**Особенности коррекционно-логопедической работы с детьми, имеющими нарушения звукопроизношения, осложненные стертой дизартрией.**

«Нет на земле гимна торжественнее,

чем лепет детских уст»

Виктор Гюго

В настоящее время самым распространенным речевым нарушением среди детей дошкольного возраста является дизартрия, которая имеет тенденцию к значительному росту. Причинами дизартрии являются органические поражения ЦНС в результате воздействия различных неблагоприятных факторов на развивающийся мозг ребенка во внутриутробном и раннем периодах развития. Чаще всего это внутриутробные поражения, являющиеся результатом острых хронических инфекций, кислородной недостаточности, интоксикации, токсикоза беременности. Среди причин важное значение имеют асфиксия и родовая травма, инфекционные заболевания нервной системы, черепно-мозговые травмы, реже — нарушения мозгового кровообращения, опухоли головного мозга, наследственные болезни нервной и нервно-мышечной систем, а также несовместимость по резус фактору. В чистом виде дизартрия встречается редко. Чаще всего дизартрия носит смешанный характер. Работая в детском саду, мы обычно сталкиваемся с детьми, имеющими нарушения звукопроизношения, осложненные стертой дизартрией. Она часто сочетается с другими речевыми расстройствами — с заиканием, общим недоразвитием речи, задержкой речевого развития, моторной алалией. Дифференциальная диагностика стертых дизартрий и других нарушений звукопроизношения различного этиопатогенеза чрезвычайно затруднена. Нарушения звукопроизношения при стертой дизартрии с трудом поддаются коррекции, отрицательно влияют на формирование фонетической и лексико-грамматической сторон речи, затрудняют процесс школьного обучения детей. Своевременная коррекция нарушений речевого развития является необходимым условием психологической готовности детей к усваиванию школьных знаний. При осмотре артикуляционного аппарата таких детей наблюдается различное положение языка в полости рта в состоянии покоя. Язык неспокойный, напряженный, лежит бугром. Иногда наблюдается западение правой или левой половины языка, у некоторых детей наблюдается сужение языка. Это свидетельствует об изменениях тонуса мышц языка. Наблюдается неточность, недостаточность силы движений языка, вялость, гиперкинезы. Неоднократное повторение движений вызывает быстрое утомление: замедляется темп движений, наблюдается легкое посинение языка. Это свидетельствует о мышечной и иннервационной недостаточности в органах артикуляции. Работая с детьми, имеющими речевые нарушения, осложненные стертой дизартрией, можно сказать, что одним из важнейших условий для правильного формирования звукопроизносительной стороны речи является достаточное развитие речевой моторики. Чтобы правильно произносить звуки речи, ребенок должен уметь воспроизводить артикуляционные уклады, включающие сложный комплекс движений. Особенности артикуляторной моторики у детей со стертой дизартрией обусловлены нарушением функции тех двигательных нервов, которые участвуют в артикуляции. Основное нарушение со стороны черепно-мозговых нервов у данной категории детей связано с поражением подъязычных нервов (XII пара). Проявления такого поражения многообразны: ограничение движений языка в стороны, вверх, вперед, пассивность кончика языка, чрезмерное напряжение спинки языка, слабость одной из его половин, беспокойство языка при попытке удержания его в заданном положении, напряжение языка при ускорении темпа движений, нарастающее утомление мышц, потеря четкости, координации, повышение саливации, отклонение языка в сторону при высовывании, подергивания языка. Со стороны тройничных (V пара), языкоглоточных (IX пара) и блуждающих (X пара) нервов тяжелых расстройств, как правило, не наблюдается. В некоторых случаях могут отмечаться недостаточность сокращения мягкого нёба, отклонение маленького язычка в сторону с легким парезом небной занавески. Ассиметрия лицевых нервов (VII пара) отмечается в основном за счет сглаженности носогубных складок справа или слева, что, соответственно, вызывает недостаточное оскаливание зубов, неравномерное надувание щек. В практике чаще всего встречается комбинация этих нарушений, которые, как правило, носят стойкий постоянный характер. Слабость этих нервов, наличие мышечной и инервационной недостаточности в органах артикуляции отражается не только на артикуляции отдельных звуков, но и на переключении с одного звука на другой, на плавность последовательной смены артикуляционных движений, автоматизации речи. Движения мимической лицевой мускулатуры и артикуляционного аппарата характеризуются быстрой истощаемостью, низким качеством, не имеют достаточной точности, плавности. Часто нарушается дифференцированные движения кончика и спинки языка, губ. Для одних детей характерна скованность, невозможность выполнения более сложных движений, для других — двигательное беспокойство, наличие гиперкинезов языка, лицевой мускулатуры, наличие синкинезий. У детей со стертой дизартрией оказывается нарушенной как статика, так и динамика артикуляционных движений. Характерными особенностями детей со стертой дизартрией является нарушение фонетического компонента речи, просодической стороны речи, нарушение речевого дыхания за счет нарушения иннервации дыхательной мускулатуры, саливация, расстройства общей и речевой моторики. Данные особенности выявляются в сглаженной, стертой форме, что обусловлено наличием негрубых, неярко выраженных органических нарушений. Одним из наиболее тяжелых видов нарушения звукопроизношения является боковой сигматизм, характеризующийся как трудностью восприятия неразборчивой, «хлюпающей» речи, так и длительной динамикой устранения этого дефекта. Признаки органического поражения центральной нервной системы носят при боковом сигматизме «мозаичный» характер, так как поражены не все мышечные образования, иннервируемые отдельным нервом, а только отдельные мышечные пучки. При этом артикуляционные уклады различных групп звуков формируются дефектно. Характерным признаком бокового сигматизма является искажение серединной щели языка, которое происходит вследствие опускания боковых краев языка или отклонения отдельных участков языка. В результате непримыкания боковых краев языка к боковым зубам с одной или с обеих сторон возникают боковые щели для выхода воздушной струи. Поэтому шум при образовании свистящих или шипящих звуков приобретает шепелявый, «хлюпающий» характер. Таким образом, боковой сигматизм — стойкий, не исчезающий спонтанно дефект. Его коррекция требует особых усилий не только со стороны логопеда, но и со стороны ребенка, родителей, воспитателей. Основными задачами при работе с детьми со стертой дизартрией являются: развитие общей и речевой моторики; работа над речевым дыханием, развитием голоса; постановка звуков, их автоматизация и дифференциация; обучение выразительности, интонированию; развитие слухового восприятия, фонематического слуха, анализа, синтеза, слоговой структуры; развитие лексико-грамматической стороны речи, развитие внимания, памяти, мышления. При коррекции бокового сигматизма особенно важным является развитие артикуляционной моторики: вывести паретичные участки языка из состояния бездействия, включить их в дифференцированную работу всего артикуляционного аппарата; согласовать движения кончика языка и различных частей языка в единую артикуляционную структуру; выработать достаточный напор выдыхаемой воздушной струи и правильное ее направление; развитие мышц лицевой мускулатуры, прежде всего мышц губ и щек. При этом следует придерживаться принципа соблюдения постепенного перехода от простого к сложному. Артикуляционные упражнения не должны вызывать трудности у детей. Переходить к новому упражнению следует лишь после усвоения предыдущего. Только при таком подходе у ребенка, страдающего боковым сигматизмом, появится уверенность в исправлении дефекта. Элементы психотерапии имеют огромное значение: каждое верно выполненное упражнение должно поощряться. Артикуляционные упражнения с детьми отрабатываются в игровой форме в течение двух-трех месяцев, произносятся в стихотворной форме в виде «Сказкок о Веселом Язычке». При разучивании и отработке артикуляционных упражнений весьма эффективным является прием «обыгрывания» отдельных артикуляционных движений и всей артикуляционной гимнастики в целом. Этот прием предполагает включение того или иного артикуляционного упражнения в соответствующую условно игровую ситуацию. Например, для упражнения «Качели» можно рекомендовать следующие игровые ситуации: «Язык делает зарядку», «Качалка для подъема воды» и т.д. Затем необходимо постепенно подключать новые упражнения, связанные с постановкой определенных групп звуков. Вся работа по развитию артикуляционной моторики осуществляется с опорой на сохранные анализаторы: зрительный (все упражнения дети выполняют перед зеркалом, по подражанию и по инструкции логопеда), тактильный (ощущение выдыхаемой струи воздуха на ладошке), кинестетический («запоминание» — определенных кинестетических поз). Позже подключается слуховой анализатор, когда уже отработаны основные положения органов артикуляционного аппарата. При боковом сигматизме у многих детей наблюдается излишнее слюноотделение. Слюноотделение увеличивается при нагрузках на артикуляционные органы, мешает выполнению упражнений. Логопед должен корректно постоянно напоминать ребенку: «Проглоти слюну», «Очисти рот от слюны». На протяжении всей работы с детьми, страдающими боковым сигматизмом, самым важным моментом коррекции остается коррекция речевой моторики. Поэтому для развития подвижности речевого аппарата с детьми желательно проводить легкий массаж лицевой и артикуляционной мускулатуры. При боковом сигматизме у детей часто наблюдается более и менее выраженная пирамидная недостаточность, которая проявляется в виде сглаженности носогубной складки (чаще правой). Наличие лицевой асимметрии требует проведение массажа с гиперкоррекцией пораженной стороны. Вот некоторые элементы массажа, которые рекомендуется проводить с детьми: похлопывание сглаженной носогубной складки; круговые движения в месте соединения жевательных мышц; поглаживание губ, легкое пощипывание сомкнутых губ чаще на пораженной стороне, круговые поглаживающие движения в углах рта, особенно на стороне сглаженной носогубной складки, легкое пощипывание опущенного угла рта, пощипывание края нижней челюсти больше на пораженной стороне. Элементы массажа способствуют возбуждению иннервации пораженных мышц языка: легкое поглаживание, постукивание языка шпателем, пальцами, уделяя большое внимание пораженной стороне, очень легкое похлопывание пораженного бокового края языка. Постоянно помня о том, что боковой сигматизм характеризуется отсутствием серединной щели при ослаблении боковых краев языка, важным является работа, способствующая расширению, распластыванию и укреплению боковых краев языка посредством специальных упражнений. Работая с детьми над коррекцией бокового сигматизма важно уделять огромное внимание выработке воздушной струи, направленной по средней линии языка. Все упражнения по развитию воздушной струи выполняются при положении распластанного языка, касающегося боковых зубов. Одновременно с элементами массажа важным является и проведение мимической гимнастики для развития движений мышц лица и губ. Начинать необходимо с выполнения легких, доступных движений с постоянным усложнением: закрывание и открывание глаз (одновременное и поочередное), нахмуривание бровей, равномерное поднимание бровей, надувание щек (обеих и поочередно). Эти упражнения проводятся перед артикуляторной гимнастикой. Занятия по формированию произвольных дифференцированных мимических движений проводятся в игровой форме. Всем известно о тесной связи движений руки и речи и развитие движений руки способствует развитию речи. Указанная связь особенно ярко проявляется при дизартрии. А так как нарушение звукопроизношения при боковом сигматизме рассматривается как расстройство речи дизартрического характера, то развитие тонкой дифференцированной моторики кистей и пальцев рук является необходимым условием коррекции бокового сигматизма. На формирование речи ребенка существенное влияние оказывает кинестетический импульс, идущий от пальцев рук. Поэтому для более эффективной работы по исправлению речевых отклонений можно использовать устроенную в группе «сенсорно-моторную зону». Зона выполнена с использованием природного материала, поролона. Детям предлагаются различные задания: заплети Маше косу, зашнуруй Ване косоворотку, завяжи лапти, помоги нанизать ягоды, грибы, овощи и т.д. Здесь много съемного материала, все крепится на крючках, пуговицах, липучках, кнопках. Еще одна зона специально отводится для упражнений по развитию дыхания (сила выдоха, направленность воздушной струи, плавность), так как у дошкольников с нарушением речи наблюдается несовершенство речевого дыхания. Оформление зоны меняется по сезонам. Используются современные мелкие игрушки, из которых составляется сюжет. Это может быть летний парк, зимний каток, лесная поляна. В коррекционной работе рекомендуется применять и пальчиковую зарядку для ног. В процессе эволюции ногам человека суждено специализироваться для реализации важнейшей функции — прямохождения. Но в ступне человека находятся важнейшие чувствительные точки организма, которые оказывают влияние на физическое и психическое состояние организма. Можно утверждать, что «мелкая моторика» ноги оказывает влияние на развитие соответствующих отделов головного мозга. Для детей полезно знать, «что умеют пальцы их ног» (комплекс гимнастики прилагается). Большое внимание необходимо уделять коррекционным физминуткам для развития общей моторики и проведению логоритмических занятий 1 раз в неделю. Каждое занятие является сюжетным. При проведении занятий используются элементы психогимнастики, игровая мотивация, пантомимы, музыкальные рассказы и импровизации. Такие занятия развивают внимание, слуховое восприятие, пространственную ориентировку, а главное, способствуют коррекции собственно речевых нарушений: фонематического слуха, темпа и ритма дыхания и т.д. У школьников со стертой дизартрией нарушения ручной моторики проявляются в нарушении точности, быстроты и координированности движений. Это отражается на письме ребенка. Чтобы избежать этого необходимо предлагать детям специальные задания по развитию графических навыков. Это написание прямых и наклонных палочек, различные соединения по точкам, зарисовка каемочек, зрительные диктанты и т.д. В исследованиях, посвященных проблеме стертой дизартрии, отмечается, что при данном речевом расстройстве, наряду с нарушениями звуковой стороны речи, часто наблюдается искажение структуры слова и замены звуков, что позволяет рассматривать этот дефект как фонетикофонематический. Процесс овладения правильным звукопроизношением осуществляется на основе тесного взаимодействия сенсорных и моторных функций. С одной стороны, правильное усвоение звуковой стороны речи определяется уровнем фонематического восприятия, с другой стороны, слуховой анализатор испытывает значительное влияние со стороны речедвигательного: ребенок слышит и воспринимает звуки так, как он их произносит. Поэтому для правильного формирования звуковой стороны речи ребенок должен иметь не только подготовленный к этому артикуляторнй аппарат, но и уметь хорошо слышать и различать правильно и неправильно произносимые звуки своей и чужой речи. Таким образом, можно сделать вывод, что у детей, имеющих нарушения звуковой стороны речи дизартрического характера, артикуляторные затруднения оказывают влияние на звуковое восприятие всей звуковой системы и у детей данной категории имеется недоразвитие фонематического восприятия. Поэтому, занятия по развитию фонематического восприятия являются особенно важными. Очень помогают в работе рекомендации психолога, особенно на начальном этапе коррекционной работы, в ходе обследования собираются следующие сведения о ребенке: Свойства речевого поведения (общительность, организованность речи и т.д.). Черты общего поведения (возбуждаемость, вялость, ревность и т.д.). Состояние психофизических процессов (устойчивость внимания, наблюдательность и т.д.). Полученная информация помогает наметить направления коррекционно-воспитательной работы и определить пути индивидуальнодифференцированного подхода. Для успешного достижения хороших результатов в работе с детьми со стертой дизартрией необходима помощь воспитателя и родителей. Воспитатель совместно с логопедом участвует в исправлении у детей речевого нарушения, а также процессов, тесно связанных с ним. Коррекционная работа в группе осуществляется под руководством и контролем логопеда. К коррекционным задачам воспитателя можно отнести: закрепление у детей речевых навыков на индивидуальных занятиях по заданию логопеда; проведение фронтальных занятий по развитию речи (по особой системе); пополнение, уточнение и активизацию словарного запаса детей в процессе всех режимных моментов; систематический контроль за поставленными звуками и грамматической правильностью речи детей; развитие у детей внимания и памяти — процессов, тесно связанных с речью; совершенствование словесно-логического мышления ребенка как одной из функций речи; развитие у детей артикуляционной и пальцевой моторики, направленной воздушной струи, речевого дыхания, силы голоса и т.д. Индивидуальные занятия по заданию логопеда воспитатель проводит во второй половине дня. Занятия проводятся в специально оборудованном логопедическом уголке. Воспитатель также осуществляет и специфические формы работы с родителями — объяснение задания логопеда, записанного в индивидуальной тетради ребенка, собрания, открытые занятия. Немаловажным является работа логопеда с родителями – консультации, где объясняется важность логопедического воздействия, показываются артикуляционные упражнения, если необходимо — массаж, подробно объясняется работа родителей с ребенком дома. Таким образом, при стертой дизартрии недостатки звукопроизношения изживаются только под воздействием длительного (2-3 года от степени сложности дизартрии), систематического логопедического воздействия, в котором огромное место занимает работа над развитием речевой моторики.

**Литература:**

Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом.- М., 1989.

Бадалян Л.О. Детская невропатология.-М., 1975.

Белова-Давид Р.А. Нарушение речи у дошкольников.-М., 1972.

Глухов В.П. Использование игровых приемов в логопедической работе по коррекции звукопроизношения у дошкольников.-М., 1993.-№ 4.-С. 37-43.

Данилова Л.А. Методы коррекции речевого и психического развития у детей с церебральным параличом.-Л., 1977.

Жукова Н.С., Мастюкова Е.М., Филичева Т.Б. Преодоление задержки речевого развития у дошкольников.-М., 1973.

Логопедия. Под ред. Л.С.Волковой.-М., 1989.

Лопатина Л.В. Приемы обследования дошкольников со стертой формой дизартрии и дифференциация их обучения/ Дефектология, 1986.-№ 2.-С. 64- 70.

Лопатина Л.В. Развитие моторной функции и воспитание правильной артикуляции свистящих звуков у дошкольников со стертой формой дизартрии.-С.-Петербург, 1992.

Мастюкова Е.М., Ипполитова М.В. Нарушение речи у детей с церебральным параличом.-М., 1985.