# *ОСОБЕННОСТИ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ*

# *ПРИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ДИЗАРТРИИ*

Коняшкина Татьяна Андреевна,

учитель-логопед

ГБОУ Школа № 51

Среди детей дошкольного возраста распространённым речевым нарушением является стёртая дизартрия, которая имеет тенденцию к значительному росту. Она часто сочетается с другими речевыми нарушениями, например с заиканием, общим недоразвитием речи.

Стёртая форма дизартрии представляет собой расстройство речи, характеризующееся комбинаторностью множественных нарушений процесса моторной реализации речевой деятельности. Основным симптомом речевого дефекта при стёртой дизартрии являются фонетические нарушения, которые часто сопровождаются недоразвитием лексико-грамматического строя речи. Нарушения фонетической стороны речи с трудом поддаются коррекции, отрицательно влияют на формирование фонематического, лексического и грамматического компонентов речевой функциональной системы, вызывая вторичные отклонения в их развитии. Все эти расстройства затрудняют процесс школьного обучения. Поэтому своевременная коррекция нарушений речевого развития является необходимым условием психологической готовности детей к усвоению школьных знаний.

В связи с этим знание современных представлений о симптоматике и механизме стёртой дизартрии, о методах её коррекции является чрезвычайно важным для учителей-логопедов.

**Дизартрия — *нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата.***Ведущим дефектом при дизартрии является нарушение звукопроизносительной и просодической стороны речи, связанное с органическим поражением центральной и периферической нервной систем.

Дизартрия — термин латинский, в переводе означает расстройство членораздельной речи — произношения *(дис*— нарушение признака или функции, *артрон*— сочленение). При определении дизартрии большинство авторов не исходят из точного значения этого термина, а трактуют его более широко, относя к дизартрии расстройства артикуляции, голосообразования, темпа, ритма и интонации речи.

Основными признаками (симптоматика) дизартрии являются **дефекты звукопроизношения и голоса**, сочетающиеся с нарушениями речевой, прежде всего артикуляционной моторики и речевого дыхания. При дизартрии, в отличие от дислалии, может нарушаться произношение как согласных, так и гласных звуков. Нарушения гласных классифицируются по рядам и подъемам, нарушения согласных по их четырем основным признакам: наличию и отсутствию вибрации голосовых складок, способу и месту артикуляции, наличию или отсутствию дополнительного подъема спинки языка к твердому нёбу.

Для всех форм дизартрии характерны **нарушения артикуляционной моторики**, которые проявляются рядом признаков. Прежде всего, это нарушения мышечного тонуса, характер которых зависит от локализации поражения мозга. Выделяют следующие его формы в артикуляционной мускулатуре: **спастичность артикуляционных мышц** — постоянное повышение тонуса в мускулатуре языка, губ, в лицевой и шейной мускулатуре. Повышение мышечного тонуса может быть более локальным и распространяться только на отдельные мышцы языка.

Следующим видом нарушения мышечного тонуса является **гипотония**. При гипотонии язык тонкий, распластанный в полости рта, губы вялые, отсутствует возможность их полного смыкания. В силу этого рот обычно полуоткрыт, выражена **гиперсаливация.**

Нарушения мышечного тонуса в артикуляционной мускулатуре при дизартрии могут проявляться также в виде **дистонии** (меняющегося характера мышечного тонуса): в покое отмечается низкий мышечный тонус в артикуляционном аппарате, при попытках речи — тонус резко нарастает. Характерной особенностью этих нарушений является их динамичность, непостоянство искажений, замен и пропусков звуков.

Нарушение артикуляционной моторики при дизартрии является результатом ограничения подвижности артикуляционных мышц, которое усиливается нарушениями мышечного тонуса, наличием непроизвольных движений (**гиперкинезов, тремора**) и **дискоординационными расстройствами.**

При недостаточной подвижности артикуляционных мышц нарушается звукопроизношение. При поражении мышц губ страдает произношение как гласных, так и согласных звуков Особенно нарушается произношение лабиализованных звуков (о, *у),*при их произнесении требуются активные движения губ округление, вытягивание.

**Парезы** мышц лицевой мускулатуры, часто наблюдаемые при дизартрии, также влияют на звукопроизношение. Парезы височных мышц, жевательной мускулатуры ограничивают движения нижней челюсти, в результате чего нарушается модуляция голоса, его тембр. Эти нарушения становятся особенно выраженными, если имеется неправильное положение языка в полости рта, недостаточная подвижность нёбной занавески, нарушения тонуса мышц дна полости рта, языка, губ, мягкого нёба, задней стенки глотки.

Характерным признаком нарушений артикуляционной моторики при дизартрии являются **дискоординационные расстройства.** Они проявляются в нарушении точности и соразмерности артикуляционных движений. Особенно нарушено выполнение тонких дифференцированных движений. Так, при отсутствии выраженных парезов в артикуляционной мускулатуре произвольные движения выполняются неточно и несоразмерно, часто с **гиперметрией** (чрезмерной двигательной амплитудой). Например, ребенок может выполнить движение языком вверх, касаясь им почти кончика носа, и одновременно не может поместить язык над верхней губой в место, точно обозначенное логопедом.

Наличие насильственных движений и оральных **синкинезий** в артикуляционной мускулатуре — частый признак дизартрии. Они искажают звукопроизношение, делая речь малопонятной, а в тяжелых случаях — почти невозможной; обычно усиливаются при волнении, эмоциональном напряжении, поэтому нарушения звукопроизношения различны в зависимости от ситуации речевого общения. При этом отмечаются подергивания языка, губ иногда в сочетании с гримасами лица, мелкое дрожание (тремор) языка, в тяжелых случаях — непроизвольное открывание рта, выбрасывание языка вперед, насильственная улыбка. Насильственные движения наблюдаются и в покое, и в статических артикуляционных позах, например при удержании языка по средней линии, усиливаясь при произвольных движениях или попытках к ним. Этим они отличаются от синкинезий — непроизвольных сопутствующих движений, которые возникают только при произвольных движениях, например при движении языка вверх часто сокращаются мышцы, поднимающие нижнюю челюсть, а иногда напрягается вся шейная мускулатура и ребенок выполняет это движение одновременно разгибанием головы. Синкинезии могут наблюдаться не только в речевой мускулатуре, но и в скелетной, особенно в тех ее отделах, которые анатомически и функционально наиболее тесно связаны с речевой функцией. При движении языка у детей с дизартрией нередко возникают сопутствующие движения пальцев правой руки (особенно часто большого пальца).

Характерным признаком дизартрии является **нарушение проприоцептивной афферентной импульсации**от мышц артикуляционного аппарата. Дети слабо ощущают положение языка, губ, направление их движений, они затрудняются по подражанию воспроизвести и сохранить артикуляционный уклад, что задерживает развитие артикуляционного праксиса.

Частым признаком дизартрии является недостаточность артикуляционного праксиса (**диспраксия**), которая может быть как вторичной за счет нарушений проприоцептивной афферентной импульсации от мышц артикуляционного аппарата, так и первичной в связи с локализацией поражения мозга. На основе работ А. Р. Лурия выделяют два типа диспраксических расстройств: **кинестетический и кинетический**, при кинестетическом отмечаются трудности и недостаточность в развитии обобщений артикуляционных укладов, главным образом согласных звуков. Нарушения непостоянны, замены звуков неоднозначны.

При кинетическом типе диспраксических расстройств отмечается недостаточность временной организации артикуляционных укладов. При этом нарушается произношение как гласных, так и согласных звуков. Гласные нередко удлиняются, их артикуляция приближается к нейтральному звуку *а.*Начальные или конечные согласные произносятся с напряжением или удлинением, отмечаются специфические их замены: щелевых звуков на смычке *(з*— *д),*имеют место вставки звуков или призвуков, упрощения аффрикат и пропуски звуков при стечениях согласных.

При дизартрии могут выявляться **рефлексы орального автоматизма** в виде сохранившихся сосательного, хоботкового, поискового, ладонно-головного и других рефлексов, характерных в норме для детей раннего возраста. Их наличие затрудняет произвольные ротовые движения.

**Нарушения артикуляционной моторики, сочетаясь между собой, составляют первый важный синдром дизартрии — синдром артикуляционных расстройств**, который видоизменяется в зависимости от тяжести и локализации поражения мозга и имеет свои специфические особенности при различных формах дизартрии.

При дизартрии за счет нарушения иннервации дыхательной мускулатуры **нарушается речевое дыхание**. Ритм дыхания не регулируется смысловым содержанием речи, в момент речи оно обычно учащенное, после произнесения отдельных слогов или слов ребенок делает поверхностные судорожные вдохи, активный выдох укорочен и происходит обычно через нос, несмотря на постоянно полуоткрытый рот. Рассогласованность в работе мышц, осуществляющих вдох и выдох, приводит к тому, что у ребенка появляется тенденция говорить на вдохе. Это еще больше нарушает произвольный контроль над дыхательными движениями, а также координацию между дыханием, фонацией и артикуляцией.

Следующей характерной особенностью дизартрии является **нарушение голоса и мелодико-интонационные расстройства**. Нарушения голоса связаны с парезами мышц языка, губ, мягкого нёба, голосовых складок, мышц гортани, нарушениями их мышечного тонуса и ограничением их подвижности-

Спастическое сокращение мышц голосового аппарата может полностью исключить возможность вибрации голосовых складок, что будет резко нарушать процесс образования звонких согласных.

Вибрация голосовых складок нарушается также при слабости и паретичности мышц голосового аппарата, сила голоса в этих условиях становится минимальной.

При дизартрии наряду с речевыми выделяют и **неречевые нарушения**. Это проявления бульбарного и псевдобульбарного синдромов в виде расстройств сосания, глотания, жевания, физиологического дыхания в сочетании с нарушениями общей моторики и особенно тонкой дифференцированной моторики пальцев рук. Наблюдается нарушение нервно-психических функций: нарушение механизма устойчивости и переключаемости внимания, слабость процесса запоминания слов; неуверенность, пассивность и истощаемость при выполнении мыслительных операций. Диагноз дизартрия ставится на основе специфики речевых и неречевых нарушений.

**Неречевые**:

* нарушение тонуса в артикуляционной мускулатуре
* нарушения двигательного аппарата
* нарушение эмоционально-волевой сферы.
* нарушение ряда психических функций (внимание, память, мышление).
* нарушение познавательной деятельности.
* своеобразное формирование личности.

**Речевые:**

* нарушение звукопроизношения. В зависимости от степени поражения может страдать произношение всех или нескольких согласных. Может нарушаться и произношение гласных звуков (они произносятся неясно, искаженно, часто с носовым оттенком).
* нарушение просодики - темпа, ритма, модуляции, интонации.
* нарушение восприятия фонем (звуков) и их различения. Возникает вследствие нечеткой, смазанной речи, которая не дает возможности сформироваться правильному слуховому образу звука.
* нарушение грамматического строя речи.

**ОСОБЕННОСТИ ПЛАНИРОВАНИЯ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ ПРИ ДИЗАРТРИИ.**

По данным исследований Р.И. Мартыновой дети с легкой формой дизартрии отстают в физическом развитии значительно больше, чем дети с функциональной дислалией. У детей со стертой формой дизартрии в речевой системе была выявлена неврологическая симптоматика: стертые парезы, гиперкинезы, нарушения мышечного тонуса в артикуляционных и мимических мышцах. Нарушения нервно-психических функций значительно больше выявлялось при легких формах дизартрии, чем при функциональной дислалии. Таким образом, работа логопеда с детьми со стертой формой дизартрии не должна ограничиваться постановкой и исправлением дефектных звуков, но должна иметь более широкий диапазон коррекции речи ребенка в целом.

Комплексный  подход при  устранении дизартрии включает в себя  три блока:

***Первый блок*** – медицинский, который определяет врач–невролог. Кроме медикаментозных средств назначается ЛФК, массаж, рефлексотерапия, физиотерапия и другие.

***Второй блок***  -  психолого-педагогический. Основными направлениями этого воздействия будут: развитие сенсорных функций. Развивая слуховое восприятие, формируя  слуховой   гнозис, тем самым подготавливается база для формирования фонематического слуха. Развивая зрительное восприятие, дифференцировки и  зрительный   гнозис, тем самым предупреждаем графические ошибки на письме. Реализуя это  направление  развивают и стереогноз. Кроме развития сенсорных функций  психолого – педагогический блок включает упражнения  по развитию и коррекции  пространственных представлений, конструктивного праксиса, графических навыков, памяти, мышления.

***Третий блок*** - логопедическая работа, которая проводится преимущественно в индивидуальном плане. Учитывая структуру дефекта при дизартрии, логопедическую работу рекомендуется планировать по следующим этапам:

Особенности содержания логопедической работы при стертой форме дизартрии отражены в специфике планирования коррекционной работы: **вводится дополнительный ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП**, который необходим для нормализации моторики и тонуса артикуляционного аппарата, развития просодики.

**1) Нормализация тонуса мышц артикуляционного аппарата - дифференцированный логопедический массаж.**

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

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

**2) Нормализация моторики артикуляционного аппарата:**

***- упражнения для жевательных мышц*** (*методика И.И.Ермаковой*)

1. Открыть рот и закрыть.
2. Выдвинуть нижнюю челюсть вперед.
3. Открыть рот и закрыть.
4. Надуть щеки и расслабить.
5. Открыть рот и закрыть.
6. Движения нижней челюсти вбок.
7. Открыть рот и закрыть.
8. Втянуть щеки и расслабить.
9. Открыть рот и закрыть.
10. Нижними зубами закусить верхнюю губу
11. Открыть рот с запрокидыванием головы назад, закрыть рот- голову прямо.

***- гимнастика для произвольного напряжения и движения губ и щек***(методика Е.Ф. Архиповой)

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

***- пассивная гимнастика для мышц языка*** - создание положительных кинестезии в мышцах (методика О.В.Правдиной)

**Пассивной гимнастикой**называется такая форма гимнастики, когда ребенок производит движение только при помощи механического воздействия - под нажатием руки взрослого. Пассивное движение должно проводится в 3 стадии: 1 - вход в позицию (собрать губы ), 2 -продержать позицию, 3 - выход из позиции. После нескольких повторений делается попытка произвести то же движение еще один - два раза без механической помощи, т.е. пассивное движение переводится сначала в пассивно-активное, а затем в произвольное, производимое по речевой инструкции.

**Примерный комплекс пассивной гимнастики:**

* Губы пассивно смыкаются, удерживаются в этом положении. Внимание ребенка фиксируется на сомкнутых губах, затем его просят дуть через губы, разрывая их контакт;
* Указательным пальцем левой руки приподнимают верхнюю губу ребенка, обнажая верхние зубы, указательным пальцем правой руки поднимают нижнюю губу до уровня верхних резцов и просят ребенка дуть;
* Язык помещается и удерживается между зубами;
* Кончик языка прижимается и удерживается у альвеолярного отростка, ребенка просят дуть, разрывая контакт;
* Голова ребенка несколько закидывается назад, задняя часть языка приподнимается к твердому небу, ребенка просят производить кашлевые движения, фиксируя его внимание на ощущениях языка и нёба.

***- активная артикуляционная гимнастика***- улучшение качества, точности, ритмичности и длительности артикуляционных движений;  
Важным разделом артикуляционной гимнастики для дизартриков является развитие более тонких и дифференцированных движений языка, активизация его кончика, отграничение движений языка и нижней челюсти.

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

1. Открыть рот, подержать его открытым под счет от 1 до 5—7, закрыть.
2. Приоткрыть рот, выдвинуть нижнюю челюсть вперед, удержать ее в таком положении в течение 5—7 секунд, вернуть в исходное положение.
3. Оттянуть нижнюю губу книзу, удержать под счет от 1 до 5—7, вернуть в исходное состояние;   
   - поднять верхнюю губу, удержать под счет от 1 до 5—7, вернуть в исходное состояние.
4. - растянуть губы в улыбку, обнажив при этом верхние и нижние резцы, удерживать под счет от 1 до 5—7, вернуть в исходное состояние;   
   - растянуть в улыбке только правый (левый) уголок бы, обнажив при этом верхние и нижние резцы, удерживать под счет от 1 до 5—7, вернуть в исходное положение.
5. - поднять поочередно сначала правый, затем левый: уголок губы, губы при этом сомкнуты, удерживать под счет от 1 до 5—7, вернуть в исходное состояние.
6. - высунуть кончик языка, помять его губами, произнося слоги *па-па-па-па.*После произнесения последнего слога оставит рот приоткрытым, зафиксировав широкий язык и удерживая его в таком положении под счет от 1 до 5—7;   
   - высунуть кончик языка между зубами, прикусывать его зубами, произнося слоги *та-та-та-та.*После произнесения последнего слога рот оставить приоткрытым, фиксируя широкий язык и удерживая его в таком положении под счет от 1 до 5—7, вернуть в исходное положение.
7. - положить кончик языка на верхнюю губу, зафиксировать такое положение и удерживать его под счет от, 1 до 5—7, вернуть в исходное состояние;   
   - поместить кончик языка под верхнюю губу, зафиксировать его в таком положении, удерживать под счет от 1 до 5—7, вернуть в исходное состояние;   
   - прижать кончик языка к верхним резцам, удерживать заданное положение под счет от 1 до 5—7, вернуть в исходное состояние;   
   - движение «слизывания» кончиком языка с верхней губы внутрь ротовой полости за верхние резцы.
8. – придать кончику языка положение «мостика» («горки»): прижать кончик языка к нижним резцам, поднять среднюю часть спинки языка, боковые края прижать к верхним боковым зубам, удерживать заданное положение языка под счет от 1 до 5-7, опустить язык.

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

1. Растянуть губы в улыбку, обнажив верхние нижние резцы; вытянуть губы вперед «трубочкой».
2. Растянуть губы в улыбку с оскалом резцов, a затем высунуть язык.
3. Растянуть губы в улыбку с оскалом резцов, высунуть язык, прижать его зубами.
4. Поднять кончик языка на верхнюю губу, опустит на нижнюю (повторить это движение несколько раз).
5. Поместить кончик языка под верхнюю губу, потом под нижнюю (повторить это движение несколько раз)
6. Прижать кончик языка за верхние, затем за нижние резцы (повторить это движение несколько раз).
7. Попеременно сделать язык широким, затем узким.
8. Поднять язык наверх, поместить его между зубами, оттянуть назад.
9. Построить «мостик» (кончик языка прижат к нижним резцам, передняя часть спинки языка опущена, передняя поднята, образуя с твердым небом щель, задняя пущена, боковые края языка подняты и прижаты к верхним боковым зубам), сломать его, затем снова построить и снова сломать и т. д.
10. Попеременно дотронуться высунутым кончиком языка до правого, затем до левого уголка губ.
11. Поднять кончик языка на верхнюю губу, опустить на нижнюю, попеременно дотронуться высунутым кончиком языка до правого, затем до левого уголка губ (повторить это движение несколько раз).

**3) Развитие мелкой моторики рук:**

* массаж и самомассаж пальцев и кистей рук;
* игры с мелкими предметами: нанизывание бус, мозаика, мелкий конструктор;
* комплексы пальчиковых гимнастики;
* формирование навыков самообслуживания: застегивать и расстегивать пуговицы, шнуровать ботинки, пользоваться вилкой и ножом;
* занятия с пластилином и ножницами;
* подготовка руки к письму: раскрашивать и штриховать картинки, обводить трафареты, графические диктанты, работа с прописями;

**4) Развитие общей моторики и двигательной координации:**

* пантомима (книга «Расскажи стихи руками», «Психогимнастика» М.И. Чистякова, «Движение и речь» И.С.Лопухина);
* подвижные игры на координацию и согласование движений;
* специальные комплексы физических и ритмических упражнений.

**5) Нормализация голоса и речевого дыхания:**

- Дыхательная гимнастика А.Н.Стрельниковой.

- Упражнения для развития речевого дыхания.

В логопедической практике рекомендуются следующие упражнения:

- Выберите удобную позу (лежа, сидя, стоя), положите одну руку на живот, другую – сбоку на нижнюю часть грудной клетки. Сделайте глубокий вдох через нос (при этом живот выпячивается вперед, и расширяется нижняя часть грудной клетки, что контролируется той и другой рукой). После вдоха сразу же произведите свободный, плавный выдох (живот и нижняя часть грудной клетки принимает прежнее положение).

- Произведите короткий, спокойный вдох через нос, задержите на 2-3 секунды воздух в легких, затем произведите протяжный, плавный выдох через рот.

- Сделайте короткий вдох при открытом рте и на плавном, протяжном выдохе произнесите один из гласных звуков (***а, о, у, и, э, ы***).

- Произнесите плавно на одном выдохе несколько звуков: аaaaa аaaaaooooooo аaaaaуууууу

**-**Произведите счет на одном выдохе до 3-5 (*один, два, три...*), стараясь постепенно увеличивать счет до 10-15. Следите за плавностью выдоха. Произведите обратный счет (*десять, девять, восемь...*).

**-** Прочтите пословицы, поговорки, скороговорки на одном выдохе. Обязательно соблюдайте установку, данную в первом упражнении.

Отработанные умения можно и нужно закреплять и всесторонне применять на практике.

Задания усложняются постепенно: сначала тренировка длительного речевого выдоха проводится на отдельных звуках, потом – словах, затем – на короткой фразе, при чтении стихов и т. д.

В каждом упражнении внимание детей направляется на спокойный, ненапряженный выдох, на длительность и громкость произносимых звуков.

Нормализации речевого дыхания и улучшению артикуляции в начальный период помогают «сценки без слов». В это время логопед показывает детям пример спокойной выразительной речи, поэтому на первых порах во время занятий больше говорит сам. В «сценках без слов» присутствуют элементы пантомимы, а речевой материал специально сведен к минимуму, чтобы дать основы техники речи и исключить неправильную речь. Во время этих «представлений» используются только междометия (А! Ах! Ох! и т. д.), звукоподражания, отдельные слова (имена людей, клички животных), позже – короткие предложения. Постепенно речевой материал усложняется: появляются короткие или длинные (но ритмические) фразы, когда речь начинает улучшаться. Внимание начинающих артистов постоянно обращается на то, с какой интонацией следует произносить соответствующие слова, междометия, какими жестами и мимикой пользоваться. В ходе работы поощряются собственные фантазии детей, их умение подобрать новые жесты, интонацию и т. д.

Также для развития правильного речевого дыхания рекомендуются:

* специальные игры-упражнения: игра на дудочках, сдувание мелких предметов, надувание мыльных пузырей и т.д.
* фонетическая ритмика Мухиной А.Я.;
* голосовые упражнения Ермаковой И.И., Лопатиной Л.В.

**6) Формирование просодической стороны речи**по методике Лопатиной Л.В.:

* упражнения по развитию ритма (восприятие и воспроизведение ритма);
* упражнения по освоению ритмики слова;
* знакомство с повествовательной, вопросительной, восклицательной интонацией;
* формирование интонационной выразительности в экспрессивной речи

**Логопедическая работа при стертой форме дизартрии на подготовительном этапе обеспечивает эффективность коррекции на всех последующих этапах коррекционной работы.**

***ВТОРЫМ ЭТАПОМ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ***  при дизартрии  является выработка новых произносительных умений и навыков. Направления второго этапа логопедической работы проводятся на фоне продолжающихся упражнений, перечисленных в первом этапе, но более сложных. Направлениями второго этапа являются:

1) Выработка основных артикуляционных укладов, (дорсального,  какуминального,  альвеолярного, нёбного). Каждая из этих позиций определяет соответственно артикуляции свистящих, шипящих, сонорных и нёбных звуков. Овладев в первом этапе рядом артикуляционных движений, на втором этапе переходят к серии последовательных движений, выполняемых чётко, утрированно, с опорой на зрительный, слуховой, кинестетический контроль.

2) Определение последовательности работы по коррекции звукопроизношения. При дизартрии у детей, в зависимости от наличия патологической симптоматики в артикуляционной области, от степени её выраженности, индивидуально определяют последовательность работы над звуками. В ряде случаев придерживаются традиционного порядка, рекомендующего постановку с нарушенных свистящих звуков.  
Рекомендуется, работая по коррекции звукопроизношения при дизартрии, уточнять или вызывать ту группу звуков, артикуляционный уклад которых «созрел» прежде всего. И это могут быть даже более трудные звуки, например: альвеолярной позиции –  р , рь, а свистящие корригировать будут позже, после «созревания» дорсальной позиции (являющейся для детей одной из сложных).

3) Развитие фонематического слуха.  Работа проводится по классической  схеме. Под фонематическим слухом подразумевается способность ребёнка выделять и различать фонемы родного языка.

4) Вызывание конкретного звука. Эта работа при дизартрии проводится  так же, как и при любом другом нарушении, в том числе и при  дислалии. Это значит, что логопед использует классические приёмы постановки звуков (по подражанию, механический, смешанный способ).

5) Автоматизация звука, является самым сложным направлением работы на втором этапе. Часто в практике логопеды сталкиваются с тем, что изолированно дети произносят все звуки правильно, а в речевом потоке звуки теряют свои дифференцированные признаки, произносятся искажённо.

6) Дифференциация поставленного звука в произношении с оппозиционными фонемами. Последовательность предъявляемого лексического материала аналогична последовательности при автоматизации данного звука. Только предлагается, например: 2 слога (са – ша, ас – аш, ста – шта, тса – тша, и т.п.). Затем пары слов, разных по слоговой структуре и т.д.

***ТРЕТИЙ ЭТАП ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ*** посвящается выработке коммуникативных умений и навыков.

1) Одним из наиболее сложных направлений работы, является формирование у ребёнка навыков самоконтроля. Нередко логопеды сталкиваются с ситуацией, когда ребёнок в условиях кабинета, в контакте с логопедом демонстрирует в речи приобретённые навыки. Но при смене обстановки, в присутствии других лиц навык, казавшийся прочным, исчезает, ребёнок возвращается к прежнему стереотипному произношению. Для выработки коммуникативных навыков необходима активная позиция ребёнка, его мотивация к улучшению речи. В данном  направлении логопедической работы логопед должен выступить в роли психолога и в индивидуальном порядке, определить пути выработки у ребёнка навыка самоконтроля.

2) Более традиционным направлением на этом этапе является введение звука в речь в учебной ситуации (заучивание стихов, составление предложений, рассказы, пересказы и т. п.).

3) Специфическим направлением этапа является включение в лексический материал просодических средств: различных интонаций , модуляций голоса по высоте и силе, изменения темпа речи и тембра голоса, определения логического ударения, соблюдения пауз, и др.

***ЧЕТВЁРТЫЙ ЭТАП ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ*** носит название -  предупреждение или преодоление вторичных нарушений при дизартрии. Имея в виду профилактику вторичных нарушений, следует обеспечить раннюю диагностику дизартрии, а также организовать раннюю коррекционную работу. Выработаны технологии коррекционной работы с детьми группы риска по дизартрии в разные возрастные периоды. Однако реализация профилактической работы проводится с детьми, имеющими тяжёлую органическую патологию в условиях стационара. Большинство же детей группы риска по дизартрии (лёгкой степени), имеющих в анамнезе в первый год жизни диагноз невропатолога ПЭП (перинатальная энцефалопатия), лишены возможности получать адекватную коррекционную пропедевтическую помощь, так как им не показано лечение в стационаре. К концу первого года жизни диагноз ПЭП невропатолог снимает. И только при диспансерном обследовании логопед поликлиники, при тщательном обследовании видит симптомы минимальных дизартрических расстройств. Эти симптомы влекут за собой вторичные нарушения в формировании языковых средств (лексики, грамматики). Следствием недостаточной профилактики вторичных нарушений, является большое число детей с дизартрией, осложнённой либо ОНР, либо ФФН.

***ПЯТЫЙ ЭТАП ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ*** – подготовка ребёнка с дизартрией к обучению в школе. Основными направлениями логопедической работы являются: формирование графомоторных навыков, психологической готовности к обучению, профилактика дисграфических ошибок.

***СТЕРТАЯ ДИЗАРТРИЯ*** – сложное речевое расстройство, характеризующееся вариативностью нарушений компонентов речевой деятельности: артикуляции, дикции, голоса, дыхания, мимики, мелодико-интонационной стороны речи. Для стертой дизартрии характерно наличие симптомов микроорганического поражения центральной нервной системы: недостаточная иннервация органов речи – головного, артикуляционного и дыхательного отделов; нарушение мышечного тонуса артикуляционной и мимической мускулатуры. При стертой дизартрии, как правило, отмечаются разнообразные стойкие нарушения фонетической и просодической сторон речи, являющиеся ведущими в структуре речевого дефекта, и специфические отклонения в развитии лексико-грамматического строя речи. При стертой дизартрии состояние неречевых функций, психических процессов (внимания, восприятия, памяти и мышления) имеет ряд отличительных черт. У детей со стертой дизартрией выявляется как нарушение общей моторики, так и недостаточность тонких дифференцированных движений кистей и пальцев рук.

Логопедическая работа с детьми-дизартриками базируется на знании структуры речевого дефекта, механизмов нарушения общей и речевой моторики, учете личностных особенностей детей. Система коррекционной работы учителя-логопеда включает в себя комплекс различных методов логопедического воздействия.

Коррекционная работа осуществляется дифференцированно в зависимости от нарушения речевого развития ребенка, состояния тонуса мышц и связанных с ними нейропсихологических нарушений.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:**

1. Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми со стертой формой  
   дизартрии. - М, 1989.
2. Волкова Л.С. Логопедия.- М.: ВЛАДОС,1999.
3. Галкина В.Б., Хомутова Н.Ю.. Использование физических упражнений по развитию мелкой моторики пальцев рук.- ж. «Дефектология» 1999,№3.
4. Данилова Л.А. Методы коррекции речевого и психического развития у детей с церебральным параличом - Хрестоматия по логопедии. Раздел 3 - Дизартрии. - М.: ВЛАДОС,1997.
5. Ермакова И.И.. Коррекция речи и голоса у детей и подростков.- М:  
   Просвещение, 1996.
6. Лопатина Л.В., Серебрякова Н.В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников. С.-П.: СОЮЗ, 2001.
7. Лопатина Л.В., Серебрякова Н.В.. Логопедическая работа в группах дошкольников со стертой формой дизартрии. – С.-П., Образование, 1994
8. Мартынова Р.И. Сравнительная характеристика детей, страдающих легкими формами дизартрии и функциональной дислалией.- Хрестоматия по логопедии. Раздел 3 - Дизартрии. - М.: ВЛАДОС,1997.
9. Приходько О.Г. Логопедический массаж при коррекции дизартрических нарушений речи у детей раннего и дошкольного возраста - СПб.: КАРО, 2008.