

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	1
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	5
1.1 Понятие «звукопроизношение» в литературе	6
1.2 Закономерности развития звукопроизношения у детей в онтогенезе.....	12
1.3 Клинико – психолого - педагогическая характеристика детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами.....	16
1.4 Особенности звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами.....	22
1.5 Возможности логопедического массажа в системе коррекционной работы	25
Выводы по главе 1.....	31
ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО ИССЛЕДОВАНИЮ СОСТОЯНИЯ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С МИНИМАЛЬНЫМИ ДИЗАРТРИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ 34	
2.1 Изучение звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами	34
2.2 Содержание коррекционной работы по преодолению нарушений звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами	68
Выводы по главе 2.....	80
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	84
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	87
ПРИЛОЖЕНИЕ	90

В современном мире из – за плохой экологии, наблюдается тенденция к ухудшению здоровья подрастающего поколения, что выражается в общей соматической ослабленности, наличия органической симптоматики и сочетанности разных дефектов развития. Всё это оказывает отрицательное влияние на формирование высших психических функций ребёнка, особенно на становление его речи.

В результате у большинства детей дошкольного возраста наблюдаются те или иные дефекты речи. Среди всего спектра речевых расстройств у детей старшего дошкольного возраста можно отметить такое наиболее часто встречающееся речевое расстройство, как минимальные дизартрические расстройства или стёртая дизартрия, при котором ведущим в структуре речевого дефекта является стойкое нарушение фонетической стороны речи.

Дети с данным речевым дефектом уже в дошкольном возрасте испытывают трудности в общении с окружающими людьми, а в дальнейшем, если не принимать должных мер по преодолению речевого дефекта, ситуация только усугубится. В школе у таких детей возникнут проблемы не только с усвоением программного материала по русскому языку и литературе, что в дальнейшем приведёт к дислексии и дисграфии, но и скажется на психическом развитии ребёнка, его деятельности и поведении, то есть повлияет на становление личности в целом.

Соответственно, проблема исследования и коррекции стойких нарушений звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами становится особенно актуальной в логопедии в настоящее время.

Изучением нарушений звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами занимались многие отечественные учёные: Е.М. Мастюкова, Л.В. Лопатина, Е.Ф. Архипова, Г.В. Чиркина, Е.Ф. Собонович, О.В. Правдина, М.В. Ипполитова и другие.

Минимальные дизартрические расстройства или стёртая дизартрия – это расстройство речи, причиной которого является нарушение иннервации органов артикуляционного аппарата вследствие минимальных органических повреждений центральной нервной системы, поэтому для успешной коррекции нарушенного звукопроизношения при минимальных дизартрических расстройствах необходимо включать комплексы логопедического массажа.

Логопедический массаж – уникальная технология, позволяющая преодолеть не только дефекты звукопроизношения, но и скорректировать моторные функции речевого аппарата, что позволит ребёнку свободно владеть своим речевым аппаратом, пользоваться полным объёмом артикуляционных движений и т.д.

Логопедический массаж на сегодняшний день является эффективным методом в работе с детьми с нарушением звукопроизношения. В результате механического воздействия улучшается состояние речевого аппарата, что позволяет ребёнку с минимальными дизартрическими расстройствами почувствовать правильное кинестетическое положение органов артикуляционного аппарата при произношении звуков. Логопедический массаж корректирует произношение звуков, поддерживает тонус мышц речевого аппарата и главное, помогает специалисту (логопеду) сократить время для формирования правильной речи.

Актуальность исследования: значительная тенденция к увеличению детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами и необходимость совершенствования коррекционной работы с применением логопедического массажа позволяет считать, что тема моей исследовательской работы: «Использование логопедического массажа в коррекции звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами» своевременна и актуальна.

Объект исследования: процесс преодоления нарушений звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами.

Предмет исследования: особенности звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами.

Цель исследования: теоретически изучить научную литературу по проблеме исследования и практически показать возможность преодоления нарушений звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами.

Для достижения цели исследования были определены следующие **задачи:**

1. Изучить и проанализировать психолого – педагогическую литературу по проблеме исследования;

2. Изучить особенности звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами;

3. Подобрать комплекс логопедического массажа для коррекции нарушений звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами.

Методы исследования: анализ психолого – педагогической и логопедической литературы, диагностические мероприятия по выявлению проблем нарушений звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами, педагогический эксперимент, обработка и интерпретация результатов.

Исследование проходило на базе Детского сада №152 ОАО «РЖД» СП №1 г. Челябинска.

Структура выпускной квалификационной работы: выпускная квалификационная работа состоит из введения, двух глав, выводов к главам, заключения, списка литературы и приложений.

**ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ
ИССЛЕДОВАНИЯ**

1.1 Понятие «звукопроизношение» в литературе

Звукопроизношение, которое представляет собой важную сторону речи, составляет основу речевого процесса.

Звук речи – это минимальная единица звуковой цепи, являющаяся результатом определённой артикуляционной деятельности и обладающая специфическими акустическими и перцептивными свойствами [11].

В любом языке существует определённое количество звуков, которые создают звуковой облик слов. Звук вне речи не имеет значения, он приобретает его лишь в структуре слова, помогая отличать одно слово от другого.

Звукопроизношение – это процесс образования речевых звуков, осуществляемый энергетическим (дыхательным), генераторным (голособразовательным) и резонаторным (звукообразовательным) отделами речевого аппарата при регуляции со стороны центральной нервной системы [37].

Русский язык представляет собой сложную звуковую систему, включающую в себя определённый набор звуковых единиц разного уровня (звуки, морфемы, слова, предложения), правил их построения и употребления.

Овладение ребёнком звуковой системой языка – это сложный многоуровневый процесс, который происходит в строгой последовательности, поэтому многие исследователи, занимающиеся теорией звучащей речи, акцентируют на это внимание. В результате проведённого анализа звуковой структуры языка закладывается основа для теоретического понимания процессов, происходящих в речи. Учёные характеризуют звуковые единицы языка с точки зрения формирования звука (это акустические свойства) и восприятия (воспринимаемые качества). Все единицы языка взаимосвязаны между собой.

Ребёнок с рождения осуществляет сложную работу по овладению

фонологическими средствами языка. При том на усвоение различных звуковых единиц речи ребёнку требуется разное количество времени, включая разные возрастные периоды. При воспитании и обучении ребёнка необходимо соблюдать правильные условия, которые в дальнейшем будут способствовать успешному усвоению грамматических и звуковых сторон слова этим ребёнком [13].

Исследования лингвистов, психологов, и педагогов таких, как Л.С. Выготский, Р.Е. Левина, Д.Б. Эльконин, А.А. Леонтьев, А.М. Шахнарович, Н.Х. Швачкин, Ф.А. Сохин, Е.И. Негневицкая, Л.Е. Журова и другие дают основания полагать, что именно звуковая сторона языка рано становится предметом внимания ребёнка.

В своих исследованиях Л.С. Выготский отмечал такой факт, что при усвоении ребёнком знаковой стороны языка, сначала ребёнок овладевает внешней структурой знака, то есть звуком. Д.Б. Эльконин указывал на то, что овладение звуковой системой языка занимает основополагающее положение в формировании и развитии связной речи, а также для усвоения грамматической системы языка. Фонематический слух, или способность ребёнка воспринимать звуковые единицы языка, тесно взаимосвязаны с процессом формирования произношения звуков речи. Оба эти процесса лежат в основе овладения ребёнком звуковой стороны языка. Также прослеживается взаимосвязь между количеством правильно произносимых звуков и расширением активно используемых слов.

В трудах Л.В. Бондаренко, Е.Н. Винарской, В.И. Бельтюкова и других исследователей затрагивается лингвистический аспект формирования звукопроизношения. Они в своих работах акцентируют своё внимание на том факте, что артикуляционные позиции звуков в речи определяют специфику их акустических характеристик. Отмечают, что даже незначительное отклонение от нормы артикуляции ведёт к изменению акустического образа звуковой единицы.

Понимание различительных артикуляционных и акустических

признаков звуков речи – это необходимое условие для успешного овладения звуками речи, а также необходимо для построения работы по выработке правильного навыка в произношении звуков [42].

Процесс формирования произносительной стороны речи происходит в тесной взаимосвязи между усвоением артикуляции звуков (движение и позиции органов речи, необходимых для произнесения звуков) и усвоением системы признаков звуков, нужных для различения.

Б.М. Гриншпун в своих трудах рассматривает процесс формирования звукопроизношения, как сложный процесс, в ходе которого ребёнок учится воспринимать обращённые к нему звуковые единицы и управлять своими органами речи для её воспроизводства. Автор отмечает, что при становлении и развитии речи ребёнка формируется фонематический слух, благодаря которому становятся возможными операции дифференциации и определения фонем, и фонетический слух, который обеспечивает «слежение за непрерывным потоком слогов». Фонематическим и фонетическим слухом осуществляется приём и оценка чужой речи, а также контроль за собственной речью. Фонетический слух является важной составляющей в формировании правильного звукопроизношения.

Формирование правильного звукопроизношения также находится в тесной зависимости от уровня развития фонематических процессов, среди которых находятся фонематическое восприятие, способность к фонематическому анализу и синтезу, фонематические представления.

Фонетические наблюдения (самоконтроль) детей за артикуляцией являются основой для формирования речевого слуха, а также для развития культуры устной речи и её произношения.

В процессе изучения ребёнком грамматики живого разговорного языка, в результате осуществления операций по объединению звуков, составляющих слово, приводит к пониманию значения самого слова, то есть происходит развитие контроля за своим языком. В результате чего начинает формироваться умение контроля за произношением слова,

явлением чередующихся гласных и согласных звуков [45].

Изменение процессов формирования системы произношения родного языка, в следствие дефектов восприятия и произношения фонем, ведёт к различной речевой патологии у детей и определяется, как нарушение звукопроизношения. В группу речевых патологий, характеризующихся нарушенным звукопроизношением, входит такой дефект речи, как минимальные дизартрические расстройства.

На сегодняшний день самым частым недостатком речи детей дошкольного возраста являются разнообразные виды нарушений звукопроизношения, появляющиеся в форме неумения правильно произносить конкретный звук, замены звуков или их искажением.

Возникновение нарушения произношения звуков обычно связывается с моторными или сенсорными нарушениями периферического или центрального характера. Поэтому следует учитывать локализацию нарушений:

- нарушения и изменения в строении артикуляционного аппарата;
- разнообразные нарушения иннервации мышц, которые принимают непосредственное участие в артикулировании;
- снижение или нарушение слухового восприятия.

Нарушение звукопроизношения может отмечаться не только в отношении одного конкретного звука, но и группы звуков.

По распространённости нарушений выделяют:

- свистящие (22%);
- шипящие (24%);
- звонкие (4,5%);
- задненёбные (1%);
- мягкие (1,5%).

Такая закономерность связана с распределением дефектов артикуляционной работы. Чем сложнее артикуляционная работа по произношению звука, тем больше вероятность, возникновения нарушения

звукопроизношения.

По мнению учёных – логопедов нарушения в звукопроизношении могут возникать из – за несовершенства речевой коммуникации. Встречаются ошибки, которые не нарушают смысла сказанного, а касаются лишь оттенков фонем; ошибки которые приводят к смешению фонем и их различию, и считаются грубыми, так как нарушают смысл сказанного.

О.В. Правдина определила уровни нарушения звукопроизношения:

-неумение правильно произносить определённый звук или группу звуков;

-неправильное произношение звука в речи, при правильном изолированном произношении;

-недостаточная дифференциация близких по артикуляции звуков, при этом ребёнок умеет правильно произносить оба звука.

Определены такие виды нарушений звукопроизношения, как сигматизмы, ротацизмы, ламбдацизмы, йотацизмы, гаммацизмы и хитизмы. Перечисленные выше виды нарушений связаны с искажением произношения звуков.

Виды нарушений, имеющие приставку «-пара», как парасигматизм и другие, свидетельствуют о замене звука при произношении.

Сигматизм – расстройство речи, при котором неправильно произносятся или искажаются свистящие, или шипящие звуки и является самым распространённым видом нарушения звукопроизношения. Сигматизмы делятся на две основные группы, это фонетический сигматизм (боковой, межзубный, губно – зубный, носовой и т.д.) и парасигматизм (призубным свистящим и шипящим).

Ротацизм – расстройство речи, при котором нарушено произношение звука [р]. Это сложный по артикуляции звук, поэтому наблюдается большое количество дефектов. Например, логопед А.Я. Яунберзина официально зарегистрировала 28 видов ротацизмов. Среди них самыми

распространёнными являются полное отсутствие звука или замена его гласным, горловое или носовое произношение, двугубное или одноударное произношение.

Ламбдацизм – это дефектное произношение звука [л] (полное отсутствие звука, замена звука [л] на гласный звук, губно – загубное, двугубное или носовое произношение).

Йотацизм – нарушенное произношение полугласного звука [й] (полное отсутствие звука, замена звука [й] другими звуками).

Нарушения в звукопроизношении ряда нёбных звуков принято называть:

-каптацизмы – нарушение произношения звука [к];

-гаммацизмы – нарушение произношения звука [г];

-хитизмы – нарушение произношения звука [х].

Также в логопедии выделяются такие нарушения, как озвончение и смягчение звуков. Это связано с тем, что согласные звуки в русском языке имеют глухую и звонкую пары. Исходя из этого выделяют такие виды озвончения, как полное отсутствие в речи звонких согласных, постоянная их замена на парные глухие; недостаточное озвончение согласных, недостаточное оглушение согласных.

К дефектам смягчения относятся такие варианты нарушений, как постоянная замена мягких согласных парными твёрдыми звуками (полное отсутствие мягких согласных), излишнее смягчение, нарушение дифференциации мягких и твёрдых согласных.

Ребёнок с дефектами речи имеет индивидуальный набор нарушенных звуков. Если у ребёнка отмечается нарушение произношения звука какой – либо одной группы, то дефект принято называть частичным, простым или мономорфным. Если же у ребёнка присутствуют нарушения произношения звуков разных групп звуков, тогда такое нарушение носит название полиморфного или сложным диффузным нарушением звукопроизношения.

Таким образом, звукопроизношение – это воспроизведение звуков речи.

В области логопедии, по изучению проблемы звукопроизношения занимались многие учёные: Р.И. Лалаева, А.Н. Гвоздев, Т.Б. Филичёва, О.В. Правдина, М.Ф. Фомичёва, А.В. Ястребова, Л.Ф. Спирина, Б.М. Гриншпун, Л.В. Лопатина, Л.В. Щерба и другие. Они внесли неоценимый вклад в исследовании процессов формирования звукопроизношения в детской речи, указали необходимые условия в воспитании и обучении детей, способствующие формированию грамматически правильной речи.

От уровня сформированности звукопроизношения зависит обучаемость и успеваемость ребёнка в школе, его адаптация и социализация в коллективе.

Основой работы по формированию правильного звукопроизношения должно стать последовательное поэтапное развитие всех звуков родного языка. Последовательно практикуя чёткое произношение всех звуковых единиц (гласных и согласных) ведёт к усвоению ребёнком фонематической системы языка. Во время работы по формированию правильного звукопроизношения у ребёнка развиваются кинестетические ощущения (движение и положение органов артикуляционного аппарата), что помогает ребёнку овладеть правильной артикуляцией звуков.

Знание и понимание законов, регулирующих развитие звуковоспроизводящей стороны речи, необходимо для формирования у ребёнка грамматически правильной речи, адекватной оценке его уровня сформированности звукопроизношения и построения качественной коррекционной работы.

1.2 Закономерности развития звукопроизношения у детей в онтогенезе

Речь, в том числе и её звуковая сторона, не являются врождённой способностью. Она (речь) развивается в процессе онтогенеза параллельно с физическим и умственным развитие ребёнка и служит показателем его общего развития. Качество произношения зависит от состояния и подвижности органов артикуляционного аппарата, который ещё только начинает активно функционировать.

Ребёнок овладевает речью постепенно, переходя от более простых структур к более сложным. Овладение речью – активный процесс поисков, наблюдений, сравнений, установления отношений и обобщений, нуждающийся в использовании ребёнком всех анализаторов.

Язык представляет собой совокупность языковых единиц (звуков, морфем, слов, предложений), а также правил их конструирования и употребления [41].

Изучением проблемы звукопроизношения занимались учёные: Р.И. Лалаева, А.Н. Гвоздев, Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина, М.Ф. Фомичёва, А.В. Ястребова и другие.

Усвоение ребёнком родного языка происходит в определённой последовательности по мере созревания нервно – мышечного аппарата. В первые месяцы после рождения у ребёнка интенсивно развиваются слуховой, зрительный, двигательный – кинестетический анализаторы [13].

Ребёнок в онтогенезе усваивает закономерности языка на основе частичного анализа речи взрослых и на основе врождённых познавательных способностей.

Развитие речевой функции происходит в соответствии с определёнными системами языка, которая строится на основе интонационных структур и фонемного состава, усваиваемых ребёнком, как на уровне понимания, так и на уровне своей собственной активной речи.

Так в языке наблюдается следующая последовательность усвоения различий между группами фонем в произношении, а именно вокальные – консонантные, ротовые – носовые, лабиальные – дентальные, велярные –

палатальные. Взрывные формируются раньше щелевых, а щелевые раньше аффрикат. Если на ранних этапах онтогенеза процесс усвоения фонем детерминирован биологическими, врождёнными факторами, то по мере дальнейшего формирования звукопроизношения порядок усвоения фонем всё больше начинает подчиняться закономерностям фонематической системы родного языка [43]. Выделение фонем в процессе их фонематического противопоставления происходит в определённой последовательности. Ребёнок усваивает различия между гласными раньше, чем различия между согласными звуками. Также существуют закономерности в отношении восприятия гласных, зависящие от их основных артикуляционных характеристик. Артикуляционные характеристики гласных строятся на основании двух главных признаков: степени подъёма языка и степени продвинутости языка вперёд или назад.

Анализируя крики новорождённых, их характер появления, путём выдыхания потока воздуха при разной по степени раскрытой полости рта, в результате чего получался звук гласного типа с разной степенью открытости [13]. Характерно для этого звука, что его нельзя разделить на отдельные элементы, выделив в нём те или иные звуки.

Условно формирование артикуляционной базы в онтогенезе можно представить следующим образом:

- к первому году – появляются смычки органов артикуляции;
- к полутора годам – ребёнок становится способен чередовать позиции (смычка и щель);
- после трёх лет – ребёнку уже удаются следующие движения языка (подъём кончика языка вверх и напряжение спинки языка);
- к пяти годам – появляется возможность вибрации кончика языка.

Из этого можно сделать вывод, что артикуляционная база в онтогенезе постепенно формируется к пяти годам. При условии, что формирование фонематического слуха происходит своевременно (в норме к 1 году 2 месяцам – 2 годам), то у ребёнка в норме к пяти годам

нормализуется звуковая структура речи.

В онтогенезе первыми формируются противопоставления по подъёму языка, причём гласный нижнего ряда – максимально открытый, широкий звук [а], противопоставляется узким звукам, гласным верхнего подъёма.

Далее формируется противопоставление по ряду (гласные переднего ряда, ещё не отделяемые друг от друга, как единый звук [и/э], противопоставляются гласным заднего ряда, тоже не дифференцируемым [у/о]). Последним формируется противопоставление гласных верхнего и среднего подъёма (то есть звук [э] отделяется от звуков [и], [у], [о]). Как правило, появление гласных звуков в продуктивной речи начинается также со звука [а], а затем уже появляются остальные гласные звуки [42]. Однако такая согласованность в последовательности восприятия фонематических различий между звуками и порядком их усвоения наблюдается только по отношению к гласным, в отношении согласных звуков такого совпадения нет.

Сначала идёт осознание различия между наличием и отсутствием согласного, далее «внутри» согласных формируется оппозиция «сонорные - шумные». Позднее различается мягкость и твёрдость согласных. Затем «внутри» шумных в первую очередь различаются взрывные. Далее дифференцируются один от другого язычные переднего и заднего ряда ([т] – [к], [с] – [х]). В последующем формируется различение глухих и звонких согласных. Значительно позже возникает противопоставление шипящих и свистящих звуков.

У большинства детей наблюдается следующая последовательность усвоения согласных: губные появляются раньше язычных, при этом твёрдые губные раньше, чем мягкие губные, а мягкие зубные – раньше твёрдых; смычные - раньше щелевых, свистящие - раньше шипящих; а затем уже осваиваются аффрикаты и сонорные звуки.

Ранее всех звуков в онтогенезе речи ребёнком усваиваются взрывные

[п], [т], [к], что свидетельствует о большей их функциональной значимости, по сравнению с щелевыми [13].

Таким образом, у детей в онтогенезе усвоение русского языка, в первую очередь формируются звуки, определяющие ядро русской фонологической системы ([а], [о], [п], [м], [т`], [д`], [д], [б], [н]. Позже появляются в произношении звуки ([э], [у], [и], [ы], [с], [ш], [ч], [щ], [л], [р].

Артикуляционная сложность звуков является определяющим фактором в последовательности появления звуков в речи. Под «артикуляторно сложными» понимаются звуки с более сложным составом артикуляторных движений и поэтому они позже формируются в онтогенезе и замещаются «простыми» [13].

Таким образом, речь у детей в норме развивается многоступенчато. Формирование звукопроизношения в онтогенезе происходит последовательно и характеризуется рядом черт, общих для всех детей. К концу дошкольного возраста большинство детей полностью овладевает навыком правильного звукопроизношения. Для этого ребёнку необходимо чётко и правильно воспринимать звуки речи на слух и иметь подготовленный артикуляционный аппарат.

1.3 Клинико – психолого - педагогическая характеристика детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами

Дизартрия – это нарушение звукопроизношения, голосообразования и просодики, обусловленное недостаточностью иннервации мышц речевого аппарата: артикуляционного, голосового и дыхательного [34].

При дизартрии нарушается двигательный механизм речи за счёт органического поражения центральной нервной системы. Структуру дефекта при дизартрии составляет нарушение всей произносительной стороны речи и внеречевых процессов (общая и мелкая моторика,

пространственные представления и др.).

Самые тяжёлые степени дизартрии встречаются у детей с детским церебральным параличом (ДЦП). Менее выраженные степени дизартрии наблюдаются у детей с задержкой психического развития (ЗПР), умственно отсталых. Лёгкие степени дизартрии или минимальные дизартрические расстройства встречаются часто у детей с общим недоразвитием речи (ОНР), у детей с фонетико – фонематическим недоразвитием речи (ФФНР).

Причинами возникновения дизартрии могут стать различные заболевания, при возникновении и течении которых нарушаются отделы головного мозга. У детей, перенёсших воздействие неблагоприятных внешних факторов в пренатальный, натальный и постнатальный периоды (интоксикация, токсикоз, нефропатия, инфекционные заболевания матери, гипоксия, асфиксия, резус – конфликт ребёнка и матери, родовые травмы, менингиты, гнойные отиты, инфекционные заболевания, инсульты, черепно – мозговые травмы, перенесённые в раннем детстве и др.), могут проявиться дизартрические расстройства.

В логопедической практике среди детей дошкольного возраста минимальные дизартрические расстройства встречаются чаще и являются одним из распространённых, трудно поддающихся исправлению нарушений речи. Именно Г. Гуцман впервые выделяет среди детей с полиморфным нарушением звукопроизношения категорию детей, у которых выявляется стёртость артикуляции и у которых процесс коррекции крайне затруднён. Аббревиатура «МДР» была введена Г.В. Чиркиной и И.Б. Карелиной для обозначения малой (стёртой) степени дизартрии.

Минимальные дизартрические расстройства относительно недавно стали рассматриваться в качестве особого вида речевых нарушений.

Проблему данного речевого дефекта (минимальные дизартрические расстройства) изучали и освещали в своих работах Р.И. Мартынова, О.А.

Токарева, Е.Ф. Собонович, А.Ф. Чернопольская и другие.

Наряду с дефектом речи у детей данной категории наблюдается своеобразие неречевых процессов. Это проявляется в специфических особенностях ВПФ, моторной сферы и личностном развитии детей. Данные нарушения подробно исследовались В.А. Киселёвой, Л.В. Лопатиной, Р.И. Мартыновой.

Минимальное дизартрическое расстройство (стёртая дизартрия) – это расстройство речи, причиной которого является негрубое нарушение иннервации органов артикуляционного аппарата вследствие минимальных органических повреждений центральной нервной системы.

При минимальных дизартрических расстройствах страдает фонетический и просодический компоненты речи, а именно звукопроизношение, тон, тембр, интонация, выразительность [28].

Все симптомы проявляются в не ярко выраженной форме.

Для минимальных дизартрических расстройств характерно наличие слабовыраженных, но специфических артикуляционных движений (недостаточность загибания кончика языка вверх, ассиметричное положение вытянутого вперёд языка, его тремор и беспокойство в этом положении) вследствие нарушения моторики, искажение некоторых звуков. Обращают на себя внимание монотонная, невыразительная речь, назальный оттенок произношения, сложность автоматизации уже ранее поставленных звуков.

Клиническая картина в зависимости от зоны поражения может различаться: у одного ребёнка преобладает фонетический дефект, у другого – просодический, а у третьего - оба компонента присутствуют в равном объёме.

Нарушения звукопроизношения затрагивает две и более (например, шипящие, свистящие, сонорные) группы звуков. Речь с минимальными дизартрическими расстройствами изобилует искажениями, заменой звуков. Ребёнок может путать глухие, звонкие, мягкие звуки и не может их

правильно употребить. Даже если удаётся справиться с этими проблемами, достичь автоматизма трудно.

Для детей с минимальными дизартрическими расстройствами характерна скудность мимики, отсутствие тонуса губ, языка, асимметрия носогубных складок, уголков рта.

Детям с данной категорией речевого нарушения сложно удерживать органы речи в одной позиции, вызывает трудность в переключении с одного артикуляционного положения на другое, снижен объём движений губ и языка. Движения губ выполняются не в полном объёме, носят приблизительный характер, наблюдается затруднение в растягивании губ. При выполнении артикуляционных упражнений для языка отмечается избирательная слабость некоторых мышц языка, неточность движений, трудности распластывания языка, подъёма и удержания языка наверху, тремор кончика языка.

У многих детей отмечается быстрое утомление, повышенная саливация, наличие гиперкинезов мышц лица и язычной мускулатуры. В некоторых случаях девиация.

Особенности мимической мускулатуры и артикуляционной моторики у детей данной категории свидетельствуют о неврологической микросимптоматике и связаны с парезами подъязычных и лицевых нервов. Мозаичность симптомов лицевого, языкоглоточного и подъязычного нервов определяет особенности и разнообразие фонетических нарушений у детей.

Фонетические и просодические нарушения при минимальных дизартрических расстройствах обусловлены паретичностью и спастичностью отдельных групп мышц артикуляционного, голосового и дыхательного отдела речевого аппарата. Вариативность и мозаичность этих нарушений обуславливает разнообразие фонетических и просодических нарушений:

- межзубное произношение переднеязычных в сочетании с горловым

[p];

- боковое произношение свистящих, шипящих и аффрикат;
- дефект смягчения, в результате спастичности кончика языка и его стремления к более передней артикуляции;
- свистящие сигматизмы, в результате спастичности кончика языка шипящие образуются в нижней позиции языка;
- шипящие сигматизмы появляются из – за спастичности языка, когда язык утолщён и напряжён;
- дефекты озвончения, как частичное нарушение голоса, фонационные расстройства и фонетические нарушения.

Все перечисленные нарушения звукопроизношения сочетаются с различными фонационными, просодическими и дыхательными нарушениями.

У данной категории детей отмечается негрубая неврологическая симптоматика в виде стёртых парезов, гиперкинезов, нарушений мышечного тонуса артикуляционной и мимической мускулатуры. Наблюдаются нарушения невропсихических функций, а именно внимания, мышления и памяти.

Общее развитие детей с минимальными дизартрическими расстройствами отличается от нормы. У них (детей) изменён неврологический статус. Наблюдаются стойкий дермографизм, потливость рук и ног. Дети легко возбудимы, непоседливы, совершают много лишних движений или наоборот слишком медлительны, заторможены.

В физическом плане дети отстают от своих сверстников, отличаются невысоким ростом, худощавостью, астеническим телосложением. Они быстро устают при физических нагрузках, неуклюжи. На занятиях физкультурой при выполнении заданий испытывают затруднения. Неустойчиво стоят на одной какой – либо ноге, не могут прыгать на одной ноге, пройти по «мостику» и тому подобное. Плохо подражают при имитации движений. Дети отстают в темпе, ритме движений,

переключаемости движений. Страдает синхронность выполнения движений, мелкая моторика. Дети испытывают трудности при выполнении точных мелких движений кистями и пальцами рук (завязывание шнурков, застёгивание пуговиц, рисование и т.п.). У них сохраняются стойкие трудности при формировании графомоторных навыков.

Таким образом, минимальные дизартрические расстройства, несмотря на то, что симптомы данного речевого нарушения слабо выражены и проявляются не столь ярко, на самом деле является сложным речевым расстройством, характеризующимся вариативностью нарушений компонентов речевой деятельности: артикуляции, дикции, голоса, дыхания, мимики, мелодико – интонационной стороны речи.

Из – за невнятной и смазанной речи у этих детей наблюдаются затруднения в формировании чёткого слухового восприятия и контроля, усугубляющие состояние звукопроизношения. Из – за невозможности различения дефектно произносимых звуков в собственной речи и произношения звуков речи окружающими затормаживается процесс соотнесения собственной артикуляции с целью достижения определённого акустического эффекта.

Таким образом, у детей с минимальными дизартрическими расстройствами специфические нарушения наблюдаются не только в речевом развитии, но и охватывают неречевые процессы. Отмечаются нарушения в общей моторике, нарушения тонуса верхних и нижних конечностей, сложности в координировании общих движений, недостаточности объёма и качества выполняемых движений, быстрой утомляемости, недостаточностью тонких дифференцированных движений кистей и пальцев рук, которые негативно сказываются на развитии высшей нервной деятельности ребёнка.

Стойкие и, в большинстве случаев, неподдающиеся коррекции речевые нарушения отрицательным образом сказываются на общем развитии и эмоциональном состоянии ребёнка. Данные нарушения

затрудняют процесс школьного обучения, оказывают отрицательное влияние на процесс нервно - психического становления ребёнка в дошкольном возрасте, что позднее может привести к школьной дезадаптации.

1.4 Особенности звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами

Нарушения звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами имеют специфический механизм. Выраженные нарушения звукопроизношения при минимальных дизартрических расстройствах с трудом поддаются коррекции и оказывают отрицательное влияние на формирование у детей данной категории фонематической и лексико – грамматической сторон речи, вызывают в дальнейшем трудности в освоении школьной программы. Поэтому важным условием для формирования психологической готовности детей с минимальными дизартрическими расстройствами к обучению в школе является своевременная коррекция нарушений речевого развития.

При минимальных дизартрических расстройствах наблюдается нечёткое звукопроизношение, смазанность речи, в ряде случаев сопровождающееся назализацией, различными фонационными и просодическими расстройствами. Наличие мышечной и иннервационной недостаточности в органах артикуляции, комбинационность нарушений со стороны черепно – мозговых нервов препятствуют развитию правильного звукообразования, определяют разнообразие и особенности фонетических нарушений у детей с минимальными дизартрическими расстройствами, которые находятся в тесной зависимости от состояния нервно – мышечного аппарата органов артикуляции.

По мнению О.А. Токаревой, Е.Ф. Архиповой, Г.В. Гуровец, А.Ф. Чернопольской и других нарушения звукопроизношения у детей с

минимальными дизартрическими расстройствами носят полиморфный характер и выражаются в искажениях, в смещениях, в заменах и пропусках звуков. При этом характерным является упрощение артикуляции, то есть сложные звуки заменяются более простыми по своим артикуляторно – акустическим признакам (щелевые - взрывными, звонкие – глухими, шипящие – свистящими, твёрдые – мягкими, аффрикаты расщепляются на составляющие их звуковые элементы).

В исследованиях Л.В. Лопатиной, посвящённых изучению звукопроизношения детей с минимальными дизартрическими расстройствами, приводятся статистически данные. Полиморфные нарушения представлены следующим образом:

- нарушение двух фонетических групп звуков – 17%;
- нарушение трёх фонетических групп звуков – 43%;
- нарушение четырёх и выше фонетических групп звуков – 40%.

Особо часто встречаются нарушения произношения свистящих звуков. Для свистящих звуков характерно межзубное произношение, реже встречается губно – зубное и призубное произношение. Затем по распространённости находятся нарушения произношения шипящих звуков (наблюдаются аналогичные нарушения, как и у свистящих). Иногда шипящие заменяются искажёнными свистящими. Далее следуют нарушения произношения звуков [л], [р] и переднеязычных [т], [д], [н]. Сонорные звуки нарушаются таким образом: среди нарушений произношения звука [л] преобладают нарушения, выражающиеся в искажении звука [л]. Имеет место губно – губной, губно – зубной и межзубный ламбдацизм. Звук [л'] заменяется на [j]. Часто звук [л] отсутствует. Среди расстройств произношения звуков [р], [р'] самым распространённым искажением является велярное произношение. Иногда звук [р'] заменяется звуком [j]. Основным вариантом дефектного произношения твёрдых переднеязычных [т], [д] является межзубное произношение, которое сочетается с межзубным произношением

свистящих и шипящих звуков. Частый дефект мягких переднеязычных [т`], [д`] - это боковое произношение, которое сочетается с боковым сигматизмом. Среди аффрикат чаще страдает произношение [ц]. Нарушение произношения [ч] наблюдается реже среди группы аффрикат. Звук [ц] обычно заменяется на [с`] или искажённое [с], а звук [ч] - заменяется на [т`] или искажается. Звук [щ] заменяется на искажённое [ч] или [ш], реже на звук [с`] Наиболее сохранными являются заднеязычные и звук [j]. Заднеязычные [г] и [к] заменяются на [т] и [д] или отсутствуют. Встречается смягчённое произношение всех согласных, возникающее из – за спастического напряжения средней части спинки языка.

Нарушения у детей с минимальными дизартрическими расстройствами стабильно и также зависит от позиции звука в слове. Позиция звука в середине слова и в безударном слоге вызывает наибольшие трудности. При выраженном нарушении звукопроизношения сохраняется ритмический рисунок слова (число слогов и ударность).

Сложным для детей данной категории являются слова со стечением согласных. В таких случаях чаще выпадает один звук. Вследствие затруднения переключения с одного артикуляционного уклада на другой наблюдаются случаи нарушения слоговой структуры слова.

Не согласованные, нечёткие движения языка, губ и нижней челюсти ведёт к нечёткому звучанию гласных. Могут быть замены на гласные, близкие по артикуляции [а=о], [о=у], [э=и]. Гласные иногда произносятся кратко, усреднено.

Таким образом, распространённость нарушений звукопроизношения отдельных групп звуков у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами определяется не только артикуляторной сложностью звуков, но и их акустической близостью.

Наличие у детей с минимальными дизартрическими расстройствами определённых нарушений слухового восприятия речи и фонематического слуха препятствуют усвоению правильного произношения акустически

близких звуков. В связи с этим, акустически близкие свистящие звуки нарушаются чаще, чем артикуляционно более сложные, но акустически противопоставленные.

Наиболее типичными для детей с минимальными дизартрическими расстройствами являются нарушения произношения, проявляющиеся одновременно в искажении и отсутствии различных групп звуков, также нарушение произношения, характеризующиеся различным видом искажений нескольких групп звуков. Менее распространёнными оказываются звукопроизносительные расстройства, проявляющиеся в одновременных искажениях и заменах звуков.

1.5 Возможности логопедического массажа в системе коррекционной работы

На современном этапе развития логопедии в вопросах преодоления дизартрии, в том числе её минимальные проявления, приоритетным является комплексный подход, предполагающий не только прямое, но и опосредованное воздействие на качество произносительной стороны речи через использование как традиционных коррекционно – педагогических методов, так и не традиционных. С точки зрения опосредованного влияния на качество фонетической стороны речи детей с минимальными дизартрическими расстройствами, путём воздействия на психофизические ощущения, целесообразно применение такой техники, как логопедический массаж.

Изучив специальную литературу относительно коррекции минимальных дизартрических расстройств у детей старшего дошкольного возраста возможно утверждать, что логопедический массаж несомненно оказывает положительное воздействие на речевой аппарат, что в свою очередь способствует достижению лучшего результата в преодолении дефектов звукопроизношения.

Логопедический массаж – это метод механического воздействия, который изменяет состояние мышц, нервов, кровеносных сосудов и тканей периферического речевого аппарата [17].

В России в конце XIX века известные врачи, такие как И.В. Заблудовский, М.К. Барсов, В.В. Гамолицкий, Е.Н. Залесова, Н.И. Рачинский, К.Г. Соловьёв, А.В. Янченко, В.К. Крамаренко и другие активно трудились над созданием методики массажа, активно внедряя её в практику.

Однако, неоценимый вклад в становление современного лечебного, спортивного, гигиенического, в том числе и логопедического массажа в дореволюционной России принадлежит русскому учёному И.В. Заблудовскому.

Во второй половине XX века в логопедической практике как вспомогательная технология стал развиваться логопедический массаж.

Теоретическое подтверждение необходимости логопедического массажа, как важного элемента, в комплексной коррекционной работе встречаются в научных трудах Е.М. Мастюковой, О.В. Правдиной, М.Б. Эйдиновой, К.А. Семёновой. Такие учёные, как Е.Ф. Архипова, Г.В. Дедюхина, Т.А. Яньшина, Е.А. Дьякова в своих работах изложили методы и приёмы логопедического массажа.

Всеми специалистами, работающими с детьми – логопатами, признаётся ценность логопедического массажа в коррекционной работе.

Логопедический массаж – это уникальный нетрадиционный и эффективный метод коррекции звукопроизношения, так как способствует нормализации произносительной стороны речи, улучшает состояние голоса, речевого дыхания, нормализует эмоциональное состояние ребёнка, страдающего нарушениями речи, в том числе минимальными дизартрическими расстройствами [3].

Логопедический массаж улучшает не только моторную деятельность отстающих систем головного мозга, но и побуждает к работе близлежащие мозговые системы.

Логопедический массаж входит в комплексную медико – педагогическую систему коррекционной работы детей, страдающих речевыми нарушениями. Массаж применяется в коррекционной работе с детьми, у которых диагностировано большинство речевых расстройств, а также массаж используется в коррекционной работе с детьми, у которых диагностировано такое речевое расстройство, как дизартрия и её минимальные проявления [35].

При коррекции звукопроизношения с помощью логопедического массажа происходит:

- нормализация мышечного тонуса общей, мимической и артикуляционной мускулатуры;

- снижение проявления парезов и параличей мышц артикуляционного аппарата; уменьшение дефектных двигательных проявлений мышц речевого аппарата (гиперкинезы, синкенезии, и т.д.);

- увеличение объёма и амплитуды артикуляционных движений;

- активизация групп мышц периферического речевого аппарата, у которых наблюдалась ограниченная сократительная активность;

- выработка произвольных, координированных движений органов артикуляции.

В основе большинства дефектов речи лежат нарушения кровоснабжения и мышечного тонуса, которые препятствуют овладению ребёнком правильным произношением звуков, в результате процесс становления грамматически правильной речи затрудняется.

Дизартрия, минимальные дизартрические расстройства или стёртая дизартрия – речевые нарушения, проявляющееся в нарушении согласованности мышц артикуляционного аппарата, то есть недостаточной

иннервацией импульсов головного мозга с периферическим речевым аппаратом.

Из этого следует, что применение массажа при нарушениях речи не только желательно, но и крайне необходимо. Ведь для успешной работы над дефектным звукопроизношением, использование только традиционных педагогических методов будет не столь эффективно.

При такой речевой патологии, как минимальные дизартрические расстройства у детей старшего дошкольного возраста логопедический массаж является необходимым условием эффективности логопедического воздействия. При этой патологии массаж позволяет значительно сократить время коррекционной работы и обеспечить положительный эффект.

В логопедической практике разработано множество методик проведения логопедического массажа. Однако методики Е.В. Новиковой (зондовый массаж) и массаж Е.А. Дьяковой являются наиболее популярными. Также известны работы Е.Ф. Архиповой, О.Г. Приходько, О.И. Крупенчук, И.Б. Карелиной и других, в которых освещаются методики логопедического массажа.

Основной целью логопедического массажа является нормализация тонуса мышц, задействованных в процессе воспроизведения ребёнком собственной речи, направлен на формирование правильной речи ребёнка с речевыми расстройствами [17].

При проведении логопедического массажа реализуются следующие задачи:

- коррекция звукопроизношения;
- нормализация речевого дыхания;
- устранение эмоционального напряжения у детей с речевой патологией;
- улучшение состояния голоса;
- улучшение тонуса мышц ротовой полости и голосового аппарата;
- проработка и активизация периферического речевого аппарата;

- уменьшение гиперсаливации;
- укрепление глоточного рефлекса;
- усиление проприоцептивных ощущений;
- формирование предпосылок для произвольных координированных движений артикуляционных органов;
- афферентация в речевые зоны коры головного мозга.

В логопедической практике как правило используется несколько видов массажа.

Дифференцированный массаж является одним из основных видов массажа. Он направлен на укрепление или расслабление органов артикуляционного аппарата, в зависимости от состояния их мышечного тонуса. Этот массаж включает приёмы классического (ручного) массажа: поглаживание, растирание, разминание, вибрация и поколачивание, плотное нажатие.

Используется массаж биологически активных точек с применением специальных приспособлений, а именно, логопедических зондов, шпателей, вибромассажёров, вакуумных и других приборов). Точечный массаж заключается в воздействии на активные точки надавливанием и делится на расслабляющий и тонизирующий массаж.

Смешанный массаж включает в себя несколько видов массажа. Вариации смешанного массажа могут быть различны. Например, дифференцированный классический массаж, дополненный приёмами точечного массажа усиливает воздействие на организм в целом, либо дополненный отдельными приёмами инструментального (зондового) массажа усиливает воздействие на отдельные мышечные группы.

В комплекс логопедического массажа нередко включают элементы самомассажа. Элементы самомассажа являются дополнительным средством воздействия, также массаж может быть расслабляющим и активизирующим. Это может быть массаж руками, так и массаж языка при помощи зубов, например, артикуляционное упражнение «Причешем

язычок» или «Накажем язычок» и т.д. Самомассаж проводится самим ребёнком.

Искусственно – локальная контрастодермия (ИЛК) – воздействие на кожные рецепторы то холодом, то теплом.

Сегментарно – рефлекторный массаж – это массаж, который проводят отдельными зонами или частями, например, одну часть лица, а затем другую, или это массаж отдельных частей артикуляционного аппарата. При этом виде массажа используются как приёмы классического массажа, так могут использоваться элементы гимнастики и изотонические упражнения для координации работы мышц губ, языка, щёк и т.д.

Инструментальный массаж проводится с применением логопедических зондов и специальных приспособлений (зондозаменителей, шпателей, зубных щёток, ложек и пр.).

Логопедический массаж проводится индивидуально, после получения от невропатолога и педиатра заключения об отсутствии у ребёнка противопоказаний, после определения логопедом формы и структуры речевого дефекта, а также после проведения логопедом самостоятельной диагностики состояния мышц речевого аппарата. Эти действия помогут логопеду в дальнейшем определить тактику проведения массажа (выбрать приёмы массажа, техники их применения и дозирование воздействия) в каждом конкретном случае.

Массаж выполняется в основном в области мышц головы, шеи, и плечевого пояса. Особое внимание в процессе логопедического массажа уделяется мышцам периферического речевого аппарата (мышцам языка, губ, щёк, мягкого нёба). Логопед должен достаточно хорошо представлять строение и функции тех мышц, в области которых проводит логопедический массаж и точно соблюдать методические указания к проведению того или иного вида массажа.

Ведь непосредственное воздействие массажа на конкретную область речевого аппарата, способствует ответной реакции этой области

(массируемой мышцы или органа) речевого аппарата на оказываемое на неё воздействие и в результате достижения лучшей её производительности (увеличения объёма и координации движений).

В результате проведения логопедами комплексной коррекционной работы по преодолению нарушенного звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами с применением логопедического массажа позволяет достичь значительной и более быстрой положительной динамики. Данный факт позволяет утверждать, что логопедический массаж, является важной составляющей в системе коррекционной работы, благодаря которой процесс коррекции становится более успешным и менее продолжительным.

Выводы по главе 1

Изучив и проанализировав научную литературу по теме исследования можно утверждать, что становление детской речи - это сложный, многоступенчатый процесс, основу которого составляет звукопроизношение.

Процесс становления детской речи в онтогенезе протекает последовательно и характеризуется, как системный процесс, имеющий свои закономерности и взаимообусловленности.

Знание закономерностей речевого развития детей позволяет в своей практической деятельности «увидеть» данную речевую патологию (минимальные дизартрические расстройства), дифференцировать её от схожих дефектов речи и спланировать эффективную коррекцию нарушенного звукопроизношения.

По данным литературы минимальные дизартрические расстройства у детей старшего дошкольного возраста является одним из наиболее распространённых нарушений речи, возникающее вследствие минимальных органических повреждений центральной нервной системы и

проявляющееся в расстройствах фонетического и просодического компонентов речи.

Причинами формирования данной речевой патологии служат различные вредности пренатального, натального и постнатального периодов: заболевания матери во время беременности, слабая родовая деятельность матери, резус – конфликт матери и ребёнка, нарушение раннего психомоторного развития и тяжёлые заболевания ребёнка, особенно на первом году жизни.

При минимальных дизартрических расстройствах в состоянии звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста наблюдаются качественные отличия от состояния звукопроизношения у детей в норме.

Речь смазана, неразборчива, наблюдаются многочисленные и разнообразные нарушения произношения звуков речи, выражающиеся в замене, пропусках, искажении и смешении различных звуков.

Проявление речевой патологии хоть и не резкое, но вместе с тем, стойкое и трудно поддающиеся коррекции.

Данная категория детей имеет особенности психического развития. Наряду с дефектом речи у детей данной категории наблюдается своеобразие неречевых процессов. Это проявляется в специфических особенностях высших психических функций, моторной сфере и личностном развитии ребёнка.

Специфика данной речевой патологии предполагает комплексное воздействие, включающее не только традиционные методы коррекции, но и не традиционные, к которым относят логопедический массаж.

Логопедический массаж позволяет преодолеть не только дефекты звукопроизношения, но и скорректировать моторные функции речевого аппарата.

Логопедический массаж на сегодняшний день является эффективным методом в коррекционной работе учителя – логопеда с детьми старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими

расстройствами.

Включение логопедического массажа в коррекцию нарушенного звукопроизношения будет способствовать достижению более успешного результата в преодолении дефектного звукопроизношения, а также значительно сократит сроки коррекционной работы с детьми старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами.

То есть, преодоление дефектов звукопроизношения при помощи логопедического массажа у детей, старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами позволяет добиваться более высокой положительной динамики в более короткие сроки.

ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО ИССЛЕДОВАНИЮ СОСТОЯНИЯ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С МИНИМАЛЬНЫМИ ДИЗАРТРИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

2.1 Изучение звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами

Комплексное исследование состояния звукопроизношения позволяет грамотно выстроить и провести коррекцию нарушенного звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами.

Обследование детей с симптоматикой данного речевого расстройства проводится с участием специалиста – невропатолога, который уточняет, подтверждает диагноз и назначает медикаментозное лечение.

Цель исследования: выявить особенности звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами.

Логопедическое обследование проводилось на базе СП №1 частного дошкольного образовательного учреждения «Детский сад №152» ОАО «Российские железные дороги» г. Челябинска в период с 1 декабря 2022 года по 16 декабря 2022 года индивидуально с каждым ребёнком в первой половине дня в разные дни по 10 – 15 минут.

В исследовании принимали участие 6 человек старшего дошкольного возраста (5 – 6 лет). Это были четыре девочки и два мальчика данной возрастной группы. Все дети посещают логопедическую группу и имеют минимальные дизартрические расстройства.

Таблица 1 – Экспериментальная группа

№	Ф.И. ребёнка	Дата рождения	Возраст
1.	Максим К.	1.05.17	5 лет 7 месяцев
2.	Коля Д.	22.06.17	5 лет 6 месяцев
3.	Оля П.	30.09.17	5 лет 3 месяца
4.	Алёна Л.	10.03.17	5 лет 9 месяцев
5.	София Ч.	2.08.17	5 лет 5 месяцев
6.	Инна М.	15.07.17	5 лет 6 месяцев

Процесс обследования проводился с учётом возрастных, индивидуальных особенностей и речевых способностей детей.

Исследование осуществлялось в несколько этапов:

Предварительный этап.

- сбор анамнестических данных детей;
- подбор диагностического материала;
- налаживание контакта с детьми.

Основной этап – проведение логопедического обследования детей.

Заключительный этап – анализ результатов диагностики.

На предварительном этапе по сбору анамнестических данных выполнила следующие действия:

- изучение медицинской и педагогической документации;
- изучение документации логопеда;
- беседа с воспитателями групп;
- беседа с логопедом;
- наблюдение за деятельностью ребёнка (взаимодействие и общение со сверстниками, в образовательной, игровой и продуктивной деятельности);

- установка эмоционального контакта с каждым ребёнком, участвующим в эксперименте.

Предварительный этап.

1. Сбор анамнестических данных.

Из педагогической документации и документации логопеда, из беседы с родителями, педагогами группы выяснили возраст детей, время приёма в детское учреждение, дату поступления в логопедическую группу, получили сведения о родителях детей, об условиях в семье, изучили психолого – педагогические характеристики обследуемых детей.

При изучении медицинской карты ребёнка брали во внимание следующие моменты: присутствует ли наследственная отягощённость, какая по счёту беременность и роды, характер беременности в первую и вторую половину, была ли отягощена различными хроническими или инфекционными заболеваниями; течение родов, крик ребёнка при рождении, масса и рост при рождении, баллы по шкале Апгар, особенности вскармливания в первый год жизни, особенности раннего постнатального развития, период и особенности вскармливания, раннее психомоторное развитие и раннее речевое развитие, были ли перенесённые заболевания в раннем возрасте до года и после.

В результате проведённых действий составили характеристику анамнестических данных дошкольников с минимальными дизартрическими расстройствами.

Таблица 2 – Характеристика анамнестических данных детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами

№	Ф.И. ребёнка	Возраст	Анамнестические данные	
			Сведения о семье	Анамнез раннего развития
1	2	3	4	5
1.	Максим К.	1.05.17 6 лет	Мать: 1989года, обр.: средн. – спец. Отец: - Детей двое: Максим К. (2017) старший сын, дочь Оля (2020). Младшая дочь развитие по возрасту. Язык: русский. Наследственные заболевания: речевых	Беременность третья (28 лет). Протекала с токсикозом второй половины бер-ти., нефропатией (с 28 нед.), анемией лёгкой степени (с 25 нед.). Во время бер-ти мама курила. Роды первые, преждевременные (36 нед.), в головн.

Продолжение таблицы 2

1	2	3	4	5
			<p>нарушений нет, нервно – псих. заболеваний нет. Наследственные заболевания: арт. гипертензия у мамы. Сведений о папе нет. Речевое окружение: бедность языковых средств.</p>	<p>предлежании. Ребёнок закричал сразу. Резус фактор матери и ребёнка совместим. По шкале Апгар – 8/7 бал., масса при рождении – 3300 гр., рост – 52 см. Выписан домой на 7 сутки. Вскармливание смешанное (грудное до 1 месяца). Грудь брал плохо, сосал не активно, пощёхивался. Раннее развитие: психомоторное развитие по возрасту, незначительное отставание в речевом развитии. До года – частые простуды, ОРВИ, в 1,3 года – ГРИПП, в 2 года ветряная оспа. Ушибов и травм головы нет. Аденоиды второй степени (операция в 4 года). Состояние слуха и зрения в норме.</p>
2.	Коля Д.	22.06.17 5 лет 11 мес.	<p>Мать: 1988 года, обр.: средн. – спец. Отец: 1988 года, обр.: высшее. Детей трое: Марат (2006), Карина (2009), Коля (2017). Развитие старшего ребёнка по возрасту, без особенностей, у дочери отмечена патология речи (ФФНР). Язык: русский, башкирский. Наследственные заболевания: нервно – псих. заболеваний нет. Развитие речи всех членов семьи (кроме дочери – ФФНР) в норме.</p>	<p>Беременность четвёртая (29 лет). Протекала с тяжёлым токсикозом первой половины бер., ВСД по гипотонич. типу, гастритом, частые ОРВИ (12 нед., 17 нед., 25 нед.). Роды третьи, своевременные (39 – 40 нед.), оперативные (кесарево сечение). Ребёнок закричал не сразу, оказывались реанимационные мероприятия. По шкале Апгар 5/7 бал. Резус фактор матери и ребёнка совместим. Масса при рождении –</p>

Продолжение таблицы 2

1	2	3	4	5
			<p>Старший сын – атопич. дерматит. Речевое окружение: у мамы речь торопливая, громкая, сбивчивая, у отца размеренная, без особенностей.</p>	<p>4000 гр., рост – 53 см. Выписан домой на 5 сутки. Вскармливание искусственное (грудное до 0 мес.). Грудь не брал, отказывался от кормления грудью, бутылочку со смесью активно сосал, часто срыгивал. Раннее развитие: речевое и психомоторное развитие с незначительным отставанием. До года – ОРЗ, невролог – энцефалопатия (к 1 году диагноз снят), с 1 до 3 лет частые ОРВИ. Состояние слуха и зрения в норме.</p>
3.	Оля П.	30.09.17 5 лет 8 мес.	<p>Мать: 1992 года, обр.: высшее. Отец: 1986 года, обр.: высшее. Детей: один – Оля (2017). Язык: русский. Наследственные заболевания: нервно – псих. заболеваний нет. Развитие речи всех членов семьи без особенностей. Речевое окружение: речь грамотная, без речевых дефектов.</p>	<p>Беременность вторая (25 лет). Протекала с токсикозом второй половины бер., анемией (с 16 нед.), пиелонефритом, курением во время бер., нарушением режима дня. Роды первые, срочные (39 – 40 нед.). Ребёнок закричал сразу, крик слабый. Резус фактор матери и ребёнка совместим. Масса при рождении – 2700 гр., рост – 50 см. выписан домой на 3 сутки. Вскармливание искусственное с 0 мес. Грудь брала плохо, бутылочку со смесью сосала активно, частые срыгивания. Раннее развитие: психомоторное развитие по возрасту, речевое развитие с отставанием.</p>

Продолжение таблицы 2

1	2	3	4	5
				До года – бронхит (6 мес.), после года частые ОРВИ, бронхиты, ветряная оспа (в 3 года). Состояние слуха и зрения в норме
4.	Алёна Л.	10.03.17 6 лет 2 мес.	Мать: 1990 года, обр.: средн. – спец. Отец: 1995 года, обр.: средн. – спец. Детей: один – Алёна (2017). Язык: русский. Наследственные заболевания: нервно – псих. заболеваний, речевых нарушений нет. Речевое окружение: речь родителей размеренная, стараются говорить правильно, часто встречаются слова – паразиты.	Беременность вторая (27 лет). Протекала с токсикозом первой половины бер., анемией лёгкой степени (с 12 нед.), угрозой прерывания бер. (в 4 мес.), Гриппом (в 28 нед.), с 37 недели подготовка к родам в больнице. Роды первые, своевременные, стремительные. Резус конфликт матери и ребёнка. Ребёнок закричал сразу. По шкале Апгар – 8/8 бал., масса при рождении – 3600 гр., рост – 51 см. Выписан домой на 4 сутки. Вскармливание естественное (грудное до 1 года). Грудь сосала не активно, засыпала во время кормления. Раннее развитие: психомоторное развитие по возрасту, речевое развитие с незначительным отставанием. После травмы головы развитие речи прерывалось на 3 месяца. Состояние слуха и зрения в норме. До года не болела, после года до 3 лет – ОРВИ, ОРЗ, травма головы (в 2 года) – сотрясение мозга в лёгкой степени, наличие аденоидов 3 степени,

Продолжение таблицы 2

1	2	3	4	5
				подготовка к операции.
5.	София Ч.	2.12.17 5 лет 6 мес.	<p>Мать: 1985 года, обр.: высшее. Отец: 1976 года, обр.: средн. – спец. Детей: трое – Пётр (2007), Наталья (2010), София (2017). Развитие старших детей по возрасту, без речевой патологии. Язык: русский. Наследственные заболевания: нервно – псих. заболеваний, речевых нарушений не выявлено. У папы сахарный диабет второго типа. Речевое окружение: без особенностей.</p>	<p>Беременность третья (32 года). Протекала с тяжёлым токсикозом первой и второй половины бер., анемией средней степени (с 25 нед.), повышенным арт. давлением, Гриппом (на 20 нед.). Роды третьи, преждевременные (38 нед.) оперативные (кесарево сечение). Стимуляция – химическая. Ребёнок закричал не сразу. По шкале Апгар – 5/6 бал., масса при рождении – 2300 гр., рост – 45 см. Выписан в ДСО на второй этап выхаживания, недоношенность. Резус фактор матери и ребёнка совместим. Вскармливание смешанное, (грудное до 3 мес.). Грудь сосала не активно, быстро утомлялась, отмечались срыгивания. Раннее развитие: отставание в психомоторном и речевом развитии. Логопедическая помощь оказывалась с 3 лет. Состояние слуха и зрения в норме. До года – частые простуды, отит (8 мес.), после года простуды, насморк, аденоиды 1 степени (в 4 года – удалены).</p>
6.	Инна М.	15.07.17 5 лет 10 мес.	<p>Мать: 1996 года, обр.: средн. – спец. Отец: 1992 года, обр.: средн. – спец. Детей: один – Инна (2017). Язык: русский.</p>	<p>Беременность первая (21 год). Протекала без особенностей. Роды первые, своевременные в затылочном предлежании (42 нед.).</p>

Окончание таблицы 2

1	2	3	4	5
			<p>Наследственные заболевания: нервно – псих. заболеваний нет. У мамы были речевые нарушения в детстве. Речевое окружение: речь родителей характеризуется бедностью языковых средств, у мамы речь торопливая, присутствует нарушение произношения звука [р].</p>	<p>Ребёнок закричал сразу. Резус фактор матери и ребёнка совместим. Масса при рождении – 3370 гр., рост – 51 см. Выписан домой на 5 сутки. Вскармливание смешанное, (грудное до 8 мес.). Грудь брала хорошо, сосала активно, отмечались срыгивания. Раннее развитие: психомоторное развитие по возрасту, речевое развитие с незначительным отставанием. До года – невролог диагноз транзиторная ГИЭ, инфекции верхних дыхательных путей, после 1 года: аденоиды 2 степени (с 2,5 лет), частые простуды. Во время родов наблюдался риск травматизации головы – незначительная опухоль в теменно – затылочной области.</p>

На основании данных из таблицы делаем выводы о том, что из шести матерей у 5 матерей беременность и роды наступили в зрелом возрасте (от 25 до 32 лет), у 1 матери была угроза прерывания беременности, у 4 была зафиксирована анемия разной степени тяжести (3 – лёгкой степени, 1 – средней степени), у 4 – токсикозы (2 - первой половины беременности, 3 – второй половины беременности), у 1 – отрицательный резус фактор, 3 перенесли инфекционные заболевания (1 – частые ОРВИ, 2 – ГРИПП), у 2 хронические заболевания, 2 курили во время беременности и не соблюдали режим дня, у 1 нефропатия во второй половины беременности.

Характер родов: 2 матери - досрочные роды, у 4 мам роды в срок, у 1

мамы проводилась терапия по подготовке к родам в мед. учреждении, 1 матери проводились мероприятия по стимуляции родов, у 2 мам - родоразрешение оперативное - кесарево сечение, 1 мама поступила в родильное отделение уже с начавшейся родовой деятельностью.

Масса тела у детей при рождении у 4 – в пределах нормы, у двух показатель превышает норму (3600, 4000 гр.); 4 ребёнка при рождении закричали сразу (из них у одного крик был слабый), 1 ребёнок закричал не сразу, 1 ребёнку потребовались реанимационные мероприятия. Данные по шкале Апгар у одного ребёнка не превышают 6 баллов, у остальных в пределах 6 – 8 баллов.

5 детей выписаны домой на 3 – 7 сутки, 1 ребёнок выписан в ДСО на второй этап выхаживания (недоношенность).

Период вскармливания грудным молоком (ГВ) и характер вскармливания у детей исследуемой группы различен: два ребёнка на искусственном вскармливании с рождения, 1 ребёнок 1 месяц на ГВ, со второго месяца на искусственном вскармливании, 2 ребёнка на смешанном вскармливании с рождения и только 1 ребёнок на ГВ до 1 года. У всех детей во время кормления наблюдались поперхивания и срыгивания. Трое детей грудь брали неохотно, притом двое быстро утомлялись, а один засыпал во время кормления, двое отказывались от груди, только один ребёнок грудь брал хорошо, сосал активно.

У всех детей в раннем детстве частые инфекционные болезни (ОРЗ, ОРВИ), у двух детей ветряная оспа (1 - в 2 и 1 - в 3 года), у 1 ребёнка частые бронхиты до года и с 1 до 3 лет, 4 детей аденоиды разной степени тяжести (от 1 до 3 степени тяжести), у 2 детей невропатологом поставлен диагноз энцефалопатия, в 1 год диагноз снят, у одного ребёнка был риск травматизации головы вовремя родоразрешения (незначительная опухоль в теменно – затылочной области), у одного ребёнка (в 2 года) травма головы – сотрясение мозга лёгкой степени.

У всех детей нет наследственной отягощенности. Во всех семьях

группы обследуемых детей наследственных болезней нервной и нервно – мышечной систем не зафиксировано.

Раннее психомоторное развитие у 3 детей соответствует норме, у 3 детей наблюдается незначительное отставание.

Раннее речевое развитие у пяти детей с незначительной задержкой темпов развития, у одного ребёнка речевое развитие до 2 лет соответствовало норме, с двух лет (травма головы в 2 года, прерывание речевого развития на 3 месяца) наблюдается снижение темпа речевого развития.

У всей группы детей состояние слуха и зрения соответствует норме.

Таким образом, все периоды развития детей обследуемой группы (пренатальный, натальный, постнатальный) были отягощены зрелым возрастом матерей, инфекционными и хроническими заболеваниями, тяжёлыми токсикозами первой и второй половины беременности, нефропатией второй половины беременности, анемиями, резус – конфликтом матери и ребёнка, курением матери, несоблюдением режима во время беременности и травмами головы. Все эти факторы могли оказать отрицательное влияние на общее развитие данной группы детей, на становление детской речи и явиться причиной развития минимальных дизартрических расстройств.

2. Подбор диагностического материала.

Для осуществления логопедического обследования звукопроизношения у детей дошкольного возраста было использовано дидактическое пособие «Альбом для логопеда» О.Б. Иншаковой, предметные и сюжетные картинки на различные группы звуков, с различными позициями исследуемого звука в слове.

При подборе лексического материала соблюдались следующие требования:

- разнообразие лексического материала;
- насыщенность лексического материала с заданным звуком;

- включение слов с оппозиционными звуками;
- включение слов сложной слоговой структуры и звуконаполняемости.

Весь лексический материал был подобран согласно возрасту детей и их интеллектуальному развитию. Учитывалось следующее требование - это понимание слов, предлагаемых ребёнку для воспроизведения при обследовании звукопроизношения.

Использовали демонстрационный материал из качественного материала, красочный, достаточного размера.

3. Налаживание контакта с детьми.

Установка эмоционального контакта с детьми проходила в нейтральной для них обстановке, в группе, на полу или у полки с игрушками, в процессе игровой или предметно – практической деятельности.

Использовались подвижные игры с мячом, игры – забавы (мыльные пузыри, воздушные шары, музыкальные игрушки), сюрпризные моменты. В процессе игры использовала словесные методы и приёмы – это чтение и рассказывание сказок, стихов, рассматривание картинок, разговор и беседа; также использовала практические методы – организовывала совместные игры с конструктором, рисование красками и т.д.

В результате совместной деятельности с детьми был установлен эмоциональный контакт. Пятеро детей сразу проявили интерес и включились в игру, один ребёнок не сразу проявил интерес, он некоторое время наблюдал со стороны, а затем присоединился к игре. Из беседы с воспитателем узнала, что ребёнок (девочка) застенчив, не всегда идёт на контакт с незнакомыми людьми.

Основной этап.

Основной этап логопедического обследования – это этап определения уровня сформированности звукопроизношения у старших дошкольников с минимальными дизартрическими расстройствами.

Логопедическое обследование провела в двух направлениях:

- обследование состояния мимической и артикуляционной моторики;
- обследование состояния звукопроизношения.

Диагностику состояния артикуляционной и мимической моторики провели по методике Л.В. Лопатиной, Г.В. Дедюхиной.

Диагностику состояния звукопроизношения провели по методике Е.Ф. Архиповой.

Данные методики универсальны, позволяют провести подробное обследование артикуляционной и мимической моторики, состояния звукопроизношения, с учётом специфики речевого дефекта и степени его выраженности, даёт возможность построения системы индивидуальной коррекционной работы с воспитанниками старшего дошкольного возраста с использованием логопедического массажа.

1. Визуальный осмотр артикуляционного аппарата.

Перед обследованием состояния мимической и артикуляционной моторики провела визуальный осмотр органов артикуляции на предмет наличия той или иной патологии в анатомическом строении органов артикуляции.

Артикуляционный аппарат включает в себя: губы, зубы, прикус, твёрдое нёбо, мягкое нёбо, увуля, язык, подъязычная связка.

Ребёнку предлагается широко открыть рот и произнести звук [а]. В момент произнесения шпателем опускалась передняя часть языка и осматривалась плотность нёбно-глоточного смыкания.

Таблица 3 – Характеристика анатомического строения органов артикуляционного аппарата

№	Ф.И. ребёнка	Органы артикуляции							
		Губы	Зубы	Прикус	Твёрд. нёбо	Мягк. нёбо	Увуля	Язык	Подъязычная связка
1	Максим К.	толстые	крявые	норма	норма	норма	норма	массивный	норма

Продолжение таблицы 3

2	Коля Д.	тонкие	мелкие	норма	норма	норма	норма	норма	норма
3	Оля П.	норма	норма	норма	готич.	норма	норма	узкий толстый	норма
4	Алёна Л.	норма	норма	норма	норма	норма	норма	сильно заваливается на левую сторону	норма
5	София Ч.	норма	норма	норма	норма	норма	норма	тонкий распластаный	норма
6	Инна М.	толстые	верхние резцы крупные дистематема	прогнатия	норма	норма	норма	норма	норма

На основании данных из таблицы делаем выводы о том, что у шести детей значительной патологии в строении речевого аппарата не наблюдается. Однако некоторые особенности в строении речевого аппарата всё - таки присутствуют:

- губы (у 3 детей строение губ – норма, у 2 детей – губы толстые, у 1 ребёнка – тонкие);
- зубы (у 3 детей – норма, у 1 ребёнка – мелкие, у 1 ребёнка – кривые, у 1 ребёнка – крупные передние резцы с дистемой);
- прикус (у 5 детей – норма, у 1 – прогнатия);
- твёрдое нёбо (у 5 детей – норма, у 1 ребёнка – готическое нёбо);
- мягкое нёбо (у всех детей – норма);
- узвуля (у всех детей – норма);
- язык (у 1 ребёнка – массивный, у 1 ребёнка – тонкий распластаный, у 1 ребёнка – узкий толстый, у 2 детей – норма, у 1 ребёнка – заливается на левую сторону);
- подъязычная связка (у всех детей – норма).

2. Обследование артикуляционной и мимической моторики.

Для обследования уровня сформированности артикуляционной и мимической моторики использовала методику Л.В. Лопатиной, Г.В. Дедюхиной.

Данная методика включает все стороны артикуляционной и мимической моторной сферы и является наиболее полной.

При исследовании функций органов артикуляции проводится анализ по следующим позициям:

- состояние мышечного тонуса (гипертонус, гипотония, дистония);
- возможность осуществления произвольных и произвольных движений (кинестетическая, кинестетическая диспраксия, апраксия);
- качество артикуляционных и мимических движений (точность, ритмичность, амплитуда, сила мышечного сокращения, время фиксации артикуляционного уклада, количество правильно выполненных движений, переключаемость с одного движения на другое и др.).

Обследование артикуляционной и мимической моторики ведётся по следующей схеме:

- обследование кинестетического орального (артикуляционного) праксиса;
- обследование кинестетического орального праксиса;
- обследование динамической координации артикуляционных движений;
- обследование мимической мускулатуры;
- обследование мышечного тонуса и подвижности губ;
- обследование мышечного тонуса языка и наличия патологической симптоматики.

Дети по словесной инструкции должны выполнить задания, с использованием зеркала и без него (зеркало закрывается шторкой).

Обследование кинестетического орального праксиса.

1. Инструкция: «Повтори за логопедом звуки. Скажи в каком положении твои губы при произнесении...»

А - ?

И - ?

О - ?

У - ?

2. Инструкция: «Произнеси звуки [ть] и [т] и скажи, где находится кончик языка при их произнесении, вверху или внизу?»

3. Инструкция: «Произнеси [си] - [су], [ки] - [ку] и скажи, как поменялось положение твоих губ при их произнесении?»

4. Инструкция: «Произнеси перед зеркалом последовательно звуки [и], [ш] и скажи, при произнесении какого звука кончик языка опущен, а при произнесении какого звука поднят?»

5. Инструкция: «Произнеси звуки [т], [д], [н] и скажи, где находился кончик языка при их произнесении – за верхними или за нижними зубами?»

Критерии оценки:

4балла – правильный ответ;

3балла – самокоррекция или правильный ответ после стимулирующей помощи;

2балла – поиск артикуляции, ответ с единичными ошибками;

1балл – неточный ответ, неточное выполнение задания;

0баллов – отсутствие ответа.

Обследование кинетического орального праксиса

Упражнения выполняются сидя перед зеркалом. Ребёнку предлагается отражённо за логопедом выполнить то или иное упражнение. Последовательность выполнения всех упражнений: «забор» - «окно» - «мост» - «парус» - «лопата», «вкусное варенье» и т.д.

Для того, чтобы оценить выполнение артикуляционного упражнения, ребёнка просят удерживать органы артикуляции в нужном положении 5 - 7 секунд.

1. Инструкция: «Смотри внимательно в зеркало и повторяй за

логопедом движения»

- широко раскрыть рот, кончик языка поднять вверх к верхним зубам – «парус», зафиксировать такое положение, удерживая его 5 – 7 секунд.

2. Инструкция: «Смотри внимательно в зеркало и повторяй за логопедом движения»

- язык «лопатой» - широкий, распластаный, неподвижно лежит на нижней губе, рот приоткрыт, зафиксировать такое положение, удерживая 5 – 7 секунд.

3. Инструкция: «Смотри внимательно в зеркало и повторяй за логопедом движения»

- «вкусное варенье» - рот открыт, широкий язык обхватывает верхнюю губу и затем медленным движением сверху вниз убирается в ротовую полость (удерживать 5 – 7 секунд).

4. Инструкция: «Смотри внимательно в зеркало и повторяй за логопедом движения»

- «мост» - рот открыт, широкий плоский язык лежит на дне полости рта. Кончик упирается в нижние резцы (удерживать 5 – 7 секунд).

5. Инструкция: «Смотри внимательно в зеркало и повторяй за логопедом движения»

- «окно» - рот открыт, верхние и нижние зубы видны (удерживать 5 – 7 секунд).

Оценивается:

- точность выполнения движений (точное выполнение, приближённое, поиски артикуляции, замена одного движения другим);

- длительность удержания артикуляционной позы (достаточная, быстрая истощаемость);

- симметричность;

- наличие синкенезий, гиперкинезов, саливации.

Критерии оценки:

4балла – правильное выполнение движения с точным соответствием

всех характеристик предъявленному;

3балла – замедленное и напряжённое выполнение, быстрая истощаемость;

2балла – время фиксации позы ограничено 1 – 3 секундами;

1балл – выполнение с ошибками, длительный поиск позы, отклонения в конфигурации, синкенизии, гиперкинезы, гиперсаливация;

0баллов – невыполнение движения.

Обследование динамической координации артикуляционных движений.

Упражнения выполняются сидя перед зеркалом. Ребёнку предлагается отражённо за логопедом выполнить движения. Ребёнка просят выполнить движения 4 – 5 раз.

1. Инструкция: «Смотри внимательно в зеркало и повторяй за логопедом движения»

- «качели» (поднять кончик языка за верхние, затем за нижние резцы. Повторит это упражнение 4 – 5 раз).

2. Инструкция: «Смотри внимательно в зеркало и повторяй за логопедом движения»

- «маятник» (попеременно дотронуться высунутым кончиком языка до правого, затем до левого угла губ. Повторить это движение 4 – 5 раз).

3. Инструкция: «Смотри внимательно в зеркало и повторяй за логопедом движения»

- поднять кончик языка на верхнюю губу, опустить на нижнюю, попеременно дотронуться высунутым кончиком языка до правого, затем до левого уголка губ. Повторить эти движения 4 – 5 раз.

4. Инструкция: «Смотри внимательно в зеркало и повторяй за логопедом движения»

- высунуть язык вперёд, одновременно поднимая его кончик вверх. Повторять эти движения 4 – 5 раз.

5. Инструкция: «Смотри внимательно в зеркало и повторяй за

логопедом движения»

- совершать одновременно движения нижней челюстью и высунутым языком вправо, затем влево. Повторять эти движения 4 – 5 раз.

Оценивается:

- последовательность выполнения движений;
- возможность переключения с одного движения на другое;
- инертность движения, персеверации;
- темп движений;
- амплитуда движений (объём движений достаточный, ограниченный);
- точность выполнения движений (точное выполнение, приближенное, поиски артикуляции, замена одного движения другим);
- наличие синкенизий, гиперкинезов, саливации.

Критерии оценки:

4балла – сравнительно точное выполнение движений, все движения координированы;

3балла – замедленное и напряжённое выполнение переключений с одного движения на другое;

2балла – количество правильно выполненных движений органичено двумя – тремя;

1балл – выполнение с ошибками, длительный поиск позы, замена одного движения другим, синкенизии, саливация, гиперкинезы;

0балло – невыполнение движений.

Обследование мимической мускулатуры.

Упражнения выполняются перед зеркалом. Ребёнку предлагается отражённо за логопедом выполнить движения. Проводится по образцу, затем по словесной инструкции.

1. Инструкция: «Смотри внимательно в зеркало и повторяй за логопедом движения»

- нахмурить брови;

2. Инструкция: «Смотри внимательно в зеркало и повторяй за логопедом движения»

- поднять брови;

3. Инструкция: «Смотри внимательно в зеркало и повторяй за логопедом движения»

- наморщить лоб;

4. Инструкция: «Смотри внимательно в зеркало и повторяй за логопедом движения»

- поочередно надуть щёки;

5. Инструкция: «Смотри внимательно в зеркало и повторяй за логопедом движения»

- втянуть щёки;

Критерии оценки:

4балла – точное выполнение заданий, отсутствие нарушений мышечного тонуса мимической мускулатуры и другой патологической симптоматики;

3балла – неточное выполнение некоторых движений, незначительное нарушение тонуса мимической мускулатуры;

2балла – единичные движения нарушены, единичные патологические симптомы;

1балл – затруднения при выполнении движений, умеренное выраженное нарушение мышечного тонуса мимической мускулатуры (гипертонус, гипотония, дистония), сглаженность носогубных складок, синкенизии;

0баллов – грубо выраженная патология мышечного тонуса мимической мускулатуры, гипомимия.

Обследование мышечного тонуса и подвижности губ.

Ребёнку предлагается отражённо за логопедом повторить движения, сидя за столом перед зеркалом.

1. Инструкция: «Смотри внимательно в зеркало и повторяй за

логопедом движения»

- «трубочка» (вытянуть сомкнутые губы вперёд трубочкой, удерживать 5 – 7 секунд).

2. Инструкция: «Смотри внимательно в зеркало и повторяй за логопедом движения»

- чередование «забор» - «трубочка» до 5 раз.

3. Инструкция: «Смотри внимательно в зеркало и повторяй за логопедом движения»

- поднять верхнюю губу, опустить нижнюю губу, повторить движения несколько раз.

Критерии оценки:

4балла – точное выполнение заданий, тонус в норме, губы подвижные;

3балла – неточное выполнение движений, незначительное нарушение тонуса губной мускулатуры (гипертонус, гипотония, дистония);

2балла – верхняя губа напряжена, ограничена её подвижность;

1балл – затруднения при выполнении движений, выраженное нарушение тонуса губной мускулатуры, губы малоподвижные;

0баллов – невыполнение заданий, грубо выражена патология.

Обследование мышечного тонуса языка и наличия патологической симптоматики.

Ребёнку предлагается отражённо за логопедом повторить движения перед зеркалом.

1. Инструкция: «Смотри внимательно в зеркало и повторяй за логопедом движения»

- «лопата» - язык широкий, распластаный, неподвижно лежит на нижней губе;

2. Инструкция: «Смотри внимательно в зеркало и повторяй за логопедом движения»

- «мост» - из положения «окно» язык упирается в нижние резцы,

язык – широкий, плоский, спокойно лежит в ротовой полости;

3. Инструкция: «Смотри внимательно в зеркало и повторяй за логопедом движения»

- «маятник» - попеременно дотянуться кончиком языка до правого, потом до левого угла рта.

Критерии оценки:

4балла – точное выполнение движений, отсутствие нарушений мышечного тонуса языка, патологической симптоматики;

3балла – неточное выполнение заданий, незначительное нарушение тонуса языка (гипертонус, гипотония, дистония);

2балла – затруднения при выполнении упражнений, умеренно выраженное нарушение мышечного тонуса языка, саливация, усиливающаяся при функциональной нагрузке, девиация языка;

1балл – грубо выраженное нарушение мышечного тонуса языка, выраженная патологическая симптоматика (постоянная саливация, гиперкинезы, посинение кончика языка, девиация);

0баллов – не выполняет задание.

Таблица 4 – Характеристика состояния артикуляционной и мимической моторики у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами

№	Ф.И. ребёнка	Кинестетический оральный праксис	Кинетический оральный праксис	Динамическая координация артик. движений	Мимическая мускулатура	Мышечный тонус и подвижность губ	Мышечный тонус языка, наличие патологии
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Максим К.	2	2	2	2	3	3
2.	Коля Д.	2	3	1	1	2	2
3.	Оля П.	1	2	2	2	2	2
4.	Алёна Л.	1	1	1	1	1	1
5.	София Ч.	1	2	1	1	3	2

Продолжение таблицы 4

1	2	3	4	5	6	7	8
6.	Инна М.	2	2	2	2	3	2
7.	Итог:	4 б.- 0% 3б.- 0% 2б.- 50% 1б.- 50% 0б.-0%	4 б.-0% 3б.-17% 2б.- 66% 1б.-17% 0б.-0%	4 б.-0% 3б.-0% 2б.- 50% 1б.- 50% 0б.-0%	4 б.- 0% 3б.- 0% 2б.- 50% 1б.- 50% 0б.-0%	4 б.-0% 3б.- 50% 2б.- 17% 1б.- 17% 0б.- 0%	4 б.-0% 3б.-17% 2б.-66% 1б.-17% 0б.-0%

На основании данных из таблицы делаем выводы о том, что в состоянии артикуляционной и мимической моторики у всех детей обследуемой группы старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами наблюдаются специфические особенности, а именно снижение объёма движений органов артикуляции и мимических мышц, присутствует нарушенный тонус мышц лица и языка, снижена кинестетическая и кинетическая чувствительность в области артикуляции.

Результаты уровня сформированности артикуляционной и мимической моторики наглядно представлены в гистограмме (См. рисунок 1).

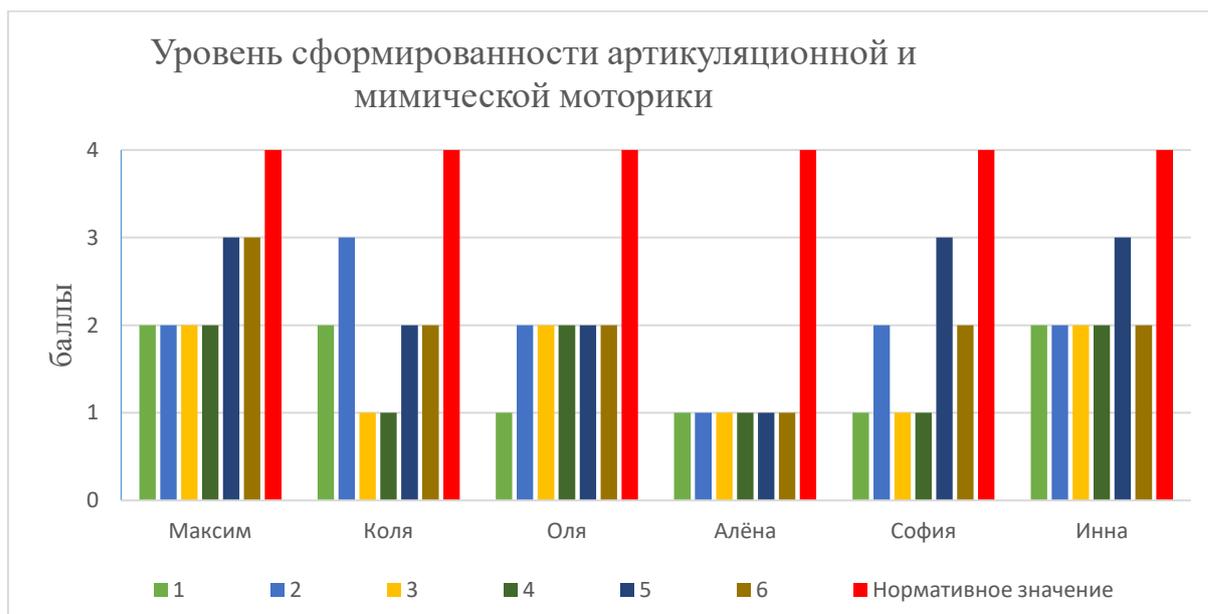


Рисунок 1 – Уровень сформированности артикуляционной и мимической моторики

1. Обследование кинестетического орального праксиса.
2. Обследование кинетического орального праксиса.
3. Обследование динамической координации артикуляционных движений.
4. Обследование мимической мускулатуры.
5. Обследование мышечного тонуса и подвижности губ.
6. Обследование мышечного тонуса языка и наличие патологической симптоматики.

Наиболее низкие показатели сформированности артикуляционной и мимической моторики наблюдаются у Алёны Л. Девочка неточно выполняла задания, делала много ошибок, наблюдались трудности с поиском и удержанием артикуляционной позы, замена одного движения другим, нарушение мышечного тонуса (гипотония) мимической мускулатуры и языка с левой стороны, незначительная саливация.

Максим К. при выполнении заданий наблюдались единичные ошибки, трудности в удержании артикуляционной позы, темп переключения с одной позы на другую снижен, незначительное нарушение (снижение) тонуса губ и языка, снижение темпа выполнения заданий.

Коля Д. наблюдаются единичные ошибки, замедленное и напряжённое выполнение заданий, длительный поиск позы, трудности в переключении с одной артикуляционной позы на другую, повышенный тонус языка и губ.

Оля П. наблюдается неточное выполнение заданий, фиксация артикуляционной позы ограниченно по времени, незначительно ограничен объём движений, умеренно нарушенный (повышенный тонус мышц языка и губ), при увеличении функциональной нагрузки снижается темп выполнения движений.

София Ч. присутствуют единичные ошибки при выполнении заданий, замедленный темп выполнения заданий, трудности в удержании артикуляционной позы, незначительное нарушение (пониженный) тонуса

языка и губ, при повышении функциональной нагрузки точность движений снижается.

Инна М. присутствует ограниченность объёма выполняемых движения, трудности в переключении с одной позы на другую, снижение темпа выполнения движений, наличие снижения тонуса мимической и артикуляционной мускулатуры (отмечается снижение тонуса мышц щёк).

Таким образом, в состоянии артикуляционной и мимической моторики у всех детей обследуемой группы старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами наблюдаются специфические особенности, а именно в той или иной степени снижение объёма движений органов артикуляции и мимических мышц, незначительно нарушенный тонус мышц лица и языка, снижена кинестетическая и кинетическая чувствительность в области артикуляции.

Обследование состояния звукопроизношения.

Для определения уровня сформированности звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами использовали методику, разработанную и предложенную Е.Ф. Архиповой, которая состоит из пяти заданий.

При изучении состояния звукопроизношения обращала внимание и отмечала количество нарушенных звуков, какие фонетические группы нарушены, характер нарушения произношения звуков (отсутствие, искажение, замена, смешение звуков в различных фонетических условиях).

Сначала звуки проверялись в изолированном произношении, затем в слогах (прямых, обратных, со стечением согласных). Далее произношение звуков исследовалось в словах с разными позициями обследуемого звука по отношению к началу, концу и середине слова. Далее обследовали звук во фразах, а затем и в спонтанной речи.

При обследовании звукопроизношения применялись методические приёмы отражённого и самостоятельного воспроизведения лексического материала. Детям предлагались сюжетные и предметные картинки, слоги,

слова, предложения, чистоговорки, включающие исследуемые звуки.

Обследование проводилось по схеме:

- 1) изолированное произнесение;
- 2) в слогах разной структуры (8 модулей);
- 3) в словах, где звук занимает разные позиции (отражённо и самостоятельно по картинке);
- 4) в словах разной слоговой структуры (13 классов) отражённо и самостоятельно по картинке, по вопросам;
- 5) в предложении (отражённо, по картинке, по вопросам).

Задание 1. Обследование возможности изолированного произнесения звука.

Детям давалась инструкция: «Повтори за мной звуки».

Сначала обследовали произношение свистящих звуков [с, - с', з, - з', ц]. Затем обследовали звуки в изолированном произношении [ш, э, ч, щ, л, л', р, р', г, г', к, к', х, х', j].

Критерии оценки:

- 4балла – правильно произносятся все звуки;
- 3балла – нарушается произношение одного звука;
- 2балла - нарушается произношение 2-3 звуков;
- 1балл – искажаются, заменяются более трёх звуков;
- 0баллов – искажаются, заменяются все звуки.

Задание №2. Обследование возможности произнесения звука в слогах разной конструкции.

Детям давалась инструкция: «Повтори за мной».

В данном задании были введены условные обозначения: С – согласный, Г – гласный, CN – звук правильно произносимый, CS-обследуемый звук.

Сначала обследовалась группа свистящих звуков [с, - с', з, - з', ц], а затем остальные звуки [ш, э, ч, щ, л, л', р, р', г, г', к, к', х, х'].

1.CS Г – CSA, CSO, CSY, CSЫ.

2.Г CS – ACS, OCS, UCS, ЫCS.

3.СS CN Г – CSБА, CSБО, CSБУ, CSБЫ др. сочетания с правильно произносимыми звуками.

4.СN CS Г – BCСА, BCСО, BCСУ. BCСЫ и др. сочетания с правильно произносимыми звуками.

5.Г СN CS – АBCS, ОBCS, УBCS, ЫBCS и др. сочетания звуков с правильно произносимыми звуками.

6.Г CS CN – АССБ, ОССБ, УССБ, ЫССБ и др. сочетания звуков с правильно произносимыми звуками.

7.СS Г CS - CSACS, CSOCS, CSYCS, CSЫCS.

8.Г CS Г – АССА, ОССО, УССУ, ЫССЫ.

Критерии оценки:

4балла – во всех типах слогов звуки произносятся правильно;

3балла – искажает только в слогах со стечением Г CS CN, Г CN CS;

2балла – искажает только в слогах со стечением Г CS CN, CN CS Г, Г CN CS, CS CN Г;

1балл – искажает, заменяет во всех типах слогов, кроме CS Г, ГCS (открытый и закрытый слог);

0баллов – искажает и заменяет звуки во всех типах слогов (8 модулей).

Задание №3. Обследование возможности произнесения звука в словах в разных позициях по отношению к началу, концу и середине слова.

Инструкция №1: «Повтори за мной слова» (отражённо).

Сани, сено

Оса осень

Нос неси

Зубы Зина

Коза вези

Цепь конец

Инструкция №2: «Назови эти картинки» (без образца).

Коса коза яйцо

Оса зонт овца

Сад заяц птица

Сова язык цветы

Сок замок боец

Песок зубы певец

Критерии оценки:

4балла – все обследуемые звуки произносятся верно во всех словах;

3балла – нарушается произношение одного звука;

2балла – нарушается произношение 2-3 звуков;

1балл – искажаются, заменяются более 3 звуков;

0баллов – искажаются, заменяются все обследуемые звуки независимо от места позиции звука в слове.

Перед ребёнком выкладывались предметные картинки, и он должен был назвать предметы, изображённые на них. Сначала детям предлагались слова со свистящими звуками [с, - с', з, - з', ц], а затем последовательно с другими звуками [ш, э, ч, щ, л, л', р, р', г, г', к, к', х, х'].

Критерии оценки:

4балла – все обследуемые звуки произносятся верно во всех словах;

3балла – нарушается произношение одного звука;

2балла – нарушается произношение 2-3 звуков;

1балл – искажаются, заменяются более 3 звуков;

0баллов – искажаются, заменяются все обследуемые звуки независимо от места позиции звука в слове.

Задание №4. Обследование возможности произнесения звука в словах разной слоговой структуры.

Для обследования возможности произнесения звука в словах разной слоговой структуры была использована методика А.К. Марковой, которая предлагает изучать у детей произношение слов с различной слоговой структурой в зависимости от их возрастающей сложности.

Всего 14 классов слов, которые дифференцированы не только по степени возрастающей сложности слоговой структуры слова, но и по месту ударения в словах.

Учитывая возраст испытуемых детей и их произносительные возможности, проверили произношение во всех классах слов.

- 1) двусложные слова из открытых слогов (дети, сова, вата);
- 2) трёхсложные слова из открытых слогов (малина, долина, поляна);
- 3) односложные слова (дом, кит, кот);
- 4) двусложные слова с закрытым слогом на конце (диван, банан, мебель);
- 5) двусложные слова со стечением согласных в середине слова (банка, ветка, киска);
- 6) двусложные слова из закрытых слогов (компот, тюльпан, медведь);
- 7) трёхсложные слова с закрытым слогом в конце (бегемот, телефон, ананас);
- 8) трёхсложные слова со течением согласных (яблоко, колбаса, конфета);
- 9) трёхсложные слова со стечением согласных и закрытым слогом на конце (кузнечик, апельсин);
- 10) трёхсложные слова с двумя стечениями согласных (матрёшка, избушка, игрушка);
- 11) односложные слова со стечением согласных в начале или конце слова (шкаф, стол, винт);
- 12) двусложные слова с двумя стечениями согласных (гнездо, птенцы, гвозди);
- 13) четырёхсложные слова из открытых слогов (черепаха, пианино, буратино).

Инструкция №1: «Повтори за мной слова».

Инструкция №2: «Назови эти картинки».

Снеговик гвозди пуговица

Гости мозаика кузнецы

Пастух мимоза цветы

Укус незабудка птенцы

Мосты гнездо балерина

Как и в предыдущем задании, обследование возможности произнесения звука в словах разной слоговой структуры, проводили в два этапа. Первый этап: ребёнок повторял слова за взрослым по словесному образцу, а второй этап - ребёнок самостоятельно называл предложенные ему предметные картинки.

Критерии оценки:

4балла – все свистящие звуки произносятся верно во всех словах разной слоговой структуры;

3балла – нарушается произношение одного звука;

2балла – нарушается произношение 2-3 звуков;

1балл – искажаются, заменяются более 3 звуков;

0баллов – искажаются, заменяются все свистящие звуки во всех типах (классах) слоговых структур.

Задание №5. Обследование возможности произнесения звука в предложении.

Инструкция №1: «Повтори за мной предложения».

На суку спит сова.

У Сони новый самокат.

Сегодня дома вся семья.

Зина запускает змея.

Зоя ест изюм.

У всех птиц есть птенцы.

Птенцы едят гусениц.

В саду цветёт акация.

Примечания:

1. Слова сложные по семантике, включают в лексический материал для обследования после уточнения их значения и наличия этих слов в пассивном и активном словаре ребёнка.

2. Ошибки при отраженном повторении, связанные со слабой слухоречевой памятью, в данном обследовании не учитываю.

Инструкция №2: «Составь предложения по картинке».

Ребёнку предлагаются сюжетные картинки, где изображены предметы, действия, в названиях которых есть обследуемые звуки.

В саду цветут цветы.

Собака сидит на цепи.

Сова сидит в гнезде.

Собака ест из миски.

Инструкция №3: «Ответь на вопросы полным ответом».

Ребёнку предлагается серия вопросов, при ответе на которые ребёнок будет использовать слова, включающие обследуемые звуки.

Кто сидит в будке? (собака)

Что делает певица? (поёт песню)

На чём катаются дети зимой? (на санках)

Как назвать детёнышей птиц? (птенцы)

Что нужно взять, чтобы не намочнуть под дождём? (зонт)

Критерии оценки:

4балла – все свистящие звуки произносятся верно во всех предложениях;

3балла – нарушается произношение одного звука;

2балла – нарушается произношение 2-3 звуков;

1балл – искажаются, заменяются более 3 звуков;

0баллов – искажаются, заменяются все свистящие звуки при произнесении их в предложении.

Задание 1 – обследование возможности изолированного произношения звука;

Задание 2 – обследование возможности произнесения звука в слогах разной структуры (8 модулей);

Задание 3 – обследование возможности произнесения звука в словах, где звук занимает разные позиции (отражённо и самостоятельно по картинке);

Задание 4 – обследование возможности произнесения звука в словах разной слоговой структуры (13 классов по А.К Марковой) отражённо и самостоятельно по картинке, по вопросам;

Задание 5 – обследование возможности произнесения звука в предложении (отражённо, по картинке, по вопросам).

Таблица 5 – Результаты обследования состояния звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами

№	Ф.И. ребёнка	Задание 1	Задание 2	Задание 3	Задание 4	Задание 5
1.	Максим К.	3	3	2	2	2
2.	Коля Д.	2	2	1	1	1
3.	Оля П.	3	2	2	1	1
4.	Алёна Л.	2	2	1	1	0
5.	София Ч.	3	1	1	1	0
6.	Инна М.	2	2	2	1	2
7.	Итого	4б.-0% 3б.-50% 2б.-50% 1б.-0% 0б.-0%	4б.-0% 3б.-17% 2б.-66% 1б.-17% 0б.-0%	4б.-0% 3б.-0% 2б.-50% 1б.-50% 0б.-0%	4б.-0% 3б.-0% 2б.-17% 1б.-83% 0б.-0%	4б.-0% 3б.-0% 2б.-33% 1б.-33% 0б.-34%

На основании данных из таблицы делаем вывод о том, что звукопроизношение у группы детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами недостаточно сформировано. Количество ошибок увеличивается с увеличением речевой нагрузки.

В произношении звуков в изолированном состоянии ситуация более

благополучная, нежели в произношении слогов со стечением согласных, словах, где заданный звук находится в разных позициях, в словах разной слоговой конструкции, предложениях – всё это говорит о низком уровне сформированности звукопроизношения.

Результаты обследования звукопроизношения показали, что нарушений в произнесении гласных и йотированных согласных не выявлено.

При обследовании возможности произнесения звука изолированно (задание №1) дети показали достаточно хороший уровень. У трёх детей показатель составил 3 балла (50%), что характерно (согласно критериям оценки по методике Е.Ф. Архиповой) нарушенному произношению не более одного звука. Три ребёнка имеют показатель 2 балла (50%), что соответствует нарушенному произношению 2-3 согласных звуков.

Результаты обследования возможности произнесения звуков в слогах разной конструкции (задание №2) показали наличие частых ошибок в произнесении (искажение) звуков в слогах со стечением согласных Г CS CN (арт - «айт», ошп – «ос`п», «шпо» – «с`по», укс – «укис»), CN CS Г (тши – «тс`и», ска – «скя», мчэ – «мс`е», бру – «бву», кры – «квы»), Г CN CS (огл – «огв», атр – «атхы»), CS CN Г (рпа – «х`па»,») и т.д.

Общий показатель ниже: 1 ребёнок – 3 балла (17%), 4 ребёнка – 2 балла (66%) и 1 ребёнок – 1 балл (17%).

Результаты обследования возможности произнесения звука в словах с разными его позициями в слове (задание №3) имеют следующие показатели: 3 ребёнка – 2 балла (50%), 3 ребёнка – 1 балл (50%). У детей обследуемой группы большие трудности вызвало самостоятельное произнесение слов без словесной опоры.

В результате обследования возможности произнесения слов разной слоговой структуры по А.К. Марковой (задание №4) у детей не возникали большие трудности с произнесением слов 1-5 класса. Трудности вызвали слова со стечением согласных разной слоговой структуры (9 – 13 класс).

Были закономерными ошибки пропуска одного звука, слога, произнесение слова с более лёгкой слоговой структурой (тюльпан – тюпан, апельсин – «ас`ин», морковка – «аковка», хлеб – «хеб»). Результаты детей следующие: 1 ребёнок – 2 балла (17%), 5 детей – 1 балл (83%).

Результаты обследования возможности произнесения звука в предложении и спонтанной речи (задние №5). При повторении предложений за логопедом наблюдались ошибки: Шла Саша по шоссе – «С`я С`яс`я по ос`е», Из ежовой кожи шубу не сошьёшь – «Ифовой кофы фубу не соёф, Кто землю лелеет, того земля жалеет – «Ко земю фает, того земя фает» и т.д.

При составлении предложений по картинкам: Большой шкаф стоит в комнате – «Бос`ей каф с`оит в конате», Воздушный шар висит на ветке – «Водуфный фай вис`ит на еке» наблюдались замены и пропуск звуков.

При ответах на вопросы: на часах – на «с`ясах», на кухне – «кюне», в шортах – в «фохтах» у детей наблюдались замены, искажения и смягчения согласных звуков. Показатели, следующие 2 ребёнка – 2 балла (33%), 2 ребёнка – 1 балл (33%), 2 ребёнка – 0 баллов (34%).

Результаты обследования состояния звукопроизношения наглядно представлены в гистограмме (См. рисунок 2).

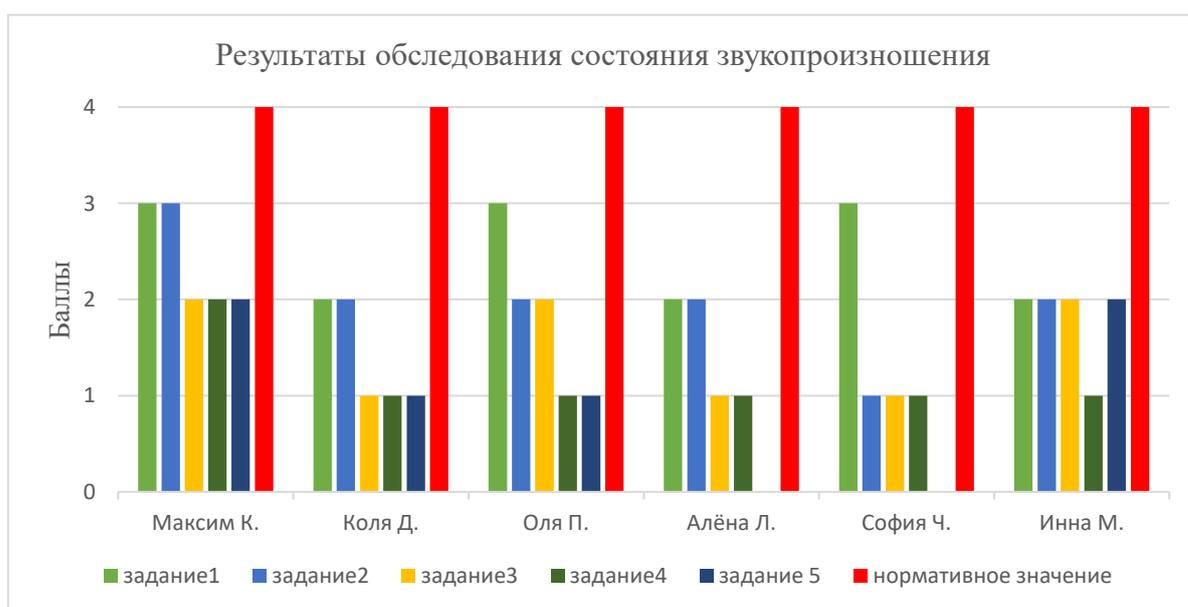


Рисунок 2 – Результаты обследования состояния звукопроизношения

Из гистограммы видно, что при обследовании произношения согласных звуков у данной группы детей во всех пяти заданиях нет высокого уровня. Это говорит о том, что качественное произношение согласных звуков детям обследуемой группы не доступно.

Даже при произнесении изолированных звуков у детей наблюдаются ошибки в звукопроизношении.

С усложнением заданий (произношение звуков в слогах, в словах с разной слоговой структурой, словах со стечением согласных) результаты становятся ниже. Это говорит о том, что с усложнением задачи (произнесение звука в слогах разной конструкции, в словах с разными позициями исследуемого звука в слове по отношению к началу, концу и середине слова, в словах разной слоговой структуры, в предложениях и спонтанной речи) ошибок становится больше, качество звукопроизношения – ниже. В пятом задании (произнесение обследуемого звука в предложении, спонтанной речи) речь ребёнка становится невнятной, смазанной, при произнесении обследуемых согласных звуков отмечаются большие затруднения, искажаются и заменяются 2-3 и более звуков.

Таблица 6 – Характеристика состояния звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами

№	Ф.И. ребёнка	Звукопроизношение
1.	Максим К.	межзубный сигматизм шипящих звуков [p] увулярный автоматизация группы свистящих звуков в словах
2.	Коля Д.	сигматизмы группы свистящих звуков губно – губной ламбдацизм (замена [л] на [w]) [p] отсутствует, замена [г] на [г`]
3.	Оля П.	носовой сигматизм шипящих звуков параротацизм [p], [p`] на [й]
4.	Алёна Л.	[ш], [ж] боковой, замены [ч] и [щ] на [с`] [p] отсутствует автоматизация группы свистящих звуков в словах

Продолжение таблицы 6

5.	София Ч.	межзубный сигматизм группы шипящих звуков параламбдацизм [л], [л`] на [й] [р] отсутствует, замена [к] на [к`]
6.	Инна М.	парасигматизм шипящих звуков ([ш], [ж] на [ф]) [р] велярное, автоматизация группы свистящих звуков в слогах

На основании данных из таблицы делаем вывод о том, что звукопроизношение у группы детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами недостаточно сформировано.

Среди нарушений произношения согласных звуков у всех детей (Максим К., Коля Д., Оля П., Алёна Л., София Ч., Инна М.) наблюдается нарушение произношение группы свистящих и шипящих звуков, соноры: звук [р] либо отсутствует в речи ребёнка (Коля Д., Алёна Л., София Ч.), либо произносится искажённо (Максим К., Оля П., Инна М).

У двух детей (Коля Д., София Ч.) наблюдается параламбдацизм, замена звука [л] в одном случае на звук [w], в другом случае – на звук [й].

У двух детей (Коля Д., София Ч.) наблюдаются ошибки в дифференциации звуков по мягкости и твёрдости.

2.2 Содержание коррекционной работы по преодолению нарушений звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами

В основе минимальных дизартрических расстройств лежит достаточно выраженная неврологическая симптоматика, в силу которой наблюдаются различные дефекты мышце – связочной системы речевого аппарата (нарушенный мышечный тонус общей, артикуляционной и мимической мускулатуры, нарушение согласованности мышц артикуляционного аппарата, гиперкинезы, синкенизии, спазмы, парезы, дистонии), которые ограничивая объём артикуляционных движений и

снижая подвижность органов артикуляции, отрицательно влияют на качество произносимых звуков речи и на речь детей в целом. Следовательно, возникает необходимость в дополнение к обычным методам коррекционной работы применять логопедический массаж.

Логопедический массаж является эффективным методом механического воздействия на мышцы речевого аппарата, который, являясь важной составляющей частью в комплексной коррекционно – педагогической работе по преодолению фонетических дефектов речи, широко применяется в логопедической практике, когда имеются нарушения тонуса мышц.

На основании полученных результатов о состоянии артикуляционно – мимической моторики, уровня сформированности звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами пришли к необходимости проведения формирующего эксперимента.

Цель формирующего эксперимента: проведение коррекционной работы по преодолению нарушений звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами посредством логопедического массажа.

Формирующий эксперимент проводился на базе СП №1 частного дошкольного образовательного учреждения «Детский сад №152» ОАО «Российские железные дороги» г. Челябинска в течении 6 месяцев. Сеансы логопедического массажа проводились с учётом специфики нарушений мышце – связочной системы речевого аппарата, состояния артикуляционной и мимической мускулатуры и являлись составной частью логопедического сопровождения. Логопедический массаж проводился циклами, через день индивидуально с каждым ребёнком. Цикл составлял 10 – 15 сеансов от 15 до 25 минут (в зависимости от физического состояния ребёнка). Между циклами логопедического массажа делались перерывы в 2 – 3 недели.

Планируя содержание коррекционной работы ориентировались на методические работы Е.Ф. Архиповой, Е.А. Дьяковой, О.П. Приходько, И.В. Блыскиной, Е.М. Мастюковой, Ю.В. Микляевой и других учёных по технике проведения логопедического массажа в коррекции нарушенного звукопроизношения.

Взяли за основу методические разработки Е.Ф. Архиповой, Е.А. Дьяковой, О.П. Приходько, так как эти авторы достаточно полно и подробно изложили методику логопедического массажа. Они, изучая специфику речевых расстройств при дизартрии и минимальных дизартрических расстройствах, доказали важность логопедического массажа в работе по преодолению дефектов речи с такими детьми.

В коррекции нарушения звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами использовали дифференцированный логопедический массаж на основе классического (ручного) массажа, так как используя данный вид массажа, смогли более точно контролировать свои массажные движения и силу воздействия непосредственно на группы мышц артикуляционного аппарата, в зависимости от механизма нарушения мышце – связочной системы речевого аппарата.

Дифференцированное применение различных приёмов массажа позволило понизить мышечный тонус при спастичности мышц и, напротив, повысить его при гипотонии артикуляционной мускулатуры. Это позволило добиться лучших результатов коррекционной работы, послужило стимулом для формирования правильных и точных произвольных (активных), координированных движений органов артикуляции.

Проводя коррекционную работу с использованием логопедического массажа, ставили перед собой следующие задачи:

- нормализовать тонус мышц артикуляционного аппарата;
- активизировать те группы мышц периферического речевого

аппарат, в которых отмечалась недостаточная сократительная способность;

-стимулировать проприоцептивные ощущения;

-сформировать произвольные координированные движения органов артикуляции;

-уменьшить саливацию (у части детей);

Особое внимание в процессе логопедического массажа уделяли мышцам периферического речевого аппарата, к которым относятся, в первую очередь мышц языка, губ, а затем мышцам щёк и мягкого нёба, участвующим в акте говорения. Также согласно изученным методикам оказывали механическое воздействие на мышцы в области головы, шеи и верхнего плечевого пояса.

Коррекционная работа посредством логопедического массажа проводилась именно с той группой детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами, у которых было медицинское заключение от врача невропатолога о назначении курса логопедического массажа.

От родителей детей данной экспериментальной группы были получены заявления – соглашения о логопедическом вмешательстве и проведении их детям курса логопедического массажа.

Таблица 7 – Состояние артикуляционно – мимической мускулатуры детей экспериментальной группы

№	Ф.И. ребёнка	Характер нарушения артикуляторно – мимической мускулатуры
1.	Максим К.	Гипотонус, паретичность мышц речевого аппарата (губы вялые, рот приоткрыт, язык вялый, малоактивный)
2.	Коля Д.	Гипертонус, спастичность мимических мышц, губы напряжены, язык малоподвижный, напряжённый)
3.	Оля П.	Гипертонус, спастичность мышц речевого аппарата (язык малоподвижный, толстый, губы в полуулыбке, слегка прижаты к дёснам)
4.	Алёна Л.	Гипотонус с левой стороны, с правой тонус в норме, паретичность мимической мускулатуры, язык слегка заваливается на левую сторону, левый уголок слегка опущен вниз, присутствует лёгкая саливация)
5.	София Ч.	Гипотонус, паретичность мышц речевого аппарата (губы вялые, рот приоткрыт, язык вялый, малоактивный)

Продолжение таблицы 7

б.	Инна М.	Гипотонус, паретичность мышц рта (губы вялые, рот приоткрыт, трудности в удержании широко открытого рта, движения нижней челюсти ограничены, снижен тонус жевательных мышц)
----	---------	---

Изучив рекомендации врача невропатолога, проведя осмотр состояния артикуляционно – мимической мускулатуры, кожных и слизистых покровов в области, на которые будет осуществляться механическое воздействие, экспериментальной группы детей, учитывая их возрастные и индивидуальные особенности, определили тактику (режим, порядок, последовательность и приёмы) проведения логопедического массажа с каждым конкретным ребёнком.

Выполнили необходимые условия для проведения логопедического массажа:

- помещение чистое, уютное, тёплое, хорошо проветрено;
- руки логопеда чистые, тёплые, без очагов воспалений, ногти коротко острижены, без украшений;
- кожа массируемого чистая, без очагов воспалений;
- использование детского крема или масла при активизирующем массаже, детской присыпки для расслабляющего массажа;
- при массаже полости рта использовать медицинские перчатки и салфетки из нетканого материала;
- после массажа плечевого пояса и шеи накрыть эти области тёплой тканью (махровым полотенцем, байковым одеялом);
- ограничить по времени первые сеансы логопедического массажа (первые 5 сеансов логопедического массажа 5 – 10 минут) в связи с адаптацией детей к массажу;
- при массаже языка обеспечить ребёнку понимание действий логопеда (комментирование своих действий);
- соблюдать паузы после проведённого приёма (паузы в 20 – 30 секунд для того, чтобы ребёнок смог закрыть рот, проглотить слюну, если это необходимо, и отдохнуть);

-положение тела массируемого – поза покоя (лёжа руки вдоль туловища, ноги прямые либо полусидя в кресле с высоким подголовником, руки лежат свободно на бёдрах, ноги разведены, согнуты в коленях, стоят перпендикулярно полу);

Использовали следующие приёмы массажа:

- поглаживание: поверхностное, глубокое обхватывающее;
- растирание;
- разминание;
- вибрация и поколачивание;
- плотное нажатие. (См. приложение 1)

При повышенном тонусе мышц периферического речевого аппарата использовали расслабляющий массаж, который включал следующие приёмы классического массажа – это поглаживание, лёгкая вибрация. Последовательность воздействия на массируемые области в процессе одного сеанса расслабляющего массажа:

- мышцы плечевого пояса;
- мышцы шеи;
- мышцы дна полости рта;
- мимическая мускулатура;
- мышцы окружности рта;
- скелетные мышцы языка;
- мышцы самого языка.

При пониженном тонусе мышц речевого аппарата применяли активизирующий массаж, который включал следующие приёмы классического массажа – это поглаживание в сочетании с приёмами растирания, разминания, сильной вибрации, поколачивания.

Последовательность массажа:

- мимическая мускулатура (мышцы лица);
- мышцы губ;
- мышцы языка;

- мышцы шеи;
- мышцы плечевого пояса.

Последовательность в выполнении логопедического массажа соблюдали, придерживаясь методики Е.А. Дьяковой. (См. приложение 2)

У Коли Д. наблюдается гипертонус мимической мускулатуры и мышц окружности рта и языка, поэтому программа расслабляющего массажа включает все мимические мышцы лица (область лба, круговая мышца глаз, область нижней части лица, мышцы окружности рта). В программу массажа включается расслабляющий массаж языка.

1 – 5 сеанс:

- время – 15 минут;
- область воздействия – лицевая мускулатура (мимические мышцы).

6 – 15 сеанс:

- время 25 минут;
- область воздействия – лицевая мускулатура и массаж языка.

Приёмы: поглаживание поверхностное, лёгкая вибрация (мимические мышцы); поглаживание обхватывающее, вибрация (мышцы речевого аппарата, мышцы языка, мышцы верхнего плечевого пояса, мышцы шеи).

Последовательность:

1. Мышцы плечевого пояса.
2. Мышцы шеи.
3. Мышцы дна полости рта.
4. Мимические мышцы.
5. Мышцы окружности рта.
6. Скелетные мышцы языка.
7. Мышцы языка.

У Максима К и Софии Ч. наблюдается пониженный тонус круговых мышц рта, языка, поэтому при проведении активизирующего массажа акцент делается на эту группу мышц. В программу массажа включается

активизирующий массаж полости рта (проработка внутренней части губ, щёк), а также массаж языка.

1 – 3 сеанс:

- время воздействия 15 минут;
- включены все области воздействия.

4 – 15 сеанс:

- время воздействия 25 минут;
- включены все области воздействия.

Приёмы: поглаживания (глубокое обхватывающее, активные, круговые), растирание с разминанием, пощипывание, вибрация, плотное нажатие

Последовательность:

1. Круговые мышцы рта.
2. Скуловые мышцы.
3. Щёчная мышца.
4. Подбородочные мышцы.
5. Мышцы дна полости рта.
6. Скелетные мышцы языка.
7. Мышцы языка.
8. Мышцы шеи.
9. Мышцы плечевого пояса.

Инна М. рот приоткрыт, трудности в удержании широко открытого рта, движения нижней челюсти ограничены, снижен тонус жевательных мышц.

1 – 4 сеанс:

- время воздействия 15 минут;
- включены все области воздействия.

5 – 15 сеанс:

- время воздействия 25 минут;
- включены все области воздействия.

Области воздействия:

- область шеи;
- область дна полости рта;
- височная область;
- область жевательной мышцы
(с наружной части и с внутренней части).

Приёмы: поглаживание (активное, глубокое обхватывающее), растирание, разминание, вибрация, плотное нажатие.

Последовательность:

1. Область височной, жевательной и крыловидной мышцы.
2. Область круговой мышцы рта.
3. Область подбородочной мышцы.
4. Область дна полости рта (надподъязычные мышцы).
5. Область шеи.

Оля П. наблюдается повышенный тонус губ и языка, поэтому этим областям уделяется особое внимание.

Программа логопедического массажа включает воздействие на области верхнего плечевого пояса, мышцы шеи, область дна полости рта, подбородка, окружности рта, скелетные мышцы языка и сам язык.

1 – 5 сеанс:

- время – 15 минут;
- область воздействия – лицевая мускулатура.

6 – 15 сеанс:

- время 25 минут;
- область воздействия – лицевая мускулатура и массаж языка.

Приёмы: поглаживание поверхностное, лёгкая вибрация (мимические мышцы); поглаживание лёгкое обхватывающее, вибрация (мышцы речевого аппарата, мышцы языка, мышцы верхнего плечевого пояса, мышцы шеи).

Последовательность:

Первоначально прорабатываются области от периферии к центру.

1. Мышцы верхнего плечевого пояса.
2. Мышцы шеи.
3. Мышцы дна области рта.
4. Мышцы подбородка.
5. Мышцы окружности рта.
6. Скелетные мышцы языка.
7. Мышцы языка.

У Алёны наблюдается пониженный тонус лицевой и артикуляционной мускулатуры с левой стороны. Программа массажа включает воздействие на области артикуляторно – мимических мышц с левой стороны.

Приёмы: активное, глубокое обхватывающее поглаживание, растирание, разминание, пощипывание, плотное нажатие.

Последовательность:

1. Мимические мышцы лица.
2. Мышцы окружности рта.
3. Скелетные мышцы языка.
3. Мышцы языка.
4. Мышцы подбородка.
5. Мышцы дна полости рта.
6. Мышцы шеи.
7. Мышцы плечевого пояса.

Таблица 8 – Технологическая карта проведения дифференцированного логопедического массажа с учётом преимущественной локализации и типа нарушения тонуса мышц артикуляционно – мимической мускулатуры

Локализация нарушения тонуса	Спастичность	Гипотония	Смешанный тип
1	2	3	4
Лоб, щёки	-поглаживание от середины лба к вискам; -поглаживание от бровей	-растирание, полукружные или спиралевидные	-массаж проводится с гиперкоррекцией

	<p>к волосистой части головы; -поглаживание о линии лба вокруг глаз; -поглаживание от середины лба к вискам; -поглаживание от бровей к волосистой части головы;</p>	<p>движения в направлении от средней линии лба к вискам; -разминание, т.е. сжатие складки кожи двумя пальцами – большим и указательным, или</p>	<p>поражённой стороны; -в этой области осуществляется большое число массажных движений.</p>
	<p>-поглаживание от линии лба вокруг глаз; -поглаживание бровей от переносицы в стороны до края волос, продолжая линию бровей; -движение от середины губ к височным впадинам с фиксацией пальцев в углублениях у козелка и мочки уха; -движение начинается от спинки носа, проходя через скуловую дугу к ушным раковинам с фиксацией пальцев в углублениях у козелка и мочки уха; -движение от средней линии лба вниз через височные впадины к середине подбородка.</p>	<p>прерывистое надавливание; -прерывистая вибрация, или пунктирование (постукивание), подушечками указательного и среднего пальцев попеременно в быстром темпе; -круговое растирание в области щёк в направлении от края нижней челюсти к краю скуловой кости; -круговое растирание осуществляется от середины подбородка вверх к носу, в области жевательной мышцы производят разминание спиралевидными движениями и круговое растирание; -потряхивание щёк как в продольном, так и в поперечном направлении.</p>	
<p>Массаж жевательных, щёчных скуловых и особенно крыловидных мышц может проводиться при положении пальцев логопеда внутри полости рта ребёнка.</p>			

Продолжение таблицы 8

<p>Губы</p>	<p>-поглаживание верхней губы от углов рта к центру; -поглаживание нижней губы от углов рта к центру; -поглаживание верхней губы (движения сверху вниз); -поглаживание нижней губы (движения снизу – вверх); -поглаживание носогубных складок (от крыльев носа к углам губ).</p>	<p>-ладонной поверхностью указательных пальцев проводятся движения по верхней губе от уголков рта к середине; -такие же движения по нижней губе; -движения от середины верхней губы к углам рта и слегка вниз и от середины нижней губы к углам рта и слегка вверх; -поглаживание носогубной складки</p>	<p>-массаж проводится с гиперкоррекцией поражённой стороны; -в этой области осуществляется большое число массажных движений.</p>
<p>Язык</p>	<p>-поглаживающие движения с одной стороны, затем с другой стороны языка, от кончика к корню языка и обратно (производят поглаживающие движения из стороны в сторону постепенно продвигаясь от кончика к корню языка); -поглаживают боковые поверхности языка от кончика к корню; -производят лёгкое разминание мышц в горизонтальном направлении, движения лёгкие и без нажима.</p>	<p>-перетирание мышц языка в горизонтальном направлении; -перетирание мышц языка спиралевидными движениями, сила давления постепенно увеличивается, движение направлено от корня к кончику языка с одной стороны, затем – с другой стороны; -перетирание мышц языка в поперечном направлении с одной стороны языка, затем с другой стороны; -сжимать язык с боковых поверхностей (удерживать язык в сжатом положении 1 – 2 секунды); -пощипывающие движения по краю языка.</p>	<p>-массаж проводится с гиперкоррекцией поражённой стороны; -в этой области осуществляется большое число массажных движений.</p>

Таким образом, на основе проанализированных методик по

коррекции звукопроизношения посредством логопедического массажа и данных, полученных в ходе констатирующего эксперимента, нами было систематизировано содержание работы по использованию логопедического массажа в коррекционной работе по преодолению нарушенного звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами.

В ходе формирующего эксперимента была проведена целенаправленная работа по нормализации тонуса мышц артикуляционного аппарата, стимуляции проприоцептивных ощущений и совершенствованию произвольных координированных движений органов артикуляции.

Использование индивидуальных программ дифференцированного логопедического массажа, предложенных нами, способствует преодолению нарушений звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами.

Выводы по главе 2

Для определения направления коррекционной работы по коррекции нарушенного звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами посредством логопедического массажа было проведено комплексное обследование артикуляционно – мимической моторики и состояния звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами. Для проведения констатирующего эксперимента по изучению состояния артикуляционной и мимической моторики, состояния звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами мы использовали методики Л.В. Лопатиной, Г.В. Дедюхиной и Е.Ф. Архиповой.

Данный эксперимент проводился на базе СП №1 частного дошкольного образовательного учреждения «Детский сад №152» ОАО

«Российские железные дороги» г. Челябинска с воспитанниками старшей группы дошкольной образовательной организации.

Целью констатирующего эксперимента было выявить уровень сформированности звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами.

По результатам проведённого констатирующего эксперимента стало известно, что у всех детей экспериментальной группы уровень сформированности звукопроизношения низкий, в звукопроизношении наблюдаются специфические ошибки не только на уровне одного звука, но и группы звуков, звуки произносятся искажённо, присутствуют замены, пропуск звуков, нарушена дифференциация звуков по артикуляторно – акустическому признаку, по твёрдости и мягкости. То есть у дошкольников экспериментальной группы наряду с антропофоническим дефектом (искажение звуков), наблюдается фонологический дефект, проявляющийся в заменах и смешениях звуков.

У всей группы детей нарушение звукопроизношения носит полиморфный характер, наблюдаются нарушения звуков разных фонетических групп.

В результате обследования артикуляционной и мимической моторики обнаружили, что в состоянии артикуляторно – мимической моторики имеется ряд специфических особенностей, присутствует нарушенный тонус артикуляционной и мимической мускулатуры, проявляющийся в снижении объёма и координации движений, подвижности органов артикуляции и быстрой их истощаемости.

Учитывая данные констатирующего эксперимента и своеобразие специфики речевой патологии, разработали индивидуальные программы логопедического массажа, которые были направлены на преодоление нарушений звукопроизношения в результате несовершенной артикуляционной и мимической мускулатуры. В ходе формирующего этапа педагогического эксперимента были составлены индивидуальные

комплексы дифференцированного логопедического массажа и внедрены в практику. Комплексы логопедического массажа проводились только детьми, входящими в состав экспериментальной группы.

Коррекционная работа была спланирована и проводилась с учётом специфики речевой патологии, состояния мышце – связочной системы артикуляционного аппарата, возрастных, индивидуальных особенностей и общего состояния здоровья детей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Речь – исторически сложившаяся форма общения людей посредством языковых конструкций, создаваемых на основе определённых правил.

Речь, в том числе и её звуковая сторона, не являются врождённой способностью.

Становление речи ребёнка в онтогенезе происходит постепенно, переходя от более простых структур к более сложным параллельно с физическим и умственным развитием ребёнка и служит показателем его общего развития. Качество произношения зависит от состояния артикуляционно – мимической мускулатуры и подвижности органов артикуляционного аппарата.

Актуальность темы исследования: «Использование логопедического массажа в коррекции звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами» обусловлена тем, что:

- в современном мире происходит постоянный рост случаев такой речевой патологии, как минимальные дизартрические расстройства, у детей старшего дошкольного возраста;

- причинами формирования данной речевой патологии служат различные вредности пренатального, натального и постнатального периодов;

- данная речевая патология оказывает отрицательное влияние на формирование звукопроизносительной и просодической сторон речи, а в отдельных случаях и на все компоненты речи у детей старшего дошкольного возраста;

- своевременная и качественная комплексная логопедическая диагностика позволяет «увидеть» данную речевую патологию, дифференцировать её от схожих дефектов речи и спланировать

эффективную коррекцию звукопроизношения;

- неврологическая симптоматика минимальных дизартрических расстройств предполагает включение в комплексный коррекционный процесс логопедический массаж;

- логопедический массаж способствует при коррекции дефектов звукопроизношения достижению лучших результатов в более короткие сроки;

Целью исследования было теоретически изучить научную литературу по проблеме исследования и практически показать возможности преодоления нарушений звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами.

В соответствии с целью были поставлены такие задачи:

1. Изучить и проанализировать психолого – педагогическую литературу по проблеме исследования.

2. Изучить особенности звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами.

3. Подобрать комплексы логопедического массажа для коррекции нарушений звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами и проверить их эффективность на практике.

При реализации первой задачи были исследованы теоретические вопросы о понятии звукопроизношения в целом и закономерностях его развития у детей в онтогенезе, получить представление клинико – психолого – педагогической характеристики детей с минимальными дизартрическими расстройствами.

При реализации второй задачи сформировали представление об особенностях звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами, в результате проведённого констатирующего эксперимента. На практике «увидели»

специфические ошибки звукопроизношения, присущие детям с минимальными дизартрическими расстройствами, обусловленные патологией в состоянии артикуляционно – мимической мускулатуры. По результатам констатирующего эксперимента составлены таблицы и гистограммы, дана количественная и качественная оценка результатов обследования.

При реализации третьей задачи изучили и проанализировали методики проведения логопедического массажа, отобрали более эффективные и составили индивидуальные программы логопедического массажа на каждого ребёнка экспериментальной группы с учётом специфики состояния артикуляционно – мимической мускулатуры, дефектов звукопроизношения, возрастных, индивидуальных особенностей детей и состоянии здоровья детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами. Внедрили эти комплексы логопедического массажа в комплексную коррекционную работу по преодолению нарушенного звукопроизношения. Отметим улучшения в состоянии мышцы – связочной системы артикуляционного аппарата и положительную динамику в преодолении дефектного звукопроизношения.

Таким образом, грамотно спланированное комплексное логопедическое сопровождение ребёнка старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами посредством дифференцированного логопедического массажа на основе классического (ручного) массажа способствует достижению лучшего результата в преодолении нарушенного звукопроизношения в более короткие сроки.

Таким образом поставленные цели достигнуты, задачи выполнены.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Архипова, Е.Ф. Клинико – педагогическая характеристика детей со стёртой формой дизартрии. Актуальные вопросы теории и практики коррекционной педагогики / Е.Ф. Архипова. – М. : Астрель, 1997. – 331 с.
2. Архипова, Е.Ф. Коррекционно – логопедическая работа по преодолению стёртой дизартрии / Е.Ф. Архипова. – М. : АСТ, 2008. – 254 с.
3. Архипова, Е.Ф. Логопедический массаж при дизартрии [Текст] / Е.Ф. Архипова. – М. : Астрель, 2008. – 114 с.
4. Архипова, Е.Ф. Логопедическая работа с детьми раннего возраста : учеб. пособие для студентов пед. вузов / Е.Ф. Архипова. – М. : Астрель, 2007. – 224 с.
5. Архипова, Е.Ф. Стёртая дизартрия у детей : учеб. пособие для студентов вузов / Е.Ф. Архипова. – М. : Астрель, 2008. – 319с.
6. Балобанова, В.П. Диагностика нарушений речи у детей и организация логопедической работы в условиях дошкольного образовательного учреждения / В.П. Балобанова, Л.Г. Богданова, Л.В. Венедиктова. – СПб. : Детство – пресс, 2001. – 240 с.
7. Белякова, Л.И. Логопедия. Дизартрия / Л.И. Белякова, Н.Н. Волоскова. – М. : Гуманитар, изд. центр ВЛАДОС, 2009. – 287 с.
8. Блыскина, И.В. Массаж в коррекции артикуляторных расстройств / И.В. Блыскина, В.А. Ковшиков. – СПб. : Сатис, 1995. – 135 с.
9. Борозинец, Н.М. Логопедические технологии : учеб. пособие / Н.М. Борозинец, Т.С. Шеховцова. – Ставрополь : 2008. – 224 с.
10. Винарская, Е.Н. Дизартрия / Е.Н. Винарская. – М. : Астрель, 2006. – 144 с.
11. Волкова, Л.С. Логопедия [Текст] / Л.С. Волкова, С.Н. Шаховская. – М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. – 680 с.
12. Волосовец, Т.В. Основы логопедии с практикумом по

звукопроизношению : учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / под ред. Т.В. Волосовец. – М. : Академия, 2002 – 200 с.

13. Гвоздев, Н.А. Вопросы изучения детской речи [Текст] / Н.А. Гвоздев. – Москва : изд. Академия педагогических наук РСФСР, - 1961. – 471 с.

14. Голубева, Г.Г. Коррекция нарушений фонетической стороны речи у дошкольников: метод. пособие / Г.Г. Голубева. – СПб. : изд. РГПУ им. Герцена: СОЮЗ, 2000. – 110 с.

15. Грибова, О.Е. Технология организации логопедического обследования: метод. пособие / О.Е. Грибова. – М. : Айрис – пресс, 2005. – 96 с.

16. Гуровец, Г.В. К вопросу диагностики стёртых форм псевдобульбарной дизартрии / Г.В. Гуровец, С.И. Маевская. // Логопед. – 2004. – №8. – 9-11 с.

17. Дьякова, Е.А. Основные принципы применения логопедического массажа в коррекционно-педагогической работе [Текст] / Е.А. Дьякова. – М. : Академия, 2018. – 156 с.

18. Епифанова, О.В. Современные методы обследования речевого развития ребёнка / О.В. Епифанова. // Логопед. – 2013. - №5. – 7 – 10 с.

19. Епифанцева, Т.Б. Настольная книга педагога – дефектолога / Т.Б. Епифанцева. – Ростов на Дону : Феникс, 2007. – 486 с.

20. Жукова, Н.С. Логопедия / Н.С. Жукова, Е.М. Мастюкова, Т.Б. Филичёва. – М. : Эксмодетство, - 2011. – 288 с.

21. Звегенцев, В.А. Язык и его лингвистическая теория / В.А. Звегенцев – М. : Просвещение. – 1973. – 248 с.

22. Карелина, И.Б. Дифференциальная диагностика стёртых форм дизартрий и сложной дислалии / И.Б. Карелина. // Дефектология. – 2006. - №5. – 10-14 с.

23. Карелина, И.Б. Логопедическая работа с детьми с минимальными дизартрическими расстройствами / И.Б. Карелина. : автореф. дис. канд.

пед. наук. – М. :, 2000. – 23 с.

24. Киселёва, В.А. Диагностика и коррекция стёртой формы дизартрии / В.А. Киселёва. – М. : Школьная пресса, 2007. – 48 с.

25. Лопатина, Л.В. Комплексный подход в диагностике стёртой дизартрии у дошкольников / Л.В. Лопатина. // Логопед в детском саду, 2005. – №4 (7). – 50-52 с.

26. Лопатина, Л.В. Логопедическая работа в группах дошкольников со стёртой формой дизартрии / Лопатина Л.В., Серебрякова Н.В. – СПб. : Образование, 1994. – 200 с.

27. Лопатина, Л.В. Приёмы логопедического обследования дошкольников со стёртой формой дизартрии и дифференциация их обучения / Л.В. Лопатина. // Дефектология, – 2006. - №2. – 64-70с.

28. Лопатина, Л.В. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами [Текст] / Л.В. Лопатина. – М. : Союз, 2005. – 192 с.

29. Мартынова, Р.И. Сравнительная характеристика детей, страдающих лёгкими формами дизартрии и функциональной дислалией. Расстройства речи и методы их устранения / Р.И. Мартынова. – М. : Просвещение, 1975. – 280 с.

30. Мастюкова, Е.М. Дизартрия // Логопедия / под ред. Л.С. Волковой. – М. : Просвещение, 1989. – 122 – 154 с.

31. Микляева, Ю.В. Логопедический массаж и гимнастика. Работа над звукопроизношением / Ю.В. Микляева. – М. : Айрис – пресс, 2010 – 112 с.

32. Новикова, Е.В. Зондовый массаж. Коррекция звукопроизношения. В 4 ч. Ч. 1. / Е.В. Новикова. – М. : Гном, 2010, - 496 с

33. Новикова, Е.В. Зондовый массаж. Коррекция звукопроизношения. В 4 ч. Ч. 3. / Е.В. Новикова. – М. : Гном, 2012. – 32 с.

34. Правдина, О.В. Дизартрия. Логопедия [Текст] / О.В. Правдина. – М. : Просвещение, 1973. – 149 с.

35. Приходько, О.Г. Логопедический массаж при коррекции дизартрических нарушений речи у детей раннего и дошкольного возраста [Текст] / О.Г. Приходько. – СПб. : КАРО, 2008. – 158 с.
36. Романенко, А.П. Фонетика: учеб. пособие для логопедов / А.П. Романенко. – Саратов : Наука, 2017. – 88 с.
37. Селивёрстова, В.И. Понятийно – терминологический словарь логопеда [Текст] / В.И. Селивёрстова. – М. : ВЛАДОС, 1997. – 400 с.
38. Соботович, Е.Ф. Проявление стёртых дизартрий и методы их диагностики / Е.Ф. Соботович, А.Ф. Чернопольская // Дефектология. – 1974. - №4. – 20 – 26 с.
39. Федосова, О.Ю. Коррекция звукопроизношения у дошкольников с лёгкой степенью дизартрии с учётом фонетического контекста / О.Ю. Федосова : автореф. дисс. канд. пед. наук. – М., 2005. – 21 с.
40. Филичёва, Т.Б. Основы логопедии: учеб. пособие для студентов по спец. «Педагогика и психология (дошк.)» / Т.Б. Филичёва, Н.А. Чевелёва, Г.В. Чиркина. – М. : Просвещение, 1089. – 223 с.
41. Фомичёва, М.Ф. Воспитание у детей правильного звукопроизношения : учеб. пособие для учащихся пед. училищ [Текст] / М.Ф. Фомичёва. – М. : Просвещение, 1989. – 239 с.
42. Фомичёва, М.Ф. Введение в логопедию. Материалы для практического усвоения системы фонем русского языка. [Текст] / М.Ф. Фомичёва, Е.В. Оганесян. – М. : Московский психолого – социальный институт (МПСИ), 2015. – 88 с.
43. Чиркина, Г.В. Звуковая сторона речи. О нарушениях звукопроизношения у дошкольников [Текст] / Г.В. Чиркина. // Дошкольное воспитание. – 1981. – №6. – 28 – 33 с.
44. Шафеева, А.А. Логопедический массаж: метод. пособие / А.А. Шафеева. – М. : В. Секачев, 2009 г. – 56 с.
45. Щерба, Л.В. Языковая система и речевая деятельность [Текст] / Л.В. Щерба. – Л. : Наука, 1974. – 427 с

ПРИЛОЖЕНИЕ

Приложение 1. Приёмы классического массажа

Для проведения коррекции нарушенного звукопроизношения использовала дифференцированный (укрепляющий или расслабляющий) массаж, основанный на приемах классического (ручного) массажа.

В логопедическом массаже используются те же приёмы, что и в обычном классическом. Массаж даёт возможность целенаправленно воздействовать на поражённые участки артикуляционных органов, активизируя и восстанавливая их деятельность. Нормализация звукопроизношения проходит быстрее.

Поглаживание. Обязательный приём, с которого начинается каждая процедура. Этот приём чередуют с другими приёмами и им заканчивают каждый массажный комплекс.

Значение приёма:

- усиление кровообращения в поверхностно расположенных сосудах;
- снижение мышечного тонуса;
- нормализация дыхания.

Существует три приёма поглаживания:

1. Поверхностное поглаживание.
2. Глубокое обхватывающее поглаживание.
3. Граблеобразное поглаживание.

Поверхностное поглаживание – это мягкий, щадящий приём.

Значение – снижение тонуса мышц лицевой и артикуляционной мускулатуры.

Техника: кисть (ладонь) мягко скользит по коже или слизистой, не сдвигая её, не обирая в складки, кожа не должна краснеть. Контакт руки с кожей мягкий, нежный, массируемый едва ощущает это движение. Поверхностное поглаживание выполняется медленно и ритмично.

Движение производится в различных направлениях (продольно, поперечно, кругообразно спиралевидно).



Рисунок 1 – Приём поверхностное поглаживание

Глубокое обхватывающее поглаживание.

Это более интенсивный приём. Область воздействия на рецепторы глубоко лежащих мышц и сосудов.

Значение: одновременно расслабляет и тонизирует мышцы воздействие на центральную нервную систему. Может быть использован при любом состоянии мышечного тонуса.

Техника: ладонь руки плотно и равномерно прилегает к массируемой части лица, шеи и передней части верхнего плечевого пояса и скользит по поверхности в строгом соответствии со всеми анатомическими контурами. Поглаживающее движение непрерывное, медленное и ритмичное.



Рисунок 2 – Приём глубокого обхватывающего поглаживания

Граблеобразное поглаживание. Приём используется при массаже волосистой части головы.

Техника: пальцы широко разведены, приём выполняется подушечками пальцев в продольном, поперечном, зигзагообразном и круговом направлении.



Рисунок 3 – Приём граблеобразное поглаживание

Растирание. Приём проводится на малых, ограниченных участках, в области отдельных мышечных групп.

Значение:

- усиление кровообращения;
- улучшение обменных процессов;
- повышение тонуса мышц.

Выполняется с большей силой давления (прямолинейное, круговое, спиралевидное, штрихование) на массируемую область, что вызывает смещение, растяжение, передвижение тканей в различных направлениях. Рука смещает кожу, но не давит вглубь.

Техника: растирание может выполняться подушечками указательного, среднего и безымянного пальцев или одним большим пальцем, всей ладонной поверхностью, а также тыльной поверхностью согнутых в кулак пальцев. Движение осуществляется в прямом, круговом и спиралевидном направлениях.



Рисунок 4 – Приём растирание

Разминание. Приём выполняется также, как и растирание, в области отдельных мышечных групп.

Значение:

- активизирует работу мышц;
- повышает тонус мышц, усиливает их сократительную функцию.

Выполняется с захватыванием массируемой области, сдвиганием, оттягиванием, сдавливанием, сжиманием, пощипыванием и перетиранием тканей. Способы разминания (надавливание, сжатие, перетирание, растягивание, щипки).

Техника: разминание выполняется подушечками большого пальца, или большого и указательного, или большого и всех остальных пальцев. При сжатии и перетирании мышцы сдавливаются между подушечками большого и других пальцев. Перетирающие движения пальцев осуществляются в различных направлениях: продольно, поперечно, полукругно и спиралевидно.



Рисунок 5 – Приём разминание

Щипцеобразный приём разминания заключается в том, что массируемые ткани глубоко захватываются, слегка оттягиваются кверху и легко скользящим движением пропускаются между пальцами.



Рисунок 6 – Приём щипцеобразное разминание

Приём пощипывания, ткань захватывают поверхностно между большим и указательным пальцами и осуществляют пощипывающие движения только кожного покрова.



Рисунок 7 – Приём пощипывание

Вибрация – передача колебаний руки логопеда на массируемые ткани. Вибрация бывает двух видов: прерывная и непрерывная. Вариантами приёма вибрации являются потряхивание и ударная техника — это поколачивание (пальцевой душ).

Значение:

- изменяет внутритканевый обмен;

- улучшает трофику тканей.

Проводится только в области мягких тканей лица (нижняя часть лица в области щёк и губ).

Сильная, жёсткая вибрация повышает тонус мышц, лёгкая вибрация снижает тонус мышц.

Техника: вибрация осуществляется одним, двумя, или всеми пальцами, при этом тканям придаются колебательные движения различной частоты и амплитуды, вибрация может осуществляться поверхностью всех пальцев либо кончиками пальцев.

Пальцы осуществляя вибрационные движения продвигаются, по кожным покровам, от срединной линии к периферии лица (ушным раковинам).

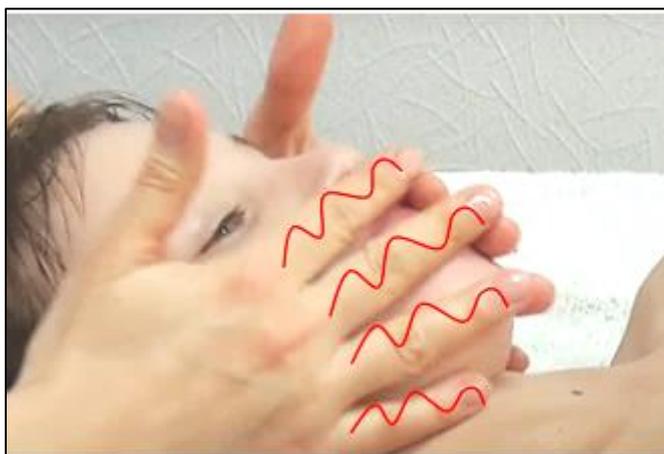


Рисунок 8 – Приём вибрация

Вариант приёма вибрации – потряхивание.

Техника: в отличие от вибрации, при потряхивании один палец или все пальцы прикладываются к кожным покровам, осуществляя вибрационные движения на одном месте без продвижения.

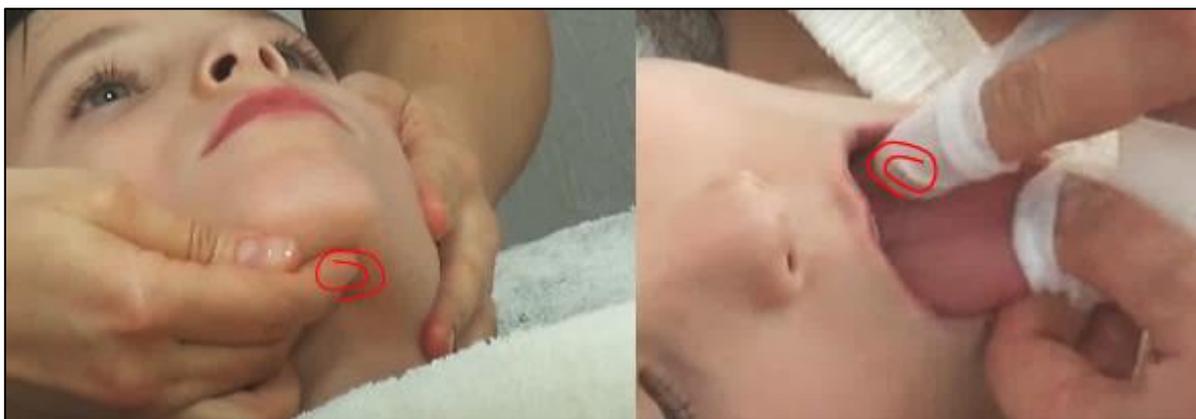


Рисунок 9 – Вариант приёма вибрации потряхивание

Вариант приёма вибрации – поколачивание.

Техника: поколачивание или пунктирование производится кончиками пальцев, движения выглядят как интенсивное постукивание расслабленной кистью руки для обеспечения лёгкости движения. Движения осуществляются одной рукой, двумя руками одновременно или попеременно.

Плотное нажатие. Приём заимствован из точечного массажа.

Значение:

- улучшает кровообращение, лимфообращение, обменные процессы;
- используется в местах выхода пучков нервных окончаний (биологически активные точки).

Техника: подушечками средних пальцев надавливание на область выхода пучков нервных окончаний. Плотным нажатием этих мест заканчивается любое поглаживание.



Рисунок 10 – Приём плотное нажатие

Выбор приёмов зависит от состояния мышечного тонуса, двигательных возможностей и патологической симптоматики.

Приложение 2. Методика проведения логопедического массажа

Логопедический массаж – это активный метод механического воздействия на мимические мышцы лица и артикуляционную мускулатуру.

Логопедический массаж оказывает положительное влияние на состояние мышц, нервов, кровеносных сосудов и тканей периферического речевого аппарата.

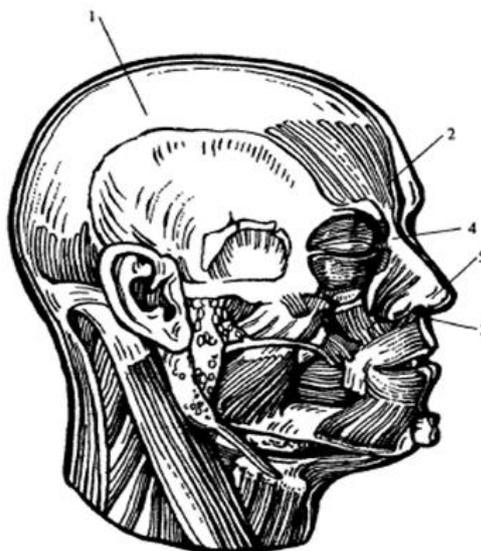


Рис. 14. Мимические мышцы:

1. Затыльно-лобная мышца — производит смещение кожи головы, лобная часть поднимает брови и расширяет глазную щель;
2. Мышца, сморщивающая брови — сводит кожу бровей к срединной линии, образуя вертикальные складки у переносицы;
3. Мышца гордецов — образует у корня носа поперечные складки;
4. Круговая мышца глаза — осуществляет сужение глазной щели, смыкание век;
5. Носовая мышца — оттягивает книзу ноздри, суживая их при этом.

Рисунок 1 – Мимические мышцы

Логопедический массаж является эффективным методом коррекции звукопроизношения, так как способствует нормализации произносительной стороны речи, улучшает состояние голоса, речевого дыхания, нормализует эмоциональное состояние ребёнка, страдающего речевыми нарушениями.

Цель логопедического массажа: формирование правильной речи у ребёнка с речевыми расстройствами, в частности минимальными дизартрическими расстройствами.

Задачи логопедического массажа:

- коррекция звукопроизношения;
- нормализация речевого дыхания;
- устранение эмоционального напряжения у детей, имеющих дефекты речи;
- улучшение состояния голоса;
- улучшение тонуса мышц ротовой полости и голосового аппарата;
- проработка и активизация периферического аппарата;
- уменьшение гиперсаливации;
- укрепление глоточного рефлекса;
- усиление проприоцептивных ощущений;
- создание предпосылок для произвольных координированных движений органов артикуляции;
- афферентация в речевые зоны коры головного мозга (для стимуляции речевого развития при задержке формирования речи).

Для проведения коррекции нарушенного звукопроизношения использовала дифференцированный (укрепляющий или расслабляющий) массаж, основанный на приемах классического (ручного) массажа.

Условия проведения логопедического массажа:

- массаж проводится лёжа или сидя (должно быть кресло с подголовником или кушетка, или массажный стол)., ребёнку должно быть удобно;
- массаж следует проводить 1,5-2 часа после еды или за 1 час до еды;
- расслабляющий массаж лучше проводить после занятий, а активизирующий не проводится перед сном;
- перед проведением массажа логопед должен вымыть руки и протереть их спиртом. Руки должны быть чистыми, без украшений, ногти

короткими. Массаж языка и полости рта необходимо проводить в резиновых перчатках.

- все используемые инструменты должны быть одноразовыми или обработаны согласно инструкции, ОСТ 42-21-85;
- при выполнении логопедического массажа в наличии должны быть: спирт, ватные диски, палочки для ушей, стерильные салфетки, нашатырный спирт, перекись водорода, присыпка, детское масло, теплое полоскание (отвар ромашки);
- продолжительность сеанса не более 30 минут. Первые сеансы 10-15 минут;
- частота массажного сеанса-ежедневно ли через день, количество сеансов-10-15 с повтором через 2-3 недели и, при необходимости, через полгода;
- массаж должен быть дифференцированным, необходимо учитывать специфику дефекта (гипертонус или гипотонус мышц лица, губ, языка, гиперкинезы), особенности строения артикуляционного аппарата (например, укороченная подъязычная уздечка);
- схема логопедического массажа должна опираться на классический массаж и разработанные специальные массажные комплексы;
- приёмы массажа не должны вызывать болезненных ощущений и отрицательных эмоций у ребёнка;
- руки массажиста всегда должны быть чистыми, без украшений, ногти короткими;
- лицо ребёнка должно быть помытым перед массажем.

Показания к проведению логопедического массажа.

Логопедический массаж используется в логопедической работе с детьми у которых диагностируются такие речевые расстройства, как дизартрия, в том числе её лёгкие формы, стёртая дизартрия или минимальные дизартрические расстройства, сложная дислалия,

укороченная подъязычная уздечка и т.п. То есть во всех тех случаях, когда имеются нарушения тонуса мышц.

Противопоказания логопедического массажа.

Логопедический массаж не проводят в тех случаях, когда наблюдаются: лихорадочное состояние, острые воспалительные процессы, конъюнктивиты, заболевания кожных покровов и волосистой части головы, диатезы, аллергические реакции, инфекции полости рта, носовые кровотечения и склонность к ним, герпес на губах, отёк Квинке, резко выраженная пульсация сонных артерий, тошнота, рвота, физическая и психическая усталость, эпилепсия, увеличение лимфатических узлов, при обострении хронического заболевания.

Методика проведения логопедического массажа.

Расслабляющий массаж периферического речевого аппарата выполняется если:

- мышечный тонус повышен, основная цель – общая релаксация, снижения тонуса мышц периферического речевого аппарата;

- проводится в медленном темпе, движение рук (1 в секунду);

- основные приёмы:

1. Поглаживание-продольное, поперечное, спиралевидное, кругообразное.

2. Растирание-продольное, поперечное, спиралевидное, штрихование фалангами.

3. Лёгкая непрерывистая вибрация.

4. Массаж желательно выполнять на присыпке, с нерезким запахом.

5. Последовательность воздействия в процессе одного сеанса:

- а) мышцы шеи и плечевого пояса;

- б) лицевая мускулатура:

- массаж лба и волосистой части головы;

- массаж области верхнего и нижнего века;

- массаж артикуляционной мускулатуры;

- массаж мышц окружности рта.

в) мышцы подъязычные (дна полости рта);

г) мышцы языка.

Активизирующий массаж выполняется в случаях:

- мышечный тонус понижен, основная цель-повышение мышечного тонуса, восстановление двигательной активности мышц;

- проводится в быстром темпе, движения рук ритмичные и активные -2 в секунду;

- основные приёмы:

1.Растирание (продольное, поперечное, спиралевидное, штрихование фалангами).

2.Разминание (надавливание, сжимание, перетирание, растягивание, щипки).

3.Сильная вибрация (прерывная).

4.после каждых 7-8 движений необходимо делать 2-3 поглаживающих движения.

Массаж проводится с использованием детского масла. Последовательность воздействия в процессе одного сеанса может быть такая же, что и в расслабляющем массаже, либо следующий вариант:

а) массаж лицевой мускулатуры;

б) массаж надподъязычных мышц (дна полости рта);

в) массаж языка;

г) массаж мягкого нёба.

Количество массажных движений в одном направлении и с одним приёмом составляет 10-12 раз.

Массаж мышц языка.

Нарушение мышечного тонуса всегда в большей степени выражено мышцах языка. Повышенный тонус отмечается значительно чаще, чем пониженный.

Массаж язычных мышц, имеющих сложное строение, производящих тонкие, точные движения в процессе артикуляции, является наиболее сложной процедурой. Как правило массажные движения на языке вызывают у массируемого неприятные ощущения. Следует учитывать такой факт, что язык достаточно интимная часть тела человека. Массаж мышц языка требует от логопеда предельной точности движений, аккуратности и определённой корректности.



*Рис. 16. Мышцы полости рта
Скелетные мышцы*

1. Шилоязычная мышца — тянет язык, особенно корень его, вверх и назад;
2. Подъязычно-язычная мышца — тянет язык назад и вниз;
3. Подбородочно-язычная мышца — тянет язык вперед и вниз;
4. Хрящезычная мышца — тянет язык назад и вниз.

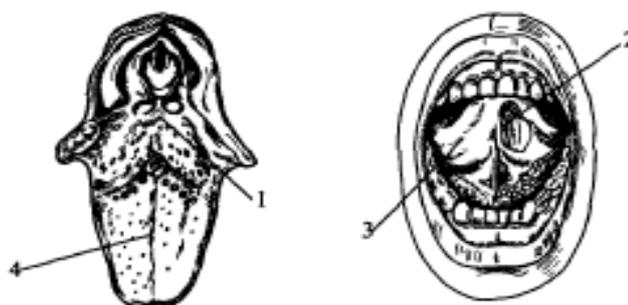


Рис. 17. Собственно мышцы языка:

1. Нижняя продольная мышца — укорачивает язык;
2. Верхняя продольная мышца — укорачивает язык и поднимает его кончик;
3. Поперечная мышца языка — делает язык узким и вытуклым кверху;
4. Вертикальная мышца языка — делает язык плоским.

Рисунок 2 – Мышцы полости рта и языка

Методические указания:

- массаж языка производится только в положении лёжа ребёнка;
- перед массажем языка дать ребёнку подержать во рту тёплый отвар ромашки, для согревания мышц языка;
- дифференцированный массаж мышц языка проводится в медицинский перчатках, с использованием салфетки;
- при массаже языка могут быть использованы различные зонды, шпатели, зубные щётки, массажёры и зондозаменители;
- массаж (как правило) проводится в положении языка вне полости рта;
- если у ребёнка сильно развит рвотный рефлекс, то массаж языка проводится внутри полости рта;
- при повышенном тоне не рекомендуется подтягивать язык вперёд больше, чем на одну треть;
- массажные движения должны проводиться в трёх направлениях (горизонтальное, вертикальное, поперечное);
- если имеется отклонение языка в сторону, то массажные движения выполнять больше на той стороне, в которую отклонён язык;
- перед началом массажа устанавливается (граница) нёбно-глоточного рефлекса;
- после каждого выполненного массажного приёма необходимо сделать паузу, чтобы ребёнок закрыл рот, проглотил слюну, если это необходимо.

Расслабляющий массаж мышц языка.

Язык в повышенном тоне трудно удержать вне полости рта, нёбно-глоточный рефлекс также может затруднить проведение массажа. Для расслабления корня языка перед расслабляющим массажем необходимо указательным или большим пальцем произвести лёгкие вибрирующие движения в области подчелюстной ямки.

Расслабление языка проводить только после расслабления периферических мышц (шейно-воротниковой зоны (ШВЗ), лица, дна полости рта). Движения в основном направлены от кончика языка к корню языка.

Приёмы:

- поглаживание (продольное, поперечное, «ёлочкой»);
- растирание (прямолинейное, спиралевидное, кругообразное);
- лёгкое разминание (перетирание) без нажима;
- лёгкое потряхивание, лёгкая вибрация с надавливанием на тело языка с продвижением его вперёд.

Методика проведения расслабляющего массажа мышц языка.

1. Большим и указательным пальцами правой руки производят поглаживающие движения с одной стороны, затем с другой стороны языка, от кончика к корню языка и обратно. При этом указательный палец находится под языком и служит в качестве опоры.

2. Производят поглаживающие движения большим и указательным пальцами из стороны в сторону (от средней линии к боковой части языка и обратно), постепенно продвигаясь от кончика к корню. Движения выполняются сначала на одной половине языка, а затем на другой.

3. Большой и указательный пальцы находятся на боковых поверхностях языка-справа и слева. Поглаживают боковые поверхности языка от кончика к корню.

4. Производят лёгкое разминание мышц в горизонтальном направлении. Большой палец правой руки находится сверху, средний и указательный-снизу языка. Осуществляются перетирающие движения с постепенным продвижением от кончика языка к корню и обратно, сначала с одной стороны языка, а затем с другой. Движения очень лёгкие без нажима.

5. При том же положении пальцев легко, без надавливания производят круговые растирающие движения.

6.Захватив кончик языка правой рукой, производят лёгкое потряхивание.

7.Делают лёгкое похлопывание языка и лёгкие ритмичные надавливания шпателем (деревянным или пластмассовым).

8.Большой палец находится сверху, средний и указательный-снизу языка, в его средней части, повернуть язык вправо и слегка потянуть его, как бы слегка подтягивая кнаружи корневую часть языка. Затем аналогичное движение в левую сторону.

Активизирующий массаж мышц языка.

При активизирующем массаже можно делать массаж только лица и языка. Движения при массаже интенсивные, активные, направлены в основном от корня языка к кончику. Используются приёмы (разминание – надавливание, перетирание в продольном и поперечном направлении, спиралевидное движение, пощипывание, сжимание, растягивание с увеличением силы воздействия, сильная короткая вибрация). При сниженном тоне мышц, как правило, наблюдается гиперсаливация, необходимо включать упражнения по преодолению саливации. После массажа полезно использовать упражнения – пассивно-активной гимнастики (эффект сопротивления).

Методика проведения активизирующего массажа мышц языка.

1.Перетирание в продольном направлении. Большой палец сверху, средний и указательный снизу. Перетирание мышц языка от корня к кончику с одной стороны языка, а затем с другой.

2.Положение пальцев то же. Перетирание мышц языка спиралевидными движениями, сила давления постепенно увеличивается. Движения направлено от корня к кончику языка с одной стороны, а затем с другой.

3.Положение пальцев то же. Перетирание мышц языка в поперечном направлении с одной стороны языка, затем с другой.

4. Большой и указательный пальцы находятся на боковых поверхностях языка. Сжать язык с боковых поверхностей. Удерживать язык в сжатом положении 1-2 секунды, несколько переместить пальцы и повторить движение.

5. Положение пальцев то же. Правой рукой сжать язык с боковых поверхностей, и большим и указательным пальцами осуществлять перетирающие движения, постепенно передвигаясь от корня к кончику языка.

6. Большим и указательным пальцами осуществлять пощипывающие движения по краю языка.

7. Похлопывание мышц языка шпателем (или рифлёной поверхностью ручки, зубной щётка).

8. Производить вибрацию языка с помощью деревянного шпателя, который накладывается на кончик языка в течение 10-15 секунд. На нижние зубы ребёнка, чтобы не поранить или слизистую нижней поверхности языка, можно положить марлевый валик.

Массаж уздечки языка.

В случаях укороченной подъязычной уздечки проводятся такие массажные приёмы (поглаживание спиралевидное, растягивающие, разминающие движения-перетирание).

После массажа можно сделать упражнения пассивной гимнастики, направленные на растяжение и расслабление скелетных мышц языка.

В случаях укорочения уздечки языка прибегают к массажным движениям, способствующим её растяжению.

Методика проведения массажа уздечки языка.

1. Рот ребёнка открыт. Большой палец расположен на внешней стороне верхней десны, а указательный-на внутренней стороне. Энергично нажимая на дёсны, производить движения справа налево, а затем слева направо сначала по верхней, а потом аналогичным образом по нижней десне.

2. Большим или указательным пальцем энергично проводить по твёрдому нёбу, начиная от передних верхних зубов, по направлению к мягкому нёбу до границы с мягким нёбом и обратно.

Массаж плечевого пояса и шеи.

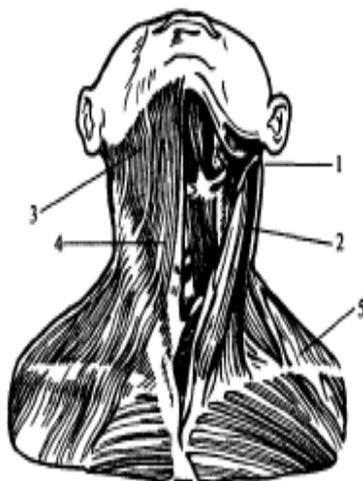


Рис. 18. Мышцы шеи

1. *Подкожная мышца шеи* - натягивает кожу шеи, опускает нижнюю челюсть и оттягивает угол рта книзу;

2. *Грудино-ключично-сосцевидная мышца* - при наклоне головы происходит одностороннее сокращение этой мышцы с одновременным поворотом лица в противоположную сторону. При двустороннем сокращении мышцы удерживают голову в вертикальном положении;

3. *Надподъязычные мышцы (двубрюшная, шилоподъязычная, челюстно-подъязычная, подбородочно-подъязычная)* - образуют дно полости рта и принимают участие в опускании нижней челюсти, а также в движении языка, в том числе его кончика;

4. *Подъязычные мышцы (грудинно-подъязычная, щито-подъязычная, лопаточно-подъязычная и др.)* - изменяют положение гортани;

5. *Трапецевидная мышца* - осуществляет движения лопатки, при двустороннем ее сокращении голова отклоняется назад.

Рисунок 3 – Мышцы шеи

Расслабляющий массаж.

Расширяет физиологические возможности дыхательного аппарата, при этом рефлексивно снижая тонус языка и способствуя активизации движений нижней челюсти. Ребёнок должен быть обнажён до середины груди.

1. Медленно поглаживать переднюю часть шеи ладонями обеих рук (попеременно то правой, то левой рукой) сверху вниз по боковым областям горла (избегать зону щитовидной железы).

2. Медленно поглаживать боковую поверхность шеи попеременно то справа, то с левой стороны.

3. Положить обе руки на заднюю часть шеи, к затылку, этот массажный приём снимает тонус с трапециевидной мышцы.

Активизирующий массаж.

Массажные движения производят в направлении снизу-вверх, используя приёмы поглаживания и растирания.

Поколачивание, разминание, вибрация – противопоказана.

1. Движения проводятся одновременно или попеременно обеими руками, вверх по боковой поверхности шеи к углам нижней челюсти.

2. Движения начинаются от области лопаток по заднебоковой поверхности шеи вверх к затылку.

Массаж области лба.

Расслабляющий массаж.

1. Поглаживающие движения ладонной поверхностью всех пальцев (кроме большого) в направлении:

- от середины лба к височным областям. На висках проводят круговые поглаживания в виде спирали;

- от середины лба к козелку ушной раковины, заканчивая лёгким нажатием.

2. Поглаживание в направлении снизу-вверх, от надбровных дуг к волосистой части головы. Движения проводятся попеременно ладонной поверхностью всех пальцев правой и левой рук либо одновременно подушечками 2-4 пальцев обеих рук.

Активизирующий массаж.

1. Растирание, т.е. полукружные или спиралевидные движения в направлении от средней линии лба к вискам.

2.Разминание, сжатие складки кожи двумя пальцами-большим и указательным, или прерывистое надавливание.

3.Прерывистая вибрация, или пунктирование (постукивание), подушечками указательного и среднего пальцев попеременно в быстром темпе.

Массаж области глаз.

Массаж оказывает воздействие на круговую мышцу глаз и мышцу, сморщивающую бровь. Массаж проводят при закрытых глазах. Массажные движения в области глазниц должны быть очень лёгкими, нежными, проводятся без нажима и сдвигания кожи.

1.Поглаживание подушечками средних пальцев обеих рук. Движение от височной ямки по нижнему краю глаза к внутреннему углу глаза; затем вверх до брови и далее поглаживание ведётся указательным и средним пальцами по брови к виску; при этом средний палец ложится под бровью, а указательный- над бровью.

2.Поглаживание круговых мышц глаз. Подушечками четвёртых пальцев обеих рук одновременно производят поглаживание от виска по нижнему веку к внутреннему углу глаза. Затем плавно переходят на верхнее веко и поглаживают его очень легко, не нажимая на глазное яблоко.

Массаж области щёк и подбородка.

Массаж оказывает воздействие на скуловые, щёчную, жевательную, подбородочную мышцы, а также мышцы, изменяющие положение губ (мышца смеха, мышца, поднимающая угол рта, мышца, опускающая угол рта, мышца, опускающая нижнюю губу). Особенно важным является воздействие на жевательные, крыловидные и височные мышцы, так как от их состояния зависят качество движения нижней челюсти, положение рта в покое, функция жевания.

Расслабляющий массаж.

1. Указательный пальцы обеих рук располагаются под нижней губой, а остальные-под подбородком.

2. Указательные пальцы обеих рук располагаются над верхней губой, средние-под нижней, а остальные-под подбородком.

3. Движение всеми пальцами (кроме большого) начинается от спинки носа, проходит через скуловую дугу к ушным раковинам с фиксацией пальцев в углублениях у козелка и мочки уха.

4. Движение осуществляется тремя пальцами (указательный, средний, безымянный) обеих рук от средней линии лба вниз через височные впадины к середине подбородка.

Активизирующий массаж.

1. Круговое растирание в области щёк проводится тыльной поверхностью концевой и средней фаланг четырёх пальцев в направлении от края нижней челюсти к краю скуловой кости.

2. Аналогичным образом круговое растирание осуществляется от середины подбородка вверх к крыльям носа.

3. В области жевательной мышцы производят разминание спиралевидными движениями и круговое растирание.

4. Тыльной поверхностью средних фаланг, сжатых в кулак, производят потряхивание щёк в продольном, так и в поперечном направлении.

Массаж внутренней поверхности щеки.

Массаж жевательных, щёчных и скуловых, а особенно крыловидных мышц может проводиться при положении пальцев логопеда внутри полости рта ребёнка. При массаже левой щеки логопед помещает большой палец правой руки в рот, остальные пальцы остаются снаружи. Массажные движения осуществляются большим пальцем по внутренней, а остальными пальцами – по наружной поверхности щеки. При массаже правой щеки в ротовую полость вводится указательный и средний пальцы, большой палец находится на наружной поверхности щеки, осуществляя основные

массажные движения. Массаж внутренней поверхности щеки может проводиться при различном положении рта: открытом и широко открытом – и при сомкнутых челюстях. В качестве основных приёмов используются растирание и разминание.

1.Круговые движения по щеке от периферии к центру и наоборот.

2.Спиралевидное растирание и разминание подушечками пальцев по кругу.

3.Разминание круговыми движениями и перетирание в области жевательной мышцы.

4.Растирающие движения от скуловой кости вниз к углу рта. Все пальцы при этом, кроме большого, располагаются у края скуловой кости. Большой палец-с внутренней стороны щеки.

5.Растирающие спиралевидные движения. Все пальцы, кроме большого, располагаются в области козелка и мочки уха, постепенно направляясь к углу рта.

6.Спиралевидное растирание области височно-нижнечелюстного (скулового) сустава. В положении открытого рта найти «ямку» у мочки уха. Массировать область «ямки» указательным и средним пальцами. Большой палец служит в качестве опоры с внутренне стороны щеки.

Массаж мышц губ.

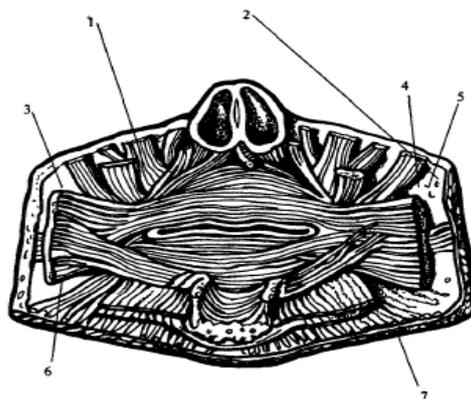


Рис. 15. Мышцы окружности рта:
 1. *Круговая мышца рта* — суживает ротовую щель, вытягивает губы вперед;
 2. *Большая скуловая мышца* — тянет угол рта вверх и наружу;
 3. *Малая скуловая мышца; мышца, поднимающая верхнюю губу, и мышца, поднимающая верхнюю губу и крыло носа*, — поднимают верхнюю губу и подтягивают крыло носа;
 4. *Мышца, поднимающая угол рта*, — тянет угол рта, вверх;
 5. *Мышца смеха* — оттягивает угол рта наружу;
 6. *Щечная мышца (мышца трубочей)* — оттягивает угол рта в сторону, при двустороннем сокращении растягивает ротовую щель, прижимает внутреннюю поверхность щек к зубам;
 7. *Мышца, опускающая угол рта*, — тянет угол рта книзу и наружу.

Рисунок 4 – Мышцы окружности рта

Расслабляющий массаж.

1. Ладонной поверхностью указательных пальцев производят поглаживающие движения по верхней губе от уголков рта к середине.

2. Такие же движения производят по нижней губе от углов рта к середине.

3. Движение совершают подушечками указательного и среднего пальцев поочередно правой и левой рукой. Движение начинается от козелка ушной раковины, пальцы легко скользят по щеке, а затем вокруг губ. При этом указательный палец скользит по коже верхней губы, а средний — по коже нижней губы, сходясь вместе у противоположного угла рта.

4. Подушечками указательного и среднего пальцев поглаживают носогубные складки, двигаясь от крыльев носа к углам рта.

5. Теми же пальцами производят лёгкое постукивание вокруг губ по часовой стрелке. Массажные движения могут проводиться при различном положении рта (закрытом или слегка приоткрытом).

Активизирующий массаж.

Используются приёмы растирание в виде полукружных и спиралевидных движений, разминание в виде перетирания и вибрации.

1.Ладонной поверхностью указательных пальцев производят движения по верхней губе от середины к углам рта. Такие же движения-по нижней губе.

2.Большими пальцами обеих рук производят движения от середины верхней губы к углам рта и слегка вниз, а затем указательными пальцами-от середины нижней губы к углам рта и слегка вверх. Движения чередуются.

3.Поглаживают носогубные складки, двигаясь от углов губ к крыльям носа.

4.Большим и указательным пальцами захватывают в вертикальную складку верхнюю губу, сжимают её и перетирают между пальцами захват осуществляется в центральной части губы.

5.Большим и указательным пальцами захватывают кожу вокруг губ и осуществляют приём пощипывания.

6.Концами указательного и среднего пальцев интенсивно постукивают вокруг губ.

7.Перетирающие движения, осуществляемые большим и указательным пальцами в направлении от одного угла рта к другому вдоль верхней, а затем нижней губы.

8.Спиралевидные движения, производимые большим и указательным пальцами по верхней, а затем по нижней губе.

9.Спиралевидное разминание области носогубной складки. Фаланга большого пальца находится в полости рта под носогубной складкой, указательный и средний пальцы располагаются сверху.

10.Точечное сдавливание губы между большим и указательным пальцами. Локализация точек.

11. Логопед помещает свои указательные пальцы на точку, находящуюся между серединой верхней губы и углом рта с обеих сторон. Производится движение, направленное к середине так, что верхняя губа собирается в вертикальную складку. Аналогичное движение осуществляется на нижней губе.

12. Указательные и средние пальцы специалист располагает около углов рта и слегка растягивает губы, как при улыбке; обратным движением губы возвращаются в исходное положение. Движения лёгкие и плавные. Эти упражнения могут быть проведены при закрытом и открытом положениях рта.

Массаж мягкого нёба.

Массаж направлен на активизацию тонуса мышцы мягкого нёба и повышения нёбно-глоточного рефлекса. Основным показанием для массажа мышц мягкого нёба является назальный оттенок голоса. Данные движения используются только при пониженном тонусе мышц мягкого нёба. Общие рекомендации при проведении массажа следующие:

1. Массажное воздействие направлено обычно не только на мышцы мягкого нёба, но также на язычно-нёбные и глоточно-нёбные дужки.

2. Массаж необходимо сочетать с пассивной и активной гимнастикой, направленной на стимуляцию нёбных и глоточных мышц.

3. Массажные движения совершают большим или указательным пальцем правой руки. Массаж мягкого нёба может включать следующие движения.

Производят поглаживающие, растирающие, разминающие и ввинчивающие движения в направлении от твёрдого нёба по всей поверхности мягкого нёба. Затем, поглаживающие, разминающие и растирающие движения справа налево, захватывающие язычно-нёбные дужки. Затем надавливающие движения, совершаемые большим или указательным пальцем по всей поверхности мягкого нёба в продольном и поперечном направлениях.

Ребёнок произносит звук [а] или [э] длительно. В это время большим или указательным пальцем производить растирающие и разминающие спиралевидные движения в поперечном и продольном направлениях.

Ребёнок произносит звуки [а] или [э] коротко, отрывисто, используя твёрдую атаку звука. В это время осуществлять толчковые движения большим пальцем в области мягкого нёба и нёбно-язычных дуг.

Очень важно сочетать активизирующий массаж мягкого нёба с пассивно – активными упражнениями, направленными на рефлекторное сокращение мышц мягкого нёба, мышц зева и мышц задней стенки глотки.

Пассивные и пассивно – активные упражнения, стимулирующие работу нёбно-глоточных мышц.

С помощью шпателя, которым трогают корень языка, вызывать рефлекторное сокращение мышц задней стенки глотки и мягкого нёба.

Имитировать жевание. Пить воду маленькими глотками или имитировать глотательные движения (следующие друг за другом многократные глотательные движения производят к увеличению времени, в течении которого мягкое нёбо находится в поднятом положении). Покашливать (движение совершается многократно на одном выдохе) – это приводит к полному смыканию нёбно-глоточного кольца. Позёвывать – это движение имитируется ребёнком вслед за логопедом. Многократно произносить гласные [а], [э] на твёрдой атаке голоса. Полоскать горло маленькими порциями тёплой воды.