



## Логопедическая работа при дизартрии

Структура дефекта при дизартрии включает нарушение звукопроизводительной и просодической сторон речи, обусловленное органическим повреждением речедвигательных механизмов центральной нервной системы. Нарушения звукопроизношения при дизартрии зависят от тяжести и характера поражения. Основными клиническими признаками дизартрии являются:

- \*нарушения мышечного тонуса в речевой мускулатуре;
- \*ограниченная возможность произвольных артикуляционных движений из-за параличей и парезов мышц артикуляционного аппарата;
- \*нарушения голосообразования и дыхания.

**Основными признаками дизартрии** являются: повышение тонуса в артикуляционной мускулатуре, ограничение движений губ, языка, мягкого нёба, усиленное слюнотечение, нарушения дыхания и голоса. Дети плохо жуют, глотают, поперхиваются при еде. Речь смазанная, малопонятная, интонационно-нев्यразительная, монотонная, голос глухой, с носовым оттенком. Дизартрия нередко сочетается с недоразвитием других компонентов речевой системы (фонематического слуха, лексико-грамматической стороны речи). В зависимости от выраженности этих проявлений для логопедической практики крайне важно выделить несколько групп детей с дизартрией: с фонетическими нарушениями; фонетико-фонематическим недоразвитием; общим недоразвитием речи (указывается уровень речевого развития). При чисто фонетических (антропофонических) нарушениях основной задачей является коррекция звукопроизношения. При сочетании дизартрии с речевым недоразвитием осуществляется комплексная система логопедического воздействия, включающая фонетическую работу, развитие фонематического слуха, работу над словарем, грамматическим строем, а также специальные мероприятия, направленные на предупреждение или коррекцию нарушений письменной речи.

**Важными проблемами современного изучения дизартрии являются:**

- нейролингвистическое изучение различных форм дизартрии с учетом локализации поражения мозга;
- разработка приемов ранней неврологической и логопедической диагностики минимальных проявлений дизартрии у детей;
- совершенствование методов логопедической работы в доречевом периоде и в первые годы жизни с детьми, имеющими перинатальное поражение мозга, и с детьми группы риска;
- совершенствование методов логопедической работы с учетом формы дизартрии;
- усиление взаимосвязи в работе невропатолога и логопеда

Тесная взаимосвязь развития речи, сенсорных функций, моторики и интеллекта определяет необходимость коррекции нарушений речи при дизартрии у детей в сочетании со стимуляцией развития всех ее сторон, сенсорных и психических функций, осуществляя тем самым формирование речи как целостной психической деятельности.

Система логопедического воздействия при дизартрии имеет комплексный характер: коррекция звукопроизношения сочетается с формированием звукового анализа и синтеза, развитием лексико-грамматической стороны речи и связного высказывания. Спецификой работы является

сочетание с дифференцированным артикуляционным массажем и гимнастикой, логопедической ритмикой, а в ряде случаев и с общей лечебной физкультурой, физиотерапией и медикаментозным лечением.

Успех логопедических занятий во многом зависит от их раннего начала и систематичности проведения.

Работа над звукопроизношением строится с учетом следующих положений:

- Зависимость от формы дизартрии, уровня речевого развития и возраста ребенка.
- Развитие речевой коммуникации. Формирование звукопроизношения должно быть направлено на развитие коммуникации, школьной и социальной адаптации ребенка.
- Развитие мотивации, стремления к преодолению имеющихся нарушений, развитие самосознания, самоутверждения, саморегуляции и контроля, чувства собственного достоинства и уверенности в своих силах.
- Развитие дифференцированного слухового восприятия и звукового анализа.
- Усиление перцепции артикуляционных укладов и движений путем развития зрительно-кинестетических ощущений.

**Поэтапность.** Начинают с тех звуков, артикуляция которых у ребенка более сохранная. Иногда звуки выбирают по принципу более простых моторных координации, но обязательно с учетом структуры артикуляционного дефекта в целом, в первую очередь работают над звуками раннего онтогенеза.

При тяжелых нарушениях, когда речь полностью не понятна для окружающих, работа начинается с изолированных звуков и со слогов. Если речь ребенка относительно понятна и в отдельных словах он может произносить дефектные звуки правильно, работа начинается с этих «ключевых» слов. Во всех случаях необходима автоматизация звуков во всех контекстах и в различных речевых ситуациях.

У детей с поражением центральной нервной системы важное значение имеет предупреждение тяжелых нарушений звукопроизношения путем систематической логопедической работы в доречевом периоде.

**Логопедическая работа при дизартрии проводится поэтапно.**

Первый этап, подготовительный — основные его цели: подготовка артикуляционного аппарата к формированию артикуляционных укладов, у ребенка раннего возраста — воспитание потребности в речевом общении, развитие и уточнение пассивного словаря, коррекция дыхания и голоса.

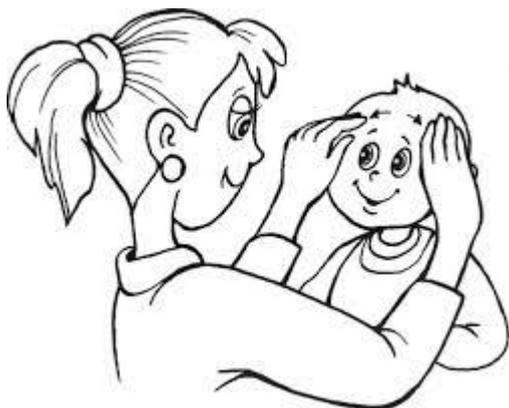
Важной задачей на этом этапе является развитие сенсорных функций, особенно слухового восприятия и звукового анализа, а также восприятия и воспроизведения ритма.

Методы и приемы работы дифференцируются в зависимости от уровня развития речи. При отсутствии речевых средств общения у ребенка стимулируют начальные голосовые реакции и вызывают звукоподражания, которым придают характер коммуникативной значимости.

Логопедическая работа проводится на фоне медикаментозного воздействия, физиолечения, лечебной физкультуры и массажа.

Второй этап — формирование первичных коммуникативных произносительных навыков. Основная его цель: развитие речевого общения и звукового анализа. Проводится работа по коррекции артикуляционных нарушений: при спастичности — расслабление мышц артикуляционного аппарата, выработка контроля над положением рта, развитие артикуляционных движений, развитие голоса; коррекция речевого дыхания; развитие ощущений артикуляционных движений и артикуляционного праксиса.

Работа по расслаблению мышц артикуляционного аппарата начинается с общего мышечного расслабления, расслабления шейной, грудной мускулатуры, мышц рук. Затем проводится расслабляющий массаж мышц лица. Движения начинаются с середины лба по направлению к вискам. Они производятся легкими поглаживающими равномерными движениями кончиками пальцев в медленном темпе.



*Расслабляющий массаж* проводится дозированно, распространяется только на те области лица, где имеется повышение мышечного тонуса, в группах же мышц вялых, ослабленных применяется тонизирующий, укрепляющий массаж.

Вторым направлением расслабляющего массажа лица является движение от бровей к волосистой части головы. Движения проводятся равномерно обеими руками с двух сторон.

Третьим направлением движения является движение вниз от линии лба, через щеки к мышцам шеи и плеча.

Затем приступают к расслаблению мышц губ. Логопед помещает свои указательные пальцы на точку, находящуюся между серединой верхней губы и углом рта с обеих сторон. Движения идут к средней линии, так что верхняя губа собирается в вертикальную складку. Такое же движение прodelывается с нижней губой, затем с обеими губами вместе.

В следующем упражнении указательные пальцы логопеда помещаются в то же положение, но движения идут вверх по верхней губе, обнажая верхние десны, и вниз по нижней губе, обнажая нижние десны.

Затем указательные пальцы логопеда помещаются в углы рта и губы растягиваются (как при улыбке). Обратным движением с образованием морщинок губы возвращаются в исходное положение.

Эти упражнения проводятся при различном положении рта: рот закрыт, приоткрыт, полуоткрыт, широко открыт.

После расслабления, а при низком тонусе — после укрепляющего массажа губ тренируют их пассивно-активные движения. Ребенка учат захватывать и удерживать губами леденцы, палочки различного диаметра, учат пить через соломинку.

После общего мышечного расслабления и описанных выше упражнений приступают к *тренировке мышц языка*. При их расслаблении важно учитывать, что они тесно связаны с мышцами нижней челюсти. Поэтому движение вниз в полости рта спастически приподнятого языка проще всего достигается при одновременном движении вниз нижней челюсти (открывание рта). Детям школьного возраста подобные упражнения предлагаются в виде аутотренинга: «Я

спокоен, совершенно расслаблен, язык спокойно лежит во рту. Медленно опускаю его вниз, когда опускается нижняя челюсть».

Если этих приемов недостаточно, то полезно на кончик языка положить кусочек стерильной марли или стерильную пробку. Возникающее тактильное ощущение помогает ребенку понять, что что-то мешает свободным движениям языка, т. е. ощутить состояние спастичности. После этого логопед шпателем или языковым депрессором производит легкие горизонтальные нажимы.

Следующим приемом являются легкие плавные покачивающие движения языка в стороны. Логопед осторожно захватывает язык кусочком марли и плавно ритмично двигает его в стороны. Постепенно пассивная помощь логопеда уменьшается, и ребенок сам начинает выполнять эти упражнения. Массаж проводит специалист (ЛФК), однако элементы его используются логопедом, родителями под обязательным контролем врача, с соблюдением необходимых гигиенических правил.

Выработка контроля за положением рта. Отсутствие контроля за положением рта у детей с дизартрией значительно затрудняет развитие произвольных артикуляционных движений. Обычно рот у ребенка приоткрыт, выражено слюнотечение.

Первый этап работы — упражнения для губ, способствующие их расслаблению и усилению тактильных ощущений в сочетании с пассивным закрыванием рта ребенка. Внимание фиксируется на ощущении закрытого рта, ребенок видит это положение в зеркале.

На втором этапе закрывание рта производится пассивно-активным путем. Вначале ребенку легче закрыть рот в положении наклона головы и легче его открыть в положении слегка запрокинутой головы. На начальных этапах работы используются эти облегченные приемы. Переход от пассивных движений открывания рта к активным становится возможным через рефлексорное зевание.

На третьем этапе тренируют активное открывание и закрывание рта по словесной инструкции: «Открой рот широко», «Вытяни губы вперед», «Собери губы в трубочку и возврати их в исходную позицию».

Предлагаются различные задания по имитации положения рта, представленного на картинках. Постепенно упражнения несколько усложняются: ребенка просят дуть через расслабленные губы, производить вибрационные движения.

*Артикуляционная гимнастика.* При ее проведении большое значение имеет тактильно-проприоцептивная стимуляция, развитие статико-динамических ощущений, четких артикуляционных кинестезии.

На начальных этапах работу проводят с максимальным подключением других, более сохранных анализаторов (зрительного, слухового, тактильного). Многие упражнения приводят с закрытыми глазами, привлекая внимание ребенка к проприоцептивным ощущениям. Артикуляционная гимнастика дифференцируется в зависимости от формы дизартрии и тяжести поражения артикуляционного аппарата.

Перед работой по развитию подвижности речевой мускулатуры проводят упражнения для мимических мышц лица. Уже с дошкольного возраста у ребенка развивают произвольность и дифференцированность мимических движений и контроль за своей мимикой. Ребенка учат по инструкции закрывать и открывать глаза, хмурить брови, надувать щеки, проглатывать слюну, закрывать и открывать рот.

Для развития достаточной силы мышц лица, губ используют специальные упражнения с сопротивлением, применяют стерильные салфетки, трубочки. Ребенок обхватывает трубочку губами и старается ее удержать, несмотря на попытки взрослого вытянуть ее изо рта.

Артикуляционная гимнастика языка начинается с воспитания активного прикосновения концом языка к краю нижних зубов. Затем развивают общие, менее дифференцированные движения языка вначале в пассивном плане, затем к пассивно-активному и, наконец, активные движения.

Стимуляция мышц корня языка начинается с их рефлекторных сокращений путем раздражения корня языка шпателем. Закрепление осуществляют произвольными покашливаниями.

Важным разделом артикуляционной гимнастики является развитие более тонких и дифференцированных движений языка, активизация его кончика, отграничение движений языка и нижней челюсти. Полезны упражнения по стимуляции движений кончика языка при открытом рте, неподвижной челюсти. Развитие артикуляционной моторики ведется систематически, длительно, используя общий комплекс и специфические упражнения. Работа облегчается использованием игр, которые подбираются в зависимости от характера и степени тяжести поражения артикуляционной моторики, а также с учетом возраста ребенка. С некоторой адаптацией могут быть использованы игры, опубликованные в литературе.

*Развитие голоса.* Для развития и коррекции голоса у детей с дизартрией используются различные ортофонические упражнения, направленные на развитие координированной деятельности дыхания, фонации и артикуляции.

Работа над голосом начинается после артикуляционной гимнастики и массажа, расслабления шейной мускулатуры, специальных упражнений по выполнению движений во все стороны головой (мышцы шеи расслаблены) с одновременным произнесением цепочек гласных звуков: и-э-о-у-а-ы.

Большое значение для коррекции голоса имеет активизация движений мягкого нёба: глотание капель воды, покашливание, зевота, произнесение гласного а на твердой атаке. Упражнения проводятся перед зеркалом, под счет. Используются следующие приемы: стимуляция задней части языка и нёба легкими похлопывающими движениями с помощью языкового депрессора; обучение произвольному глотанию: логопед из пипетки капают против задней стенки глотки капли воды, голова ребенка несколько откинута назад. Стимулируются кашлеподобные движения, зевание, нёбный и глоточный рефлекс.

Для голосообразования большое значение имеют движения челюстей: открывание и закрывание рта, имитация жевания. Используют челюстной дрожательный рефлекс: легкие постукивающие ритмичные движения по подбородку вызывают движение нижней челюсти вверх.

Используются также специальные упражнения по опусканию нижней челюсти. Вначале на фоне мышечного расслабления логопед помогает в выполнении данного движения, добиваясь опускания нижней челюсти примерно на 1—1,5 см (закрывание рта ребенок делает самостоятельно).

Вырабатывают произвольный контроль за объемом и темпом выполнения движения, используя различные наглядные приемы (рисунок с изображением опускания ведра в колодец, шарик, привязанный к веревке, мимические картинки и т. д.).

Затем эти упражнения выполняются по словесной инструкции с одновременным произношением различных звуковых сочетаний: дон-дон, кар-кар, ав-ав и т. д.

Для укрепления мышц нёбной занавески используются упражнения в чередовании ее расслабления и напряжения. Ребенка просят до окончания зевательного движения отрывисто произнести звук а, а при широко открытом рте перейти от произношения звука а к звуку п, задерживая воздух во рту под давлением. Внимание ребенка привлекается к ощущению состояния нёбной занавески. Используют упражнения по развитию силы, тембра и высоты голоса: прямой счет десятками с постепенным усилением голоса и обратный счет с постепенным его ослаблением. Для развития высоты тембра и интонаций голоса большое значение имеют различные игры, чтение сказок по ролям, инсценировки и т. д.

*Коррекция речевого дыхания.* Дыхательная гимнастика начинается с общих дыхательных упражнений, цель которых увеличить объем дыхания и нормализовать его ритм.

Ребенка учат дышать при закрытом рте, попеременно зажимая то одну, то другую ноздрю, для усиления глубины вдоха перед ноздрями ребенка создается «веер воздуха».

Проводятся упражнения по тренировке носового выдоха. Ребенку дается инструкция не открывать рот: «Вдыхай глубоко и выдыхай длительно через нос».

Следующее упражнение направлено на развитие преимущественно ротового вдоха. Логопед закрывает ноздри ребенка и просит его вдыхать через рот до того момента, когда он его попросит произнести отдельные гласные звуки или слоги.

Используются упражнения с сопротивлением. Ребенок вдыхает через рот. Логопед кладет руки на грудную клетку ребенка, как бы препятствуя вдоху в течение 1—2 секунд. Это способствует более глубокому и быстрому вдоху и более удлиненному выдоху.

Ребенка просят задерживать вдох, добиваясь быстрого и глубокого вдоха и медленного продолжительного выдоха.

Упражнения проводят ежедневно по 5—10 минут. Во время этих упражнений в момент выдоха логопед произносит различные цепочки гласных звуков, стимулируя ребенка к подражанию, варьируя при этом громкость и тональность голоса. Затем ребенка стимулируют к произнесению целевых согласных изолированно и в сочетании с гласными и других звуков различают динамическую и статическую дыхательную гимнастику.

При дыхательной гимнастике стараются не переутомлять ребенка, следят, чтобы он не напрягал плечи, шею, не принимал порочных поз, все дыхательные движения должны проводиться плавно, под счет или под музыку.

Дыхательная гимнастика проводится до еды, в хорошо проветренном помещении.

Развитие ощущений артикуляционных движений и артикуляционного праксиса. Для развития двигательной-кинестетической обратной связи необходимо проводить следующие упражнения. Потряхивание верхней и нижней губы; расправление щек (приподнимание их от зубной арки). Опускание и поднятие нижней челюсти.

Помещение языка над нижними и верхними резцами. Вначале логопед проводит их перед зеркалом, затем без него, глаза ребенка закрыты, логопед проделывает то или иное движение, а ребенок называет его.

Необходима тренировка следующих артикуляторно-сенсорных схем:

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

губно-зубная: указательным пальцем левой руки логопед приподнимает верхнюю губу ребенка, обнажая верхние зубы, указательным пальцем правой руки поднимает нижнюю губу до уровня верхних резцов и просит ребенка дуть;

язычно-зубная: язык помещается и удерживается между зубами;

язычно-альвеолярная: кончик языка прижимается и удерживается альвеолярного отростка, ребенка просят дуть, разрывая контакт;

язычно-нёбная: голова ребенка несколько закидывается назад, задняя часть языка приподнимается к твердому нёбу, ребенка просят производить кашлевые движения, фиксируя его внимание на ощущениях языка и нёба.

Для развития артикуляционного праксиса большое значение имеет рано начатая логопедическая работа, расширение и обогащение речевого опыта ребенка, а также преобладание специальных слоговых упражнений над чисто артикуляционными. Подбираются серии слогов, которые требуют последовательной смены различных артикуляционных движений.



*Коррекция звукопроизношения.* Используется принцип индивидуального подхода. Способ постановки и коррекции звука выбирается индивидуально. При нарушениях произношения нескольких звуков важна последовательность в работе. В первую очередь для коррекции отбираются те фонемы, которые в определенных контекстах могут произноситься правильно, а также те, моторные координации которых наиболее просты. Или выбирается звук, наиболее легко поддающийся коррекции, например звук, который отраженно произносится правильно.

Перед вызыванием и постановкой звуков важно добиваться их различия на слух. Моделируя ребенку тот или иной артикуляционный уклад, логопед стимулирует вызывание изолированного звука, затем его автоматизирует в слогах, словах и в контекстной речи. Необходима тренировка слухового восприятия, ребенок должен научиться слушать самого себя, улавливать разницу между своим произношением и нормализованным звуком.

Существует несколько приемов постановки звуков при дизартрии. Наиболее распространенным является метод так называемой фонетической локализации, когда логопед языку и губам ребенка пассивно придает необходимую позицию для того или иного звука. Используются зонды, плоские пластинки для языка и целый ряд других приспособлений. Внимание ребенка привлекается к ощущению положений. Затем он выполняет движения самостоятельно при некоторой помощи логопеда и без нее.



При работе над звукопроизношением опираются на знание артикуляционных укладов родного языка, анализ структуры нарушений звукопроизношения у каждого ребенка (кинестетический анализ) и на специфические приемы постановки отдельных звуков.

Основными методами работы являются: двигательно-кинестетический и слухо-зрительно-кинестетический. В процессе логопедической работы устанавливаются межанализаторные связи

между движением артикуляционных мышц и их ощущением, между восприятием звука на слух, зрительным образом артикуляционного уклада данного звука и двигательным ощущением при его произнесении. Все методы коррекционной работы основаны на закономерностях развития фонетико-фонематической системы языка в норме.

При формировании звукопроизносительных умений и навыков в различных ситуациях речевой коммуникации, предупреждении и преодолении вторичных нарушений речи логопед проводит работу по автоматизации и дифференциации звуков, формированию произносительных навыков в различных ситуациях общения. Звуки закрепляются в словах и предложениях.

Для автоматизации используется прием одновременного проговаривания звука и изображения его символа — писание и говорение. Эти упражнения способствуют усилению звука, обогащению его моторным действием.

Для детей, которые не могут писать, звук произносится одновременно с похлопыванием пальцами или постукиванием ног.

Затем новый звук закрепляется в различных слогах. Постепенно переходят от простых упражнений к более сложным, убыстряя темп упражнений.

При работе над звукопроизношением важно выявить сохранные компенсаторные возможности ребенка (сохранные звуки, артикуляционные движения, специальные звукосочетания и слова, в которых дефектные звуки произносятся правильно). Работа строится с опорой на эти сохранные звенья.

Коррекция звукопроизносительной стороны речи сочетается с работой над ее выразительностью. Работа проводится путем подражания. Ребенка учат ускорять и замедлять темп речи в зависимости от содержания высказывания, равномерно чередовать ударные и безударные слоги, выделять паузами или повышением голоса отдельные слова или группы слов.

Содержание и методы работы видоизменяются в зависимости от характера и тяжести дизартрии, от общего уровня речевого развития. При сочетании дизартрии с речевым недоразвитием осуществляется комплексная программа логопедических занятий, включающая фонетическую работу, развитие фонематического слуха, работу над словарем, грамматическим строем, а также специальные мероприятия, направленные на предупреждение или коррекцию нарушений письменной речи.

*В других случаях проводится работа над звукопроизношением и уточнением фонематического слуха.*

Во всех случаях основной задачей логопедической работы при дизартрии является развитие и облегчение речевой коммуникации, а не только формирование правильного произнесения звуков. Используются приемы игровой терапии в сочетании с индивидуальной работой над артикуляцией, дыханием, фонацией и коррекцией звукопроизношения, а также над личностью ребенка в целом. Наиболее часто встречается псевдобульбарная дизартрия, при которой важное значение имеет применение дифференцированного массажа (расслабляющего и укрепляющего) с учетом состояния мышечного тонуса в отдельных мышцах артикуляционного аппарата, а также артикуляционной гимнастики. Логопедическая работа включает развитие речевого дыхания, интонационно-методической стороны речи, фонематического восприятия.

Работа с лицами, страдающими дизартрией, проводится в различных типах логопедических учреждений: детских садах и школах для детей с тяжелыми нарушениями речи, в школах для

детей с нарушением опорно-двигательного аппарата (последствиями полиомиелита и церебральным параличом), в речевых отделениях психоневрологических больниц. При более легких (стертых) формах дизартрии работа проводится в поликлиниках, на логопедических пунктах общеобразовательных школ.

При дизартрии требуется ранняя, длительная и систематическая логопедическая работа. Успех ее в значительной степени зависит от взаимосвязи в работе логопеда и врача-невропатолога или психоневролога, логопеда и родителей, а при явных двигательных нарушениях — логопеда и массажиста, специалиста по лечебной физкультуре.

Важное значение имеет ранняя диагностика патологии и логопедическая работа с этими детьми в первые годы жизни. В нашей стране разработана система комплексных мероприятий по предупреждению дизартрии у детей с перинатальным поражением мозга. Эта система включает комплексную медико-педагогическую работу с детьми начиная с первых месяцев их жизни. Работа проводится в специальных неврологических стационарах для детей с перинатальной патологией.

**Для профилактики дизартрии** имеют значение профилактические осмотры детей первых лет жизни с перинатальной патологией, а также детей группы риска, т.е. детей, не имеющих признаков поражения мозга, но у которых отмечалась патология со стороны нервной системы в первые месяцы жизни или которые родились в асфиксии, от патологически протекавшей беременности и т. д. Врач и логопед дают обоснованные рекомендации родителям по лечению, обучению, воспитанию детей, по развитию артикуляционной моторики.