При ИЛГ на мышцы языка логопед удерживает язык марлевой салфеткой (обязательно воздействуя на корень, спинку, кончик, боковые края языка).

Продолжительность экспозиции ледяной аппликации во время одного сеанса от 2 до 7 минут (время экспозиции увеличиваем постепенно). Одномоментное наложение льда на одну из заинтересованных зон

криовоздействия — от 5 до 20 секунд. Курс лечения составляет 15-20 сеансов, проводимых ежедневно.

Аналогично проводится гипертермия (тепломассаж артикуляционной мускулатуры). При этом можно использовать теплоэлектромассажер.

Для активизации центральных отделов речедвигательного анализатора и для речевой афферентации контрастотермальное воздействие можно применять не только на артикуляционную мускулатуру, но и на мышцы верхних конечностей (особенно кисти правой руки).

4.5. Развитие дыхания и коррекция его нарушений (дыхательная гимнастика)

Важным разделом логопедической работы при дизартрии является развитие дыхания и коррекция его нарушений.

Коррекция нарушений дыхания начинается с общих дыхательных упражнений, целью которых является увеличение объема, силы и глубины вдыхаемого и выдыхаемого воздуха и нормализация ритма дыхания.

Логопед проводит с ребенком пассивные дыхательные упражнения. Во время проведения дыхательной гимнастики можно включить или напевать тихую плавную мелодию или спокойно, ласково рассказывать что-либо ребенку. Разработка дыхания проводится в различных положениях ребенка: лежа на спине, сидя, стоя. С детьми младенческого и раннего возраста, а также при тяжелых двигательных нарушениях дыхательные упражнения необходимо проводить в положении лежа на спине в «рефлекс-запрещающих позициях».

Целесообразно использовать следующие дыхательные упражнения.

1. В положении лежа на спине путем легкого поглаживания тела и, прежде всего, верхнего плечевого пояса, а также потряхивания конечностей ребенка достигают некоторого расслабления скелетной мускулатуры. Захватив кисти рук ребенка и слегка потряхивая ими, логопед разводит руки

в стороны, поднимает их вверх (вдох), затем опускает вперед, прижимая руки к туловищу и легко надавливая на грудную клетку (выдох).

2. В положении лежа на спине в ритме дыхания, осторожно потряхивая ноги ребенка, их вытягивают, разгибают (при этом происходит вдох), а сгибание их в коленях и приведение к животу усиливает и удлиняет выдох. Для активизации работы диафрагмы это упражнение можно проводить при заведении рук ребенка под голову.

3. Одновременно с поворотом головы ребенка в сторону логопед отводит в соответствующую сторону и его руку (вдох). Слегка потряхивая руку, возвращают руку и голову в исходное положение (выдох). Это упражнение способствует выработке ритмичности движения и дыхания.

4. Ребенок лежит на животе, руки под грудью опираются на твердую поверхность, голова опущена. Логопед поднимает голову и плечи при опоре на руки (вдох), затем опускает их (выдох). Необходимо стремиться к активному включению ребенка в упражнение с помощью игры («Вот наш малыш! Ку-ку, наш малыш спрятался»).

5. В положении ребенка лежа или сидя логопед кладет свои руки на грудные мышцы ребенка, прислушивается к ритму дыхания. В момент выдоха нажимает на грудную клетку, как бы препятствуя вдоху (в течение нескольких секунд). Это упражнение способствует более глубокому и быстрому вдоху и удлиненному выдоху.

6. Ребенок лежит или сидит. Перед его ноздрями создается «веер воздуха», что усиливает глубину вдоха.

7. Ребенка просят как можно дольше задержать вдох, добиваясь таким образом более быстрого и глубокого вдоха и медленного выдоха.

В зависимости от возраста и функциональных возможностей длина вдоха и выдоха устанавливается индивидуально. При выполнении любого пассивного движения желательно проводить афферентную стимуляцию различных анализаторов (слухового, зрительного, кинестетического). Активизируя деятельность ребенка, необходимо сосредоточить его внимание

на выполнении упражнения. Ребенок должен не только ощутить движение, но и услышать речевую инструкцию к нему и по возможности увидеть его выполнение (в зеркале).

Для работы по овладению произвольным дыханием, чтобы ребенок мог произвольно менять ритм, удерживать вдох и удлинять выдох, требуется длительная тренировка, основанная на непроизвольных дыхательных движениях. Например, ребенок непроизвольно глубоко вздохнул или зевнул, логопед фиксирует его внимание на углубленном вдохе и выдохе («Ах, как ты умеешь глубоко дышать! А ну давай попробуем подышать еще так сильно»). Ребенок пытается повторить только что возникшее непроизвольное дыхательное движение. Так происходит постепенный переход от безусловных рефлекторных реакций к произвольным активным дыхательным движениям.

Непроизвольного выдоха можно достичь следующими упражнениями:

1) логопед надавливает на плечи сидящему ребенку и предлагает ему подняться. Ребенок, пытаясь сделать это, сильно упирается ногами в пол, выпрямляет спину, останавливает дыхание. Однако логопед, ослабив давление, все-таки дает ему подняться. В это время ребенок непроизвольно делает глубокий облегченный выдох. Такое упражнение повторяют не менее 5 раз, до получения контролируемого выдоха. Незаметно для себя ребенок уже и вдох делает гораздо глубже, чем вначале;

2) логопед легко надавливает сидящему ребенку на спину и предлагает ему опрокинуться назад на руки логопеда. Ребенок вынужден сильно напрячь мышцы живота, конечностей, межреберные мышцы и задержать вдох. Позволив ребенку откинуться, логопед добивается непроизвольного глубокого выдоха. После ряда попыток ребенок повторяет глубокий выдох уже сознательно. В определенный момент ребенку предлагают повторить вслед за логопедом озвученный выдох, напоминающий стон (слышимое фонаторное усилие).

Перечисленные и другие упражнения углубляют дыхание, делают его более ритмичным, усиливают вентиляцию легких, способствуют функционированию дыхательного центра. Но все они являются только необходимой подготовкой для дальнейшей работы над постановкой и развитием речевого дыхания.

При развитии речевого дыхания логопед проводит работу, направленную на дифференциацию носового и ротового вдоха и выдоха. Необходимо сделать ротовой выдох по возможности более произвольным, длительным, ритмичным. Все упражнения логопед выполняет вместе с ребенком:

1) для тренировки вдоха и выдоха через рот логопед закрывает ноздри ребенка и просит его: «Давай подышим, как собачка»;

2) для тренировки носового вдоха и выдоха логопед закрывает рот ребенка, придерживая сомкнутые губы пальцами. Детям дошкольного возраста дается инструкция: «Не открывай рот. Вдыхай глубоко и выдыхай длительно через нос». Через некоторое время ребенок начинает сам следить за положением своего рта. При отработке вдоха через нос можно провести игру «Давай понюхаем цветочек»;

3) рот закрыт. Логопед зажимает одну ноздрю, и ребенок дышит под определенный ритм (счет или стук метронома); потом зажимает другую ноздрю, и повторяется тот же цикл дыхательных упражнений;

4) для формирования удлиненного произвольного выдоха через нос учить правильно сморкаться;

5) для закрепления удлиненного произвольного выдоха (через рот) необходимо максимально опираться на кинестетические ощущения. Ребенок должен «видеть и слышать» свой выдох. С этой целью рекомендуется дутье через трубочку, соломинку, пипетку в воду. Ребенок дует и смотрит, как появляются пузыри. Затем дует с закрытыми глазами (для усиления кинестетических ощущений). Логопед дает инструкцию ребенку: «Делай

большие пузыри, смотри, слушай», «Делай попеременно один маленький, один большой пузырь»;

6) для формирования произвольного направленного выдоха через рот большое значение имеют специальные игры-упражнения: выдувание мыльных пузырей, задувание свечей, сдувание со стола мелких пушинок и бумажек, дутье в дудочку, свисток, губную гармошку. Можно провести игры «Чья птичка дальше улетит», «Одуванчик», «Чей пароход дольше гудит». Игры подбираются дифференцированно в зависимости от возраста и характера нарушения дыхания;

7) ротовой выдох можно поддержать ощущением воздуха на руке. Вначале на руку ребенка дует логопед, привлекая его внимание к ощущению воздуха: «Ты чувствуешь ветер?» Затем на свою руку дует сам ребенок;

8) наконец, очень важно научить ребенка произвольно вдыхать через нос и выдыхать через рот.

Позже, в момент ротового выдоха, логопед произносит различные гласные звуки (сначала шепотом, потом громко), стимулируя ребенка подражать ему. С целью увеличения длины ротового выдоха ребенок произносит постепенно удлиняющиеся цепочки гласных на одном выдохе.

При проведении дыхательной гимнастики нельзя переутомлять ребенка. Необходимо следить за тем, чтобы он не напрягал шею, плечи, не принимал неверную позу. Следует концентрировать внимание ребенка на ощущениях движений диафрагмы, межреберных мышц, продолжительности произвольного вдоха и выдоха. Нужно следить за плавностью и ритмичностью дыхательных движений. Дыхательная гимнастика должна проводиться до еды, в хорошо проветренном помещении.

4.6. Развитие голоса и коррекция его нарушений

Формирование голоса проходит в рамках ортофонического метода, который предусматривает соединение артикуляционных, дыхательных и

вокальных упражнений, целью которых является развитие координированной деятельности дыхания, голосообразования и артикуляции.

Работа над голосом всегда начинается с общего мышечного расслабления, артикуляционного массажа и артикуляционной гимнастики. При вызывании голоса большое внимание уделяется нормализации позиции головы, расслаблению мышц верхнего плечевого пояса (круговые движения головой по часовой и против часовой стрелки — для расслабления шейно-гортанных мышц).

Для включения в движение невидимых нёбно-глоточных, гортанных и подъязычных мышц, необходимых для зонирования, а также для повышения активности этих мышц проводятся следующие упражнения.

1) гимнастика языка с преодолением сопротивления. Ребенку предлагается максимально вытянуть язык. Если он не может сделать это самостоятельно, логопед помогает ему. Затем ребенок пытается втянуть язык внутрь ротовой полости, а логопед легкими рывками вытягивает его.

2) открывание рта с преодолением сопротивления (логопед держит руку под челюстью ребенка).

3) запрокидывание головы с преодолением сопротивления (логопед держит руку под затылком ребенка) и опускание головы вниз с преодолением сопротивления (рука логопеда на лбу ребенка).

Нормальное голосообразование возможно в том случае, если ребенок может открывать и закрывать рот, опускать нижнюю челюсть, имитировать жевательные движения. Логопед стимулирует поднятие нижней челюсти путем легкого ритмичного постукивания по подбородку. Постепенно ребенок овладевает умением самостоятельно поднимать нижнюю челюсть. После этого ребенок учится опускать нижнюю челюсть сначала с помощью логопеда, затем самостоятельно. При опускании нижней челюсти можно одновременно произносить различные звуко сочетания, например «карр-карр».

Для укрепления мышц нёбной занавески с целью активизации движений мягкого нёба используют следующие упражнения с чередованием ее расслабления и напряжения:

- произвольное глотание капель воды;
- стимуляция зевания и кашлеподобных движений;
- произнесение гласного [а] на твердой атаке (далее — слогов со звонкими согласными *ба, да, га, ва*);

попеременное произнесение: *м-па-м-па...*, *м-бай-м-бай...*

При логопедической работе по развитию голоса полезно использовать совместное с логопедом пение, выразительную декламацию, медленное попеременное (то шепотом, то громко) произнесение гласных, согласных, слогов. Одновременно необходимо тренировать увеличение длины речевого выдоха: сначала на одном выдохе произносится по одному гласному звуку ([а], [о], [у], [э]) потом — по два ([а] — [э], [о] — [у], [у] — [ы], [э] — [и]), затем -по три ([а] — [э] — [о], [о] — [у] — [и]) и четыре и т.д. Потом произносятся слоги с удлинением их цепочек, затем слова и, наконец, стихотворения.

Важное значение имеют упражнения по развитию силы, тембра и высоты голоса. В процессе работы необходимо формировать у детей произвольное изменение силы голоса от громкого до тихого, и наоборот, усиление и ослабление голоса при увеличении длительности звучания. Примером подобных упражнений может быть счет с постепенным усилением голоса (прямой счет) и с его ослаблением (обратный счет), а также произнесение букв в алфавитном порядке, чтение стихотворений с постепенным усилением и ослаблением голоса:

В лесу кричу: «Ау! Ау!» (громко)

А мне в ответ: «Ау! Ау!» (тихо)

Горе кричу: «Ау! Ау!» (громко)

Гора в ответ: «Ау! Ау!» (тихо)

Для развития высоты, силы и тембра голоса большое значение имеет использование различных логопедических игр («Эхо», «В лесу», «Ветер»), чтение сказок по ролям, игры-инсценировки («Волк и семеро козлят», «Теремок», «Колобок»). Логопед учит детей подражать голосам героев сказок. Например, при инсценировке сказки «Три медведя» один ребенок подражает голосу Михаила Ивановича (низкий, грубый голос), другой — Настасьи Петровны (голос средней высоты, мягкий, ласковый), третий ребенок говорит голосом Мишутки (высокий, тоненький).

4.7. Развитие просодики и коррекция ее нарушений

Работа по формированию просодической стороны речи и работа по развитию голоса неразрывно связаны между собой. При развитии мелодико-интонационной стороны речи особое значение имеет навык управления движением голоса вверх-вниз, поэтому очень важно научить ребенка пользоваться голосом различной высоты. Нужно постепенно формировать умение повышать и понижать голос в пределах звука, слога, слова и фразы.

При формировании мелодико-интонационной стороны речи важным разделом является работа над логическим ударением (выделение слов, наиболее важных по смыслу). Детям предлагается выделять слова, на которые падают ударения, голосом и движением — хлопаньем в ладоши, притоптыванием (Мама мыла Таню. Мама мыла Таню. Мама мыла Таню).

На логопедических занятиях большое внимание уделяется формированию у детей умения пользоваться повествовательной, вопросительной, восклицательной и повелительной интонацией. Совместно с логопедом ребенок проговаривает стихи и тексты с нужной интонацией:

Сказала тетя: (повествовательно)

Фи, футбол! (восклицательно, с оттенком брезгливости)

Сказала мама: (повествовательно)

Фу, футбол! (восклицательно, с оттенком пренебрежения)

Сестра сказала: (повествовательно)

Ну, футбол! (восклицательно, с оттенком растерянности)

А я ответил: (повествовательно)

Во, футбол! (восклицательно, радостно).

Кроме того, необходимо развивать у детей естественные интонации, выражающие различные эмоциональные состояния: радость, удивление, испуг. Одним из средств выражения эмоций является произнесение междометий. Их воспроизведение можно сопровождать различными произвольными движениями и мимическими реакциями ребенка:

Ай! — руки прижать к себе, на лице выражение испуга;

Ай-я-яй! — укоризненно покачать головой и погрозить пальцем;

Ой! — на лице радость, всплеснуть руками и поднести их к лицу;

Ой-е-ей! — покачать головой с сожалением, руки развести в стороны;

Эй! — радостный окрик, руку вытянуть вверх;

Эй-е-ей! — радостно крикнуть и приветливо помахать рукой.

Развитию мелодико-интонационной стороны речи, гибкости, модуляций голоса способствуют игры-инсценировки и чтение сказок по ролям.

В процессе развития просодики проводится работа по формированию и коррекции нарушений темпо-ритмических характеристик речи. Ритм организует не только двигательную активность, но и слово, руководит как темпом, так и динамическими особенностями речи. В работе над темпом и ритмом можно использовать такие движения, как отхлопывание и притоптывание. Допускается отстукивание ритма одной или двумя ногами, отхлопывание в ладоши или одной рукой по телу или столу. При этом ударному слогу соответствует более громкий хлопок или удар ногой по полу, неударному — тихий.

Важным разделом работы является восприятие и воспроизведение ритма стихотворений. Необходимо прослушать текст стихотворения, его ритм, отхлопать ритм, затем проговорить стихотворение сначала с одновременным отхлопыванием ритма, а потом без него. При работе над

темпом речи важно проговаривание речевого материала в заданном темпе (от замедленного к убыстренному с постепенным наращиванием).

С детьми дошкольного и школьного возраста развитие дыхания, голоса и просодики можно проводить не только на индивидуальных занятиях, но и на подгрупповых и фронтальных логопедических занятиях (под музыку, счет и т.д.).

4.8. Коррекция нарушений звукопроизношения

При коррекции нарушений звукопроизношения используется принцип индивидуального подхода. Важно выявить компенсаторные возможности ребенка, т.е. сохранные артикуляционные движения, звуки, слоги и слова, которые произносятся правильно. В первую очередь для коррекции выбираются те звуки, которые у ребенка максимально приближены к правильному произнесению, или те, артикуляционные уклады которых наиболее просты.

Особенностью логопедической работы при дизартрии являются значительно более длительные сроки отработки каждого звука и соблюдение определенной последовательности в работе над звуками.

Последовательность работы над звуками определяется степенью доступности звуков для произношения (легкость артикуляции) и постепенностью перехода от меньших произносительных трудностей к большим.

Прежде чем приступить к формированию артикуляционного праксиса на этапах постановки, автоматизации и дифференциации звуков, необходимо развитие или уточнение фонематических процессов. Перед вызыванием и постановкой звуков нужно добиться их различения на слух.

При коррекции нарушений звукопроизношения выделяют следующие этапы логопедической работы.

1. Развитие новых произносительных умений и навыков.

Логопед должен моделировать основные артикуляционные уклады (дорсальный, какуминальный, альвеолярный, нёбный). Каждая из этих позиций определяет соответственно артикуляции свистящих, шипящих, сонорных и нёбных звуков. Когда ребенок овладеет рядом артикуляционных движений, логопед переходит к выработке серии последовательных движений, выполняемых четко, утрированно, с опорой на зрительный, слуховой, кинестетический контроль.

Последовательность действий и инструкций логопеда могут быть следующие:

«Смотри в зеркало, как делаю я»;

«Смотри в зеркало на себя и выполняй упражнение «Заборчик» («Трубочка», «Лопата»»);

«Посмотри внимательно на себя в зеркало. В каком положении губы, язык?»;

«Выполни это движение еще раз».

Такая последовательность движений направлена на формирование четких кинестезий и тем самым способствует уменьшению апраксических нарушений, имеющих место при дизартрии.

Постепенно у ребенка подготавливается артикуляционная база для уточнения или вызывания нарушенных звуков.

2. Определение последовательности логопедической работы по коррекции нарушений звукопроизношения.

При дизартрии в зависимости от наличия у детей патологической симптоматики в артикуляционной моторике, от степени ее выраженности логопед индивидуально определяет последовательность работы над звуками. В ряде случаев не стоит придерживаться традиционного порядка, рекомендуемого постановку с нарушенных свистящих звуков. Работая по коррекции звукопроизношения при дизартрии, целесообразно вызывать ту группу звуков, артикуляционный уклад которых «созрел» прежде всего. У многих детей с речедвигательными расстройствами сначала лучше

осуществляется постановка и дальнейшая автоматизация более «сложных» звуков, например шипящих или сонорных. При этом свистящие звуки будут корректироваться позже, после «созревания» дорсальной позиции, являющейся часто для детей с дизартрией одной из самых трудных.

3. Постановка или стимуляция непосредственного вызывания изолированного звука.

Эта работа при дизартрии проводится так же, как и при любом другом фонетическом нарушении, в том числе и при дислалии. Логопед использует классические приемы постановки звуков (по подражанию, механическим, смешанным способами). Время и способы постановки звуков выбираются индивидуально. В некоторых случаях достаточно только «уточнить» обрабатываемый звук.

Одним из приемов постановки звуков при дизартрии является метод фонетической локализации. У ребенка вызывается «аналог» звука, не совпадающий полностью по своим акустическим и артикуляционным признакам с эталоном правильной речи, но вместе с тем четко противопоставленный всем остальным звукам речи.

Приближенное произношение звука является для ребенка с речедвигательным расстройством определенной ступенью на пути к овладению нормальной артикуляцией. При этом овладение аналогом звука достаточно для того, чтобы ребенок мог оперировать им во время работы по развитию фонематических представлений и навыков звукового анализа (Г.В. Чиркина).

4. Автоматизация (закрепление вызванного звука) является самым сложным и длительным этапом логопедической работы при дизартрии.

Часто в практике логопеды сталкиваются с тем, что изолированно дети произносят все звуки правильно, но в потоке речи звуки теряют свои дифференцированные признаки, произносятся искаженно. Нужно уделять тщательное внимание автоматизации звуков в лексическом материале разной сложности. Сначала автоматизация осуществляется в слогах разной

структуры (где все звуки произносятся утрированно), далее — в словах разной слоговой структуры, где закрепляемый звук находится в разных позициях (в начале, в конце, в середине). Затем звуки автоматизируют в предложениях, насыщенных контрольным звуком. Очень важно, чтобы из лексического материала были исключены звуки, которые у ребенка произносятся искаженно или еще не закреплены. Весь лексический материал, предлагаемый для автоматизации, должен быть семантически доступен ребенку.

5. Дифференциация поставленного звука в произношении с оппозиционными фонемами.

Последовательность предъявляемого лексического материала аналогична последовательности при автоматизации данного звука. Сначала предлагаются 2 слога (*са-ша, ас-аш, ста-шта, тса-тиша* и т.п.), затем 3 слога. Затем даются пары слов, разных по слоговой структуре.

6. Развитие коммуникативных умений и навыков.

Одним из наиболее сложных направлений работы является формирование у ребенка навыков самоконтроля. Нередко логопеды сталкиваются с ситуацией, когда ребенок при контакте с логопедом в условиях кабинета демонстрирует в речи приобретенные навыки. Но при смене обстановки, в присутствии других лиц навык, казавшийся прочным, исчезает, ребенок возвращается к прежнему стереотипному (искаженному) произношению. Для выработки коммуникативных навыков необходима активная позиция ребенка, его мотивация к улучшению речи и, конечно, длительная логопедическая работа.

Традиционным является введение звука в речь при заучивании стихов, составлении предложений, рассказов, пересказ текстов и т. п.

4.9. Развитие функциональных возможностей кистей и пальцев рук, коррекция нарушений тонкой (мелкой) моторики

При лечебно-педагогической работе необходимо учитывать функциональные этапы становления моторики кисти и пальцев рук: опорность на раскрытую кисть, осуществление произвольного захвата предметов кистью, включение пальцевого захвата, противопоставление пальцев, постепенно усложняющиеся манипуляции и предметные действия, дифференцированные движения пальцев рук.

Перед проведением работы по формированию функциональных возможностей кистей и пальцев рук необходимо добиваться нормализации мышечного тонуса верхних конечностей. Расслаблению мышц способствует потряхивание руки по методике Фелпса (захватив предплечье ребенка в средней трети, производят легкие качающе-потряхивающие движения). Далее проводят *массаж и пассивные упражнения кистей и пальцев рук*:

- поглаживающие, спиралевидные, разминающие движения по пальцам от кончика к их основанию;
- похлопывание, покалывание, перетирание кончиков пальцев, а также области между основаниями пальцев;
- поглаживание и похлопывание тыльной поверхности кисти и руки (от пальцев до локтя);
- похлопывание кистью ребенка по руке педагога, по мягкой и жесткой поверхности;
- вращение пальцев (отдельно каждого);
- круговые повороты кисти;
- отведение-приведение кисти (вправо-влево);
- движение супинации (поворот руки ладонью вверх)-пронации (ладонью вниз). Супинация кисти и предплечья облегчает раскрытие ладони и отведение большого пальца (игра «Покажи ладони», движения поворота ключа, выключателя);

— поочередное разгибание пальцев кисти, а затем сгибание пальцев (большой палец располагается сверху);

— щеточный массаж (тыльной поверхностью кисти от кончиков пальцев к лучезапястному суставу, а также кончиков пальцев). Используются щетки различной жесткости;

— противопоставление большого пальца остальным (колечки из пальцев);

— противопоставление (соединение) ладоней и пальцев обеих рук.

Все движения тренируются сначала пассивно, затем пассивно-активно и, наконец, активно на специальных занятиях, а также во время бодрствования ребенка — при одевании, приеме пищи, купании, игре.

Для стимуляции изолированных движений указательного пальца используют следующие упражнения: надавливание указательным пальцем на кнопки, издающие звук предметы, выключатели, клавиши фортепиано, пластилин; рисование фигур на песке, вращение диска телефона, нанесение отпечатков пальца на бумагу. Для тренировки противопоставления и отведения-приведения большого пальца используют следующие упражнения: сдавливание мягких звучащих игрушек указательным и большим пальцами, раздвигание ножниц или надетой на два пальца мягкой резинки, рукопожатие, игры с маленькими куклами, надевающимися на пальцы. Для тренировки захвата предметов двумя пальцами полезны собирание предметов различной величины (сначала крупных, затем мелких), рисование карандашом, куском мела, удерживание чашки за ручку. Движения приведения и отведения кисти тренируются при закрашивании рисунков, стирании горизонтальных линий ластиком. Отдельные движения кисти закрепляют и совершенствуют, включая их в разнообразную предметную деятельность, в навыки самообслуживания и письма.