

УДК 376.37

О. Г. Приходько
Москва, Россия

O. G. Prikhodko
Moscow, Russia

ПРИНЦИПЫ, ЗАДАЧИ И МЕТОДЫ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПРИ ДИЗАРТРИИ

PRINCIPLES, GOALS AND METHODS OF SPEECH THERAPY FOR CHILDREN WITH DYSARTHRIA

Аннотация: в статье раскрыты особенности работы с детьми с дизартрией, представлены принципы, задачи и методы логопедической работы.

Abstract: the article shows peculiarities of work with children with dysarthria; principles, goals and methods of speech therapy are described.

Ключевые слова: дизартрия; логопедический массаж; артикуляционная гимнастика; принципы, задачи, методы логопедической работы.

Key words: dysarthria; speech therapy massage; articulation gymnastics; principles, goals, methods of speech therapy.

Сведения об авторе: Приходько Оксана Георгиевна, доктор педагогических наук, профессор, декан факультета специальной педагогики.

About the author: Prikhodko Oksana Georgievna, Doctor of Pedagogy, Professor, Dean of the Faculty of Special Pedagogy.

Место работы: Московский городской педагогический университет.

Place of employment: Pedagogical University of Moscow City.

Контактная информация: 117261, г. Москва, ул. Панферова, д.8, стр.2, тел.: 8(499)1320562.

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 вре-

мени его установления. Логопедическое воздействие при дизартрии требует контроля динамики речевого развития ребенка и эффективности выполнения коррекционной программы.

Речевая терапия основана на тесном единстве с лечебными мероприятиями, направленными на развитие двигательных функций. Сочетание логопедической работы с медицинскими мероприятиями (меди-

каментозное 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 рефлекторную 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; пассивную и активную артикуляционную гимнастику; дыхательные и голосовые упражнения; искусственную локальную контрастотермию (сочетание гипо- и гипертермии).

Дифференцированный логопедический массаж. Дифференци-

рованный 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 обу-

чить родителей ребенка элементарным приемам массажа и пассивной артикуляционной гимнастики, предварительно объяснив родителям их необходимость и эффективность.

Задачи, показания, противопоказания и условия проведения логопедического массажа. Основные задачи логопедического массажа:

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. Афферентация 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, иг-

рающих 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 рекоменда-

ции 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). 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 речевидвигательного 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. 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 полуоткинутаом 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 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).

Положение тела при логопедическом массаже. 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.

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 рефлексы 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.

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)).

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 в два раза большая часть клизмы — во рту, кончик — снаружи).

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 без-

действующих, или увеличение интенсивности мышц, ранее включенных. Это создаст 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) втягивание языка назад;

3) опускание языка вниз (к нижней губе);

3) поднимание языка вверх (к верхней губе);

4) боковые отведения языка (влево и вправо);

5) 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», фиксируемую пальцами 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 [а], [о], [у], [и], [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) поднимание верхней губы с обнажением зубов (плаксивое выражение лица).

Для создания большей иннервационной активности, для повышения степени кинестетического чувства речевого аппарата, для уве-

личения 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.

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 (тепло-массаж);
- 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 под-

челюстной 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 теплоэлектро-массажер.

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).

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 произвольных дыхательных движениях. Например, ребенок произвольно 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 произвольное 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 не-

произвольно 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 ноздрию, и ребенок дышит под определенный ритм (счет или стук метронома); потом зажимает другую ноздрию, 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.

6) 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»;

7) 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;

8) ротовой выдох можно поддерживать 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;

9) 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, продолжи-

тельности произвольного вдоха и выдоха. Нужно следить за плавностью и ритмичностью дыхательных движений. Дыхательная гимнастика должна проводиться до еды, в хорошо проветренном помещении.

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 фонирования, 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 звукосочетания, например «карр-карр».

Для укрепления мышц нёбной занавески с целью активизации движений мягкого неба 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 произносятся 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]), 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)

Лес 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 ле-

су», «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).

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, притопыванием (Мама мыла Таню. Мама мыла Таню).

На логопедических занятиях большое внимание уделяется формированию у детей умения пользо-

ваться повествовательной, вопро- сительной, восклицательной и по- велительной интонацией. Совмест- но с логопедом ребенок проговари- вает стихи и тексты с нужной ин- тонацией:

Сказала тетя (повествова- тельно): “*Фи, футбол!*” (восклица- тельно, с оттенком брезгливости).

Сказала мама (повествова- тельно): “*Фу, футбол!*” (восклица- тельно, с оттенком пренебрежения).

Сестра сказала (повествова- тельно): “*Ну, футбол!*” (восклица- тельно, с оттенком растерянности).

А я ответил (повествователь- но): “*Во, футбол!*” (восклицатель- но, радостно).

Кроме того, необходимо разви- вать у детей естественные интона- ции, выражающие различные эмо- циональные состояния: радость, удивление, испуг. Одним из средств выражения эмоций является произ- несение междометий. Их воспроиз- ведение можно сопровождать раз- личными произвольными движе- ниями и мимическими реакциями ребенка:

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

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

Ой! — на лице радость, всплес- нуть 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-интона- ционной стороны речи, гибкости, модуляций голоса способствуют игры-инсценировки и чтение сказок по ролям.

В процессе развития просодики проводится работа по формирова- нию и коррекции нарушений темпо- ритмических характеристик речи. Ритм организует не только двига- тельную активность, но и слово, руководит как темпом, так и дина- мическими особенностями речи. В работе над темпом и ритмом можно использовать такие движения, как отхлопывание и притоптывание. Допускается отстукивание ритма одной или двумя ногами, отхлопы- вание в ладоши или одной рукой по телу или столу. При этом ударному слогу соответствует более громкий хлопок или удар ногой по полу, не- ударному — тихий. Важным разде- лом работы является восприятие и воспроизведение ритма стихотво- рений. Необходимо прослушать текст стихотворения, его ритм, отхлопать ритм, затем проговорить стихотво- рение сначала с одновременным отхлопыванием ритма, а потом без него. При работе над темпом речи важно проговаривание речевого ма- териала в заданном темпе (от замед- ленного к убыстренному с посте- пенным наращиванием).

С детьми дошкольного и школьного возраста развитие ды- хания, голоса и просодики можно проводить не только на индиви- дуальных занятиях, но и на под- групповых и фронтальных лого-

педических занятиях (под музыку, счет и т. д.).

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, которые 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 apraxических 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 нарушенных свистящих звуков. Работая над коррекцией 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 корригироваться 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 эталонной 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 сере-

дине). 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-тша* 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.

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 ру-

- ки (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, рукожатие, 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 закрасивании рисунков, стирании горизонтальных линий ластиком. Отдельные движения кисти закрепляют и совершенствуют, включая их в разнообразную предметную деятельность, в навыки самообслуживания и письма.