



МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ГУМАНИТАРНО-
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(ФГБОУ ВО «ЮУрГГПУ»)

ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

**Использование логопедического массажа в коррекции
звукотрансформации у детей старшего дошкольного возраста с
минимальными дизартрическими расстройствами**


**Выпускная квалификационная работа по направлению
44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование
Направленность программы бакалавриата
«Логопедия»
Форма обучения заочная**

Проверка на объем заимствований:
94,96 % авторского текста

Работа рекомендована к защите
«02» 03 2025 г.

Директор института
Мисюра - Сибиркина А.Р.

Выполнила:
Студент(ка) группы ЗФ-409-101-3-2
Ширяева Екатерина Евгеньевна 

Научный руководитель:
к.б.н.
Андреева Л.В. 

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ИЗУЧЕНИЯ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С МИНИМАЛЬНЫМИ ДИЗАРТРИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	6
1.1 Понятие «звукпроизношение» в специальной психолого – педагогической литературе	6
1.2 Психолого-педагогическая характеристика детей с минимальными дизартрическими расстройствами.....	13
1.3 Особенности звукпроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами.....	19
1.4 Особенности использования логопедического массажа в коррекции нарушений звукпроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами	26
Выводы по 1 главе	32
ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО КОРРЕКЦИИ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С МИНИМАЛЬНЫМИ ДИЗАРТРИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	35
2.1 Диагностика состояния звукпроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами	35
2.2 Логопедический массаж в коррекции звукпроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами.....	49
Выводы по 2 главе	58
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	60
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	62
ПРИЛОЖЕНИЕ 1	66

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы

Вопросами нарушения звукопроизношения у дошкольников занимались известные ученые прошлого столетия Г. А. Каше, А. М. Смирнова, М. Е. Хватцев, С. С. Ляпидевский, Б. М. Гриншпун, Р. Е. Левина, О. В. Правдина, Е. Ф. Собонович, Н. И. Жинкин, Е. Ф. Рау, Т. Б. Филичева и др., которые в своих фундаментальных исследованиях описали специфические нарушения речи, выделили формы и виды нарушений звукопроизношения, научно обосновали и апробировали диагностические методики, инновационные методы и приемы коррекционно-логопедической работы с детьми, сделали другие не менее важные открытия.

Недостаточный уровень сформированности звукопроизношения может способствовать задержке психического и речевого развития ребенка. Особенно важным правильное звукопроизношение становится при поступлении детей в школу, так как, при нарушении звукопроизношения нарушается формирование фонематического слуха, что в свою очередь приводит к трудностям при овладении навыками чтения и письма.

Минимальные дизартрические расстройства – одно из наиболее часто встречающихся в детском возрасте речевое расстройство, при котором ведущим в структуре речевого дефекта является стойкое нарушение фонетической стороны речи. В основе минимальных дизартрических расстройств лежит органическое поражение центральной и периферической нервной системы.

Проблема минимальных дизартрических расстройств является предметом изучения целого комплекса медицинских, педагогических и лингвистических дисциплин. Различные аспекты рассматривали Е. Ф. Архипова, Г. Гуцман, Л. В. Лопатина, Р. И. Мартынова, О. В. Правдина, Н. В. Серебрякова, Е. Ф. Собонович, И. Б. Карелина и многие другие исследователи. Авторы указывают, что формирование произносительной

стороны речи у детей с минимальными дизартрическими расстройствами является сложным процессом, зачастую превышающим привычные временные рамки, характерные для коррекционной работы при дизартрии. Между тем, выявленные дефекты необходимо исправлять своевременно для предотвращения вторичных отклонений в развитии речи.

Цель исследования: теоретически изучить и практически обосновать содержание логопедической работы по коррекции нарушений звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами с использованием логопедического массажа.

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

Предмет исследования: специфика использования логопедического массажа в коррекции нарушений звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами.

В соответствии с целью исследования нами были поставлены следующие задачи:

1. Изучить психолого-педагогическую и специальную литературу по проблеме исследования.
2. Выявить особенности звукопроизношения детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами.
3. Сформировать приемы логопедического массажа по коррекции нарушений звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами.

Методы исследования - беседа, тестирование, количественный и качественный анализ полученных данных.

Теоретическая значимость исследования - проанализированы все существующие методики коррекции дизартрии и выявлены более эффективные методики проведения логопедического массажа.

Практическая значимость исследования - предложенная методика проведения логопедического массажа может быть полезна как педагогам работающим с детьми с дизартрическими нарушениями так и для специалистов работающих с другими нарушениями.

Структура квалификационной работы - дипломная работа состоит из введения, двух глав, заключения, приложений и списка использованных источников.

Эксперимент проводился на базе МАДО «Детский сад № 81» г. Златоуста. В исследовании участвовали 5 детей старшего дошкольного возраста.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ИЗУЧЕНИЯ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С МИНИМАЛЬНЫМИ ДИЗАРТРИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

1.1 Понятие «звукопроизношение» в специальной психолого – педагогической литературе

Вопросами развития правильного звукопроизношения в дошкольном возрасте занимались многие отечественные ученые, среди них можно отметить А. Н. Гвоздева, И. Е. Тихееву, А. В. Миртова, А. М. Бородич, М. Ф. Фомичеву и др.

В. И. Селиверстов в понятийно-терминологическом словаре дает определение понятия «звукопроизношение». Звукопроизношение — процесс образования речевых звуков, осуществляемый энергетическим (дыхательным), генераторным (голосообразовательным) и резонаторным (звукообразовательным) отделами речевого аппарата при регуляции со стороны центральной нервной системы [30]. Таким образом, звуки речи являются результатом сложной мускульной работы трех отделов речевого аппарата. Взаимосвязанная работа этих отделов возможна лишь благодаря центральному управлению процессами речи и голосообразования, то есть процессы дыхания, голосообразования и артикуляции регулируются деятельностью центральной нервной системы [34]. На рисунке 1 представлен механизм образования звуков.



Рисунок 1 – Механизм образования звуков

Источником образования звуков речи служит струя воздуха, идущая из легких через гортань, глотку, полость рта или носа наружу. В образовании многих звуков участвует голос. Струя воздуха, из трахеи проходит через голосовые связки, и если они не напряжены, воздух спокойно проходит, голосовые связки не вибрируют, то голос не образуется. Если же связки сомкнуты и вибрируют, то образуется голос.

Звуки речи образуются в ротовой и носовой полостях. Эти полости разделяет небо, передняя часть которого – твердое небо, задняя часть – мягкое небо, заканчивающееся маленьким язычком. Наибольшую роль в образовании звуков играет ротовая полость, так как она может менять свою форму и объем благодаря наличию подвижных органов: губ, язык, мягкого неба, маленького язычка [34].

Самые активные и подвижные органы артикуляционного аппарата – язык и губы. Язык состоит из мышц, идущих в различных направлениях. Он может изменять форму и производить разнообразные движения. В языке различают кончик, спинку (переднюю, среднюю, заднюю часть спинки), боковые края и корень. Благодаря гибкости и эластичности, язык может создавать разнообразие артикуляций, дающих разные акустические эффекты, которые нами и воспринимаются как различные звуки речи.

В любом языке существует определенное количество звуков, которые создают звуковой облик слов. Звук вне речи не имеет смысла, он

приобретает его лишь в структуре слова, помогая отличать одно слово от другого (дом – ком). Такой звук-смыслоразличитель называется фонемой. Все звуки речи отличаются по артикуляционным и акустическим признакам. Знание этих признаков необходимо для правильной организации работы по воспитанию и исправлению звукопроизношения [34].

При произнесении каждого звука органы артикуляции принимают то положение, которое свойственно именно этому звуку, такое положение называется артикуляционным укладом.

Звуки человеческой речи делятся на 2 основные группы: гласные и согласные. Существует разница в состоянии мышц артикуляционного аппарата при образовании гласных и согласных звуков. Артикуляционные уклады гласных звуков определяются различной позицией языка и губ, не образующих при этом преграды. Поэтому гласные звуки произносятся с участием голоса. Гласные распознаются по подъему-опусканию языка и по ряду (по мере продвижения языка вперед). Гласные переднего ряда, средней части спинки языка [и], [э]; гласные среднего ряда, задней части спинки языка [а], [ы]; гласные заднего ряда [о], [у][б].

При артикуляции согласных звуков в ротовой полости образуется преграда на пути выдыхаемого воздуха. Согласные звуки различаются в зависимости от места и способа образования преграды. Выделяют группу шумных звуков и сонантов, которые отличаются от шумов тем, что имеют наряду с шумовыми и тональные музыкальные характеристики. В зависимости от места прохождения воздушной струи, у сонантов различают: смычно-проходные звуки – [м], [н], [мь], [нь] (воздух проходит через нос); [л], [ль] (между боковой поверхностью языка и твердым небом); дрожащие сонанты – [р], [рь] (что достигается кратковременными приближениями кончика языка к твердому небу).

Шумные согласные подразделяются на глухие, которые произносятся в отсутствии голоса, и звонкие при наличии голоса.

Все согласные (сонанты и шумные) делятся на 4 группы в зависимости от места их образования: губные, переднеязычные, среднеязычные и заднеязычные. Губные звуки образуются при прохождении воздушной струи между верхней и нижней губой ([б], [бь], [п], [пь], [м], [мь]) или между верхней губой и нижним рядом зубов ([в], [вь], [ф], [фь]).

При произнесении переднеязычных звуков принимает участие передний отдел языка, образующие преграду току выходящего воздуха на уровне внутренней поверхности верхнего зубного ряда, альвеол или переднего отдела твердого неба. Кончик языка при этом может быть более или менее поднят вверх или даже загнут кзади [б].

К заднеязычным звукам относятся согласные [к], [кь], [г], [гь], [х], [хь], которые образуются при прохождении воздушной струи между напряженным и отодвинутым кзади корнем языка, и задним отделом мягкого неба. Различают смычные согласные, когда воздух одновременно прорывается сквозь полную смычку органов артикуляции ([б], [бь], [п], [пь], [д], [дь], [к], [кь], [г], [гь]) и щелевые согласные, при произнесении которых воздух проходит через однофокусную щель ([с], [сь], [з], [зь]), двухфокусную ([ш], [щ], [ж]) и боковую ([л], [ль]) щель между органами артикуляции.

Два звука в русской речи образуются путем сочетания смычки с последующей щелью в одном и том же месте образования. Это звуки [ц] и [ч] – аффрикаты.

В русской речи существует строгое различие твердых и мягких звуков. Смягчение звука достигается его палатализацией, то есть дополнительным сокращением мышц языка с подниманием его спинки кверху [б].

В речевом общении звуки речи не произносятся изолированно, в основном они произносятся в составе более или менее автоматизированных

звуковых последовательностей – слогов, слов и предложений. В таких звуковых последовательностях звучание отдельных звуков речи приобретает различные особенности в зависимости от позиций соответствующего звука в слове в ритмической структуре слова (позиционные оттенки) и от соседства данного звука с другими гласными и согласными (комбинаторные оттенки). Так, глухие согласные в соседстве с гласными или сонорными согласными могут несколько озвончаться, а сонорные согласные в соседстве с глухими или в конце слов могут оглушаться.

Таким образом, каждый звук имеет свои артикуляционные и акустические характеристики. Даже небольшие отклонения от нормы артикуляции приводят к изменению акустического образа звука, что может приводить к искажению смысла сказанного. Поэтому, каждый звук речи выполняет смысловозначительную роль.

По мнению Л. С. Выготского, сначала ребенок усваивает внешнюю структуру звука, затем в процессе усвоения звуков речи, начинает понимать различия артикуляционных и акустических признаков [13]. Б. М. Гриншпун отмечал, что формирование звукопроизводительной стороны речи – это сложный процесс, в ходе которого ребенок учится воспринимать звуки и управлять органами речи. В процессе восприятия звуков формируется фонематический слух, который и осуществляет функции различения и узнавания фонем [2]. Об этом же говорили Л. Ф. Спирина и А. В. Ястребова, что усвоение производительной стороны речи происходит в двух аспектах: усвоение артикуляции звуков и усвоение системы признаков звуков, необходимых для их различения [3]. Это указывает на то, что звукопроизношение – это не только физиологический процесс, но и психологический.

Таким образом, звукопроизношение – это сложный психофизиологический процесс, реализацию которого обеспечивает центральная и периферическая нервная система. Правильное звукопроизношение может

быть сформировано только при условии согласованной работы каждого отдела: дыхательного, голосообразующего, звукообразующего. Каждый звук имеет свои артикуляционные и акустические особенности.

Усвоение родного языка, в том числе звукопроизношения, проходит со строгой закономерностью и характеризуется рядом черт, общих для всех детей. Процесс развития речи в онтогенезе рассматривался А. Н. Гвоздевым, Н. С. Цейтлиным, Н. И. Жинкиным. Развитие звукопроизношения происходит под влиянием развивающегося фонематического слуха и под влиянием совершенствования движений артикуляционного аппарата. Первыми звуками ребенка являются крики. Характерным является то, что крик невозможно разбить на отдельные составляющие его элементы, выделить в нем те или иные звуки. Крик здорового ребенка характеризуется звонким и продолжительным голосом, коротким вдохом и удлиненным выдохом. Уже вскоре после рождения голос приобретает различную обертоновую окраску. Так, крик «голода» отличается от крика, связанного с охлаждением ребенка или другими состояниями ощущения дискомфорта [14].

К двум-трем месяцам жизни появляются специфические голосовые реакции – гуление. К ним относятся звуки кряхтения, радостного повизгивания. Их с трудом можно идентифицировать со звуками родного языка. Однако выделяются звуки, которые напоминают гласные ([а], [о], [у], [э]), наиболее легкие для артикулирования, губные согласные ([п], [м], [б]), обусловленные физиологическим актом сосания, и заднеязычные ([к], [г], [х]), связанные с физиологическим актом глотания [14]. В три-четыре месяца появляется лепет, повторение серии слогов. В данном возрасте происходит первичное развитие артикуляции, ребенок начинает тренировать свои органы артикуляции.

К 6 месяцам в лепете ребенка появляются четкие звуки [а], [п], [б], [м], [к], [т], но они еще недостаточно устойчивы и произносятся в коротких звукосочетаниях. Ребенок хорошо понимает интонацию взрослого и

реагирует на тон голоса. Путем подражания произносит отдельные фонемы, слоги, перенимает тон, темп, ритм, мелодику и интонацию речи [14].

К году ребенок хорошо произносит простые по артикуляции звуки: гласные – [а], [у], [и]; согласные – [п], [б], [м], [н], [т], [д], [к], [г]. Артикуляционный аппарат еще только начинает активно функционировать. В лепете ребенка появляются цепи из сегментов с меняющимся шумовым началом (ма-ля, да-ля, па-на, па-на-на, а-ма-на) и т.п. Ребенок овладевает структурой открытого слога, который является основной структурной единицей русской речи.

На втором году жизни дети начинают активно произносить звуки [э], [ы], [и], но твердые согласные у них звучат как мягкие — [тʲ], [дʲ], [сʲ], [зʲ]. [7]. К концу второго года наступает фонемная стадия восприятия речи, т.е. понимание речи на основе фонематического восприятия. Дети начинают слышать звуки в соответствии с их фонематическими признаками. Ребенок практикуется в артикуляции отдельных звуков, слогов и слоговых комбинаций, постепенно увеличивается количество произносимых звуков [14].

На третьем году жизни подвижность артикуляционного аппарата повышается, но произношение ребенка еще не соответствует норме. В этом возрасте ребенок пытается приблизить свое произношение к общепринятому, трудные по артикуляции звуки он заменяет простыми (например, звук [ц] заменяется звуком [тʲ] или [сʲ]; [ч] – [тʲ]; [щ] – [сʲ]; [л] – [лʲ] и т.д.). К трем годам четко оформляется артикуляция губно-зубных: [ф], [фʲ], [в], [вʲ]. Развитие и становление произношения у всех детей происходит в разные сроки. Одни дети произносят большее число звуков и более отчетливо, а другие — меньшее и менее четко. Качество произношения зависит от состояния и подвижности органов артикуляционного аппарата, который еще только начинает активно функционировать.

Постепенно звуковой образ в процессе каждодневной речевой практики ребенка уточняется, автоматизируется и становится более и более устойчивым.

На четвертом году жизни происходит дальнейшее укрепление артикуляционного аппарата. В речи появляются твердые согласные, шипящие звуки, правильно произносятся слова со стечением нескольких согласных.

На пятом году жизни у детей увеличивается подвижность артикуляционного аппарата. Большинство детей правильно произносят шипящие звуки, сонорные, у некоторых из них остается неустойчивым произношение свистящих и шипящих звуков.

Таким образом, артикуляционная база в онтогенезе постепенно формируется к пяти годам. При условии своевременного формирования фонематического слуха (в норме к 1 году 7 месяцам — 2 годам) у ребенка в норме к пяти годам нормализуется звуковая структура речи [14].

К пяти годам в норме дети усваивают и артикуляционные и акустические признаки звуков, могут правильно произносить и дифференцировать все звуки.

Итак, фонетическая сторона речи сложно организована, ее усвоение зависит от развития движений органов артикуляционного аппарата и фонематического слуха. Овладение ею может осуществляться в разные сроки, с различной степенью отклонениями и затруднениями, которые у большинства детей постепенно преодолеваются. В норме к моменту поступления в школу у ребенка сформировано как звукопроизношение, так и процессы различения звуков.

1.2 Психолого-педагогическая характеристика детей с минимальными дизартрическими расстройствами

В современной логопедии вопрос использования термина «минимальные дизартрические расстройства» является дискуссионным, и наряду с этим термином авторами используются термины «стертая

дизартрия», «легкая степень дизартрии». Поэтому в данном исследовании мы будем использовать данные авторов, которые пользуются этими терминами и будем рассматривать их как синонимичные. Термин «минимальные дизартрические расстройства» был предложен Г. В. Чиркиной и И. Б. Карелиной [18].

Проблемой минимальных дизартрических расстройств и стертой дизартрии занимались такие отечественные ученые, как М. В. Ипполитова, Л. В. Лопатина, Г. В. Гуровец, С. И. Маевская, Е. М. Мастюкова, О. В. Правдина, Е. Ф. Собонович, Н. В. Серебрякова, В. А. Киселева, И. Б. Карелина, И. А. Филатова, Е. Э. Артемова, Т. В. Сорочинская, Л. А. Позднякова, А. Ф. Архипова, А. Ф. Чернопольская, А. Куссмауль, Р. И. Мартынова, Л. В. Мелехова. Среди причин минимальных дизартрических расстройств важное значение имеют асфиксия и родовая травма, поражения нервной системы, инфекционные заболевания нервной системы, черепно-мозговые травмы, а также наследственные болезни нервной и нервно-мышечной систем. Все эти негативные факторы могут вызывать органические поражения тех структур мозга, которые иннервируют речевую мускулатуру.

Минимальные дизартрические расстройства, являясь легкой степенью выраженности дизартрических расстройств, проявляются в нарушениях звукопроизношения и просодических компонентов речи, обусловленных микроорганическим поражением головного мозга. Основным фактором, определяющим их возникновение, является органическое поражение центральной или периферической нервной системы, проявляющееся в органической симптоматике, которая, как правило, выражена в микропроявлениях, выявляемых часто только лишь специальными приемами неврологического обследования, что затрудняет дифференциальную диагностику этой степени выраженности речевого дефекта [23].

Минимальные дизартрические расстройства – это неврологические нарушения, которые проявляются в виде двигательных нарушений. Сам термин «минимальные дизартрические расстройства» указывает на то, что нарушение не носит ярко выраженного характера, и может быть обнаружено только при специальном обследовании. У детей с минимальными дизартрическими расстройствами выявляются нарушения артикуляционной, мимической, общей и мелкой моторики. Среди детей с минимальными дизартрическими расстройствами есть дети, у которых нарушается вся двигательная сфера (артикуляция, мимика, общая и мелкая моторика), а есть, дети, у которых двигательные функции нарушены парциально [7].

Исследования Л. В. Лопатиной подтверждают, что у детей с минимальными дизартрическими расстройствами отмечаются нарушения статического равновесия, динамической координации, нарушения темпа и ловкости движений, снижение двигательной памяти. Для детей характерны затруднения при выполнении физических упражнений и танцев. Им нелегко научиться соотносить свои движения с началом или концом музыкальной фразы, менять характер движений по ударному такту [23].

В мелкой моторике выявляются следующие недостатки: дети не любят и не хотят застегивать пуговицы, шнуровать ботинки; испытывают затруднения в изобразительной деятельности, не могут правильно держать карандаш, регулировать силу нажима на карандаш, пользоваться ножницами. При выполнении пальчиковых поз испытывают затруднения при динамической организации движений, при выполнении поз обеими руками.

При обследовании также выявляются нарушения иннервации мимической мускулатуры: наличие сглаженности носогубных складок, асимметричность губ, трудности подъема бровей, зажмуривания глаз.

Для детей с минимальными дизартрическими расстройствами характерны отклонения в артикуляционной моторике: трудности

переключения с одного движения на другое, сниженный объем движений губ и языка, неточность движений, трудности удержания статических поз, тремор кончика языка, утомляемость и истощаемость при выполнении артикуляционных упражнений, появление саливации и гиперкинезов. Эти нарушения чаще всего не выявляются неврологом и могут быть установлены только в процессе тщательного логопедического обследования. Недостаточная иннервация голосового и дыхательного отделов приводят к нарушению просодических компонентов.

Таким образом, механизмом минимальных дизартрических расстройств является нарушение иннервации двигательных центров или проводящих путей, обеспечивающих точность движений мышц общей, мелкой, мимической и артикуляционной моторики. У детей снижается кинестетическая чувствительность мышечной системы, а также нарушается быстрое переключение с одного движения на другое.

Патология двигательного звена при минимальных дизартрических расстройствах, задерживая в целом формирование речевой системы вызывает специфические нарушения фонетического строя речи. В структуре речевого дефекта у детей с минимальными дизартрическими расстройствами ведущим нарушением выступает недостаточная сформированность фонетических средств языка (звукопроизношение и просодика), используемых для образования звуковой формы значимых единиц. Нарушения звукопроизношения при минимальных дизартрических расстройствах носят полиморфный характер, характеризуются смазанностью и нечеткостью произношения в потоке речи. Просодика характеризуется нарушением голоса (слабый, хриплый, назальный тембр), интонации (монотонная, невыразительная), дыхания (поверхностный вдох, короткий выдох), нарушением темпа речи (ускоренный или замедленный).

Таким образом, ведущим речевым нарушением при минимальных дизартрических расстройствах является нарушение произносительной стороны речи.

Группа детей с минимальными дизартрическими расстройствами неоднородна. В соответствии с психолого-педагогической классификации Р. Е. Левиной у детей может быть нарушено только звукопроизношение и просодика, в этом случае возникает фонетическое недоразвитие речи. Недостаточная сформированность фонетического компонента речевой функциональной системы может повлечь за собой вторичное недоразвитие функций фонологической системы языка. Вследствие этого возникает сложный симптомокомплекс, определяемый в психолого-педагогической классификации как фонетико-фонематическое недоразвитие. Дефицитарность фонетического компонента речи и ее вторичные проявления при стертой дизартрии оказывают негативное влияние на формирование и совершенствование лексического, морфологического, семантического компонентов языковой способности. В этих случаях у детей диагностируется по психолого-педагогической классификации нарушений речи ее общее недоразвитие [5].

Исследование Е. Ф. Архиповой показало, что в логопедических группах с фонетико-фонематическим недоразвитием речи 35% дошкольников имеют минимальные дизартрические расстройства, а в группах с программой по преодолению общего недоразвития речи – у 50% детей диагностируются дизартрические проявления. Поэтому распространенность минимальных дизартрических расстройств достаточно велика [2].

Таким образом, ведущий дефект произношения при минимальных дизартрических расстройствах оказывает негативное влияние на всю речь и приводит к появлению вторичных отклонений. По психолого-педагогической классификации, минимальные дизартрические расстройства могут сочетаться с фонетическим недоразвитием речи (ФНР), с фонетико-фонематическим недоразвитием речи (ФФН), с общим недоразвитием речи (ОНР).

Неполноценная речевая деятельность оказывает отрицательное влияние на формирование у детей интеллектуальной сферы, так как в соответствии с концепцией Л. С. Выготского «О закономерностях психического развития», речевые нарушения сопровождаются и несформированностью других психических функций [13].

Произвольное внимание у детей с минимальными дизартрическими расстройствами характеризуется рядом особенностей: дети не всегда сразу воспринимают задание, просят повторного объяснения. В процессе выполнения задания уже в начале выполнения допускают ошибки, так как недостаточно хорошо слушают инструкцию. Характерная особенность внимания дошкольников с минимальными дизартрическими расстройствами – отвлекаемость под воздействием ярких и сильных раздражителей, импульсивность, общая неорганизованность, неумение проявлять волевое усилие для преодоления трудностей. Дети могут проявлять недостаточную активность в познавательной деятельности, иногда безразличие и нежелание что-то делать.

Смысловая, логическая память у детей сохранна, снижена вербальная память, страдает продуктивность запоминания, они забывают сложные инструкции, элементы и последовательность заданий, что значительно осложняет полноценное общение и дальнейшее обучение. Детям требуется повторное предъявление материала для запоминания.

Мышление у детей с минимальными дизартрическими расстройствами практически не отличается от нормативных показателей, но из-за снижения функции внимания и памяти может отмечаться замедленное протекание интеллектуальных процессов, снижение уровня обобщения, инертность мыслительных операций, трудности в установлении причинно - следственных связей. Без целенаправленной работы они с трудом овладевают мыслительными операциями: анализом, синтезом, обобщением, сравнением, классификацией, исключением лишнего понятия и умозаключением по аналогии. Т. А. Фотекова указывает, что недостатки

мышления при речевом нарушении по степени выраженности связаны с тяжестью речевого дефекта [26].

В целом работоспособность детей с минимальными дизартрическими расстройствами можно охарактеризовать как недостаточно целенаправленную, сопровождающуюся низкой регуляцией произвольной деятельности и низким уровнем самоконтроля.

Таким образом, для минимальных дизартрических расстройств характерно наличие симптомов микроорганического поражения центральной нервной системы: недостаточная иннервация органов речи, нарушение мышечного тонуса артикуляционной и мимической мускулатуры. Из-за нарушенной иннервации при минимальных дизартрических расстройствах нарушается произносительная сторона речи, которая вторично может приводить к нарушению фонематической и лексико-грамматической стороны речи.

У детей с минимальными дизартрическими расстройствами отмечаются нарушения целого ряда психических процессов: понижен уровень устойчивости и переключения внимания, значительные отклонения в функционировании процессов зрительной и речеслуховой памяти. Наблюдается некоторое ослабление мыслительной деятельности по типу астенизации с выраженным снижением функции внимания и памяти.

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

Изучением нарушения звукопроизношения занимались Н. А. Чевелева, Б. М. Гриншпун, Т. Б. Филичева, С. Н. Шаховская, Ф. Ф. Рау, О. А. Токарева, М. Ф. Фомичева, Г. В. Чиркина. В зависимости от того, какие звуки нарушены, исследователи выделили следующие виды нарушения звукопроизношения:

- сигматизм – нарушение произношения свистящих ([с], [сь], [з], [зь], [ц]) и шипящих ([ш], [ж], [ч], [щ]) групп звуков;
- ротацизм – нарушение произношения звуков [р], [ръ];

- ламбдацизм – нарушение произношения звуков [л], [ль];
- каппацизм – нарушение произношения звуков [к], [кь];
- гаммацизм – нарушение произношения звуков [г], [гь];
- хитизм – нарушение произношения звуков [х], [хь];
- йотацизм – недостатки произношения звука [й];
- дефекты озвончения – недостатки произношения, проявляющиеся в замене парных звонких и глухих звуков;
- дефекты смягчения – недостатки произношения, выражающиеся в замене твердых звуков парными мягкими звуками.

Нарушения звуков могут проявляться в их отсутствии, искажении (ненормированном произношении для русского языка), замене и смешении. При замене одного звука другим, к названию дефекта прибавляют приставку пара-: парасигматизм, параротацизм, параламбдацизм, паракаппацизм, парагаммацизм, паракхитизм, парайотацизм.

Вопросами нарушения звукопроизношения при минимальных дизартрических расстройствах занимались О. В. Правдина, Л. А. Данилова, Е. Ф. Собонович, К. А. Семенова, А. Ф. Чернопольская, М. Б. Эйдинова, Л. В. Лопатина, Е. Н. Винарская, И. Б. Карелина, Р. И. Мартынова, О. А. Токарева, Л. А. Чистович, Г. В. Гуровец, А. Н. Корнев, С. И. Маевская, Г. В. Чиркина, Е. Ф. Архипова, Е. М. Мастюкова, О. Ю. Федосова, И. И. Панченко, Л. И. Белякова. Исследователи приводят экспериментальные данные, что нарушения звукопроизношения у детей с минимальными дизартрическими расстройствами вызваны избирательной неполноценностью некоторых моторных функций речедвигательного аппарата, поэтому звукопроизношение детей данной категории формируется изначально в неполноценных условиях. На рисунке 2 представлен механизм нарушения звукопроизношения при минимальных дизартрических расстройствах.

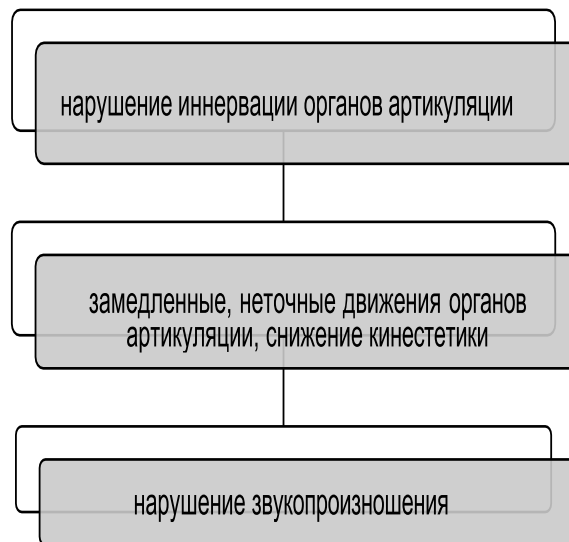


Рисунок 2 – Механизм нарушения звукопроизношения при минимальных дизартрических расстройствах

У детей с минимальными дизартрическими расстройствами негрубо нарушается иннервация органов артикуляции, снижается кинестетическая чувствительность, в результате чего движения артикуляционного аппарата неточные и выполняются в замедленном темпе и неполном объеме. В качестве особенностей нарушений речи при минимальных дизартрических расстройствах исследователи указывают на «смытость», «стертость» артикуляции.

Е. Ф. Соботович и А. Ф. Чернопольская выделяют четыре группы детей со стертой дизартрией. Для детей первой группы характерна неточность моторных функций артикуляционного аппарата, то есть избирательная слабость, паретичность некоторых мышц. Ассиметричная иннервация языка проявляется в слабости движений одной половины языка, вследствие чего наблюдается боковое произношение свистящих звуков [с] и [з], аффрикатов [ц] и [ч], переднеязычных [т] и [д], заднеязычных [к], [г], [х] и гласных звуков [э], [и], [ы]. При ассиметричной иннервации передних краев языка наблюдается боковое произношение всей группы свистящих, шипящих, звуков [р], [т], [д], [н]. В другом случае может наблюдаться межзубное и боковое произношение этих звуков. Е.Ф. Соботович считает, что причиной этого нарушения являются односторонние парезы подъязычного и лицевого нерва, которые носят стертый невыраженный

характер. В большинстве случаев у детей наблюдается соответствующий возрасту уровень развития лексико-грамматического строя речи [4].

Для детей второй группы характерна вялость артикуляционных движений, нечеткая дикция и смазанная речь. Детям этой группы сложно произносить звуки, для которых необходимо мышечное напряжение (сонорные, аффрикаты, взрывные согласные). Чаще всего аффрикат ребенок заменяет на щелевой звук. Общее речевое развитие в основном соответствует возрасту. Также проявляются неврологические симптомы в виде сглаженности носогубной складки, девиации языка, асимметрии движений языка и повышенном тонусе мышц [5]. Е. Ф. Собонович и А. Ф. Чернопольская, считают, что для первой и второй группы детей определяется стертая псевдобульбарная дизартрия.

У детей третьей группы наблюдается наличие всех нужных артикуляторных движений губ и языка, но также присутствуют трудности в нахождении позиции губ и языка по инструкции, по подражанию, при выполнении произвольных движений. Дети этой группы заменяют звуки по месту и способу образования, эти замены носят непостоянный характер. У детей наблюдается фонематическое недоразвитие различной степени выраженности. Неврологические симптомы проявляются в виде повышенных сухожильных рефлексов с одной стороны, и повышенном или пониженном тонусе с одной или двух сторон.

Четвертую группу составляют дети, у которых наблюдаются выраженная общая моторная недостаточность с различными проявлениями. У детей наблюдается малоподвижность, скованность, замедленность движений, ограничение объема движений. В других случаях можно наблюдать гиперактивность, беспокойство, огромное количество лишних движений, также это наблюдается в движениях артикуляторных органов. Для детей этой группы характерно нарушение звукопроизношения в виде замены, пропусков или искажении звука. Неврологические симптомы характеризуются органическим поражением центральной нервной системы.

Фонематические процессы и лексико-грамматический строй речи колеблется от нормы до выраженного ОНР. Эту форму Е. Ф. Собонович и А. Ф. Чернопольская определяют, как стертую смешанную дизартрию.

Л. В. Лопатина, И. Б. Карелина считают, что общим признаком для детей с минимальными дизартрическими расстройствами является полиморфное нарушение звукопроизношения. Под полиморфностью подразумевается нарушение двух, трех и более групп звуков [18; 24].

По мнению О. А. Токаревой, Е. Ф. Собонович, А. Ф. Чернопольской, Г. В. Гуровец, С. И. Маевской, нарушения звукопроизносительной стороны речи у детей с минимальными дизартрическими расстройствами выражаются в искажениях, в смещениях, в заменах и в пропусках звуков. При этом характерным является упрощение артикуляции, когда сложные звуки заменяются более простыми по своим артикуляторно-акустическим признакам: щелевые – взрывными, звонкие – глухими, шипящие – свистящими, твердые – мягкими, аффрикаты расщепляются на составляющие их звуковые элементы. Наиболее распространенными являются нарушения произношения свистящих звуков. На втором месте по распространенности – нарушения произношения шипящих звуков, далее следуют нарушения произношения звуков [л], [р] и переднеязычных [т], [д], [н] [3].

Характер нарушений звукопроизношения звуков у детей с минимальными дизартрическими расстройствами, по мнению Л. В. Лопатиной, определяется соотношением акустических и артикуляторных характеристик различных групп звуков. Группы акустически близких звуков усваиваются хуже, чем группы звуков акустически более далеких, хотя и более сложных по артикуляции. Это подтверждается наличием у детей с минимальными дизартрическими расстройствами определенных нарушений слухового восприятия речи и фонематического слуха, в связи с чем акустическая близость звуков оказывает отрицательное влияние на усвоение правильного произношения [23].

Нарушения в произношении звуков проявляются следующим образом:

- нарушения звукопроизношения, характеризующиеся одинаковым видом искажений различных групп звуков (23,3%) (межзубное и боковое произношение различных групп звуков);

- нарушения звукопроизношения, характеризующиеся различным видом искажений звуков (33,3%) (межзубный сигматизм и боковой ротацизм);

- искажение и отсутствие различных групп звуков (33,7%) (межзубный сигматизм и отсутствие звуков [р], [л]);

- искажение и замена различных групп звуков (6,7%) (межзубный сигматизм и замена звука [ч] на звук [ть]).

О. Ю. Федосовой были выявлены следующие особенности звукопроизношения у детей с минимальными дизартрическими расстройствами. Нарушения звукопроизношения проявляются в зависимости от фонетических условий и носят в ряде случаев непостоянный характер. В зависимости от фонетических условий звук может произноситься по-разному: в одних случаях звук произносится верно, в других искажается или даже заменяется. Характер произношения зависит от места звука в слове, от длины слова и от слоговой структуры слова, от расширения контекста [33].

Наиболее благоприятной для верного произношения звуков является сильная (ударная) позиция звука, нахождение его в начале слова, в коротких словах и в словах простой слоговой структуры. И, напротив, качество звука ухудшается в слабой позиции (безударной), при удлинении слова, при усложнении слоговой структуры и расширении контекста. По мнению О.Ю. Федосовой наиболее часто встречаются антропофонические дефекты (искажения, пропуски), реже – фонологические (замена, смешение) [33].

И. Б. Карелина в своей диссертационной работе на тему «Логопедическая работа с детьми с минимальными дизартрическими расстройствами» выделила наиболее типичные нарушения воспроизведения звуков. Для детей с дизартрией наиболее трудными в воспроизведении оказываются твердые свистящие: [с] и [з]. Свистящие произносятся в межзубной позиции, реже встречается губно-зубная и призубная. Иногда шипящие звуки в речи заменяются на искаженные свистящие. Среди аффрикатов чаще страдает звук [ц], реже аффрикат [ч]. Очень часто сонорные звуки отсутствуют. Звук [р] чаще всего имеет велярное произношение. Иногда он заменяется на звук [j]. Заднеязычные [г] и [к] заменяются на [т] и [д] или отсутствуют совсем. Твердые переднеязычные [т] и [д] воспроизводятся с межзубным произношением. Чаще всего звуки [т] и [д] имеют боковое произношение. Так же можно встретить смягченное произношение всех согласных звуков, возникающее в результате спастического напряжения средней части спинки языка. Остальные согласные звуки остаются относительно сохранными. Мягкие звуки у детей-дизартриков нарушаются реже, чем твердые [18].

Для детей с минимальными дизартрическими расстройствами характерно то, что артикуляция не отрегулирована, уклад приблизительно соответствует фонеме, при этом язык может чрезмерно сближаться с твердым небом и отклоняться в сторону, кончик может проходить в межзубную щель, а корень излишне приподниматься к мягкому небу, вследствие чего возникает искажение (шипящие и свистящие сигматизмы, гортанный [р], смягчение) и замены на другие (чаще оппозиционные) звуки. Недостаточно тонкая дифференцировка артикуляционных движений нижней челюсти, языка, губ ведет к нечеткому звучанию гласных. Так, например, звук [у] приближается к [о], звук [и] – к [э]. Могут быть замены на гласные, близкие по артикуляции [а = о], [о = у], [э = и]. Гласные иногда «смягчаются», произносятся редуцированно (кратко), усредненно [20].

Л. И. Белякова указывает, что особым признаком минимальных дизартрических расстройств является то, что дети могут правильно произносить звуки, но при введении звука в слово и связную речь, звуки вновь нарушаются [6].

По мнению О. А. Токаревой, большинство детей при минимальных дизартрических расстройствах могут изолированно произносить звуки правильно, но в речевом потоке недостаточно дифференцируют звуки [2].

Исследователи, занимающиеся проблемами минимальных дизартрических расстройств и стертой дизартрией единодушны во мнении, что при этом состоянии звуки сложно автоматизируются, и требуется длительный период коррекции.

Таким образом, состояние звукопроизношения при минимальных дизартрических расстройствах характеризуется следующими особенностями:

- «стертость», «смытость», неточность артикуляции;
- нарушение не только согласных звуков, но и гласных;
- нарушение всей звуковой системы в потоке речи;
- полиморфность нарушения звуков;
- нарушения звуков характеризуются преимущественно искажением и отсутствием, реже заменой и смешением;
- чаще всего нарушаются свистящие звуки, затем шипящие, соноры;
- звуки долго не автоматизируются, дети могут произносить звуки изолированно, но в речи произносят неправильно.

1.4 Особенности использования логопедического массажа в коррекции нарушений звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами

Минимальные дизартрические расстройства – 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 – это метод механического воздействия, который изменяет состояние мышц, нервов, кровеносных сосудов и тканей периферического речевого аппарата [2].

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 [1].

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

Он 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 [3].

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.

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.

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 [2].

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.

Противопоказания к проведению логопедического массажа.

- Гнойничковые и грибковые заболевания кожи у логопеда или ребенка
- гематомы на массируемом участке тела
- активная форма туберкулеза
- болезни крови и капилляров
- тромбоз сосудов

- острая крапивница, отек Квинке в анамнезе
- онкологические заболевания
- инфекционные раны
- фурункулез
- ОРЗ
- гиперчувствительность
- эпилепсия
- дети с эписиндромом (применять с большой осторожностью)

особенно если ребенок плачет, кричит, вырывается из рук, у него «синеет» носогубный «треугольник» или отмечается тремор подбородка.

- если ребенок недавно перенес ангину, массаж противопоказан после полного выздоровления еще на протяжении 10 дней.
- конъюнктивит.

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.

Следовательно, 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.

Выводы по 1 главе

Звукопроизношение – это сложный психофизиологический процесс образования звуков речи, для реализации которого необходима согласованная работа отделов дыхания, голосообразования и артикуляции. Слаженность работы этих отделов регулируется центральной нервной системой. Каждая фонема имеет свою индивидуальную характеристику, выражающуюся в артикуляционных и акустических признаках.

Формирование произношения – процесс длительный и постепенный, который начинается с рождения и в норме продолжается до 5 лет. Звукопроизношение формируется под влиянием развивающегося фонематического слуха и усложняющихся движений артикуляционной моторики. Становление звукопроизношения проходит ряд этапов, начиная от первого крика, гуления, лепета и перехода к произнесению слов. Звуки

родного языка появляются постепенно, в соответствии с усложнением артикуляционного уклада.

Минимальные дизартрические расстройства вызываются поражением двигательных корково-ядерных путей. Вариативность и комбинаторность поражений двигательных проводящих путей черепно-мозговых нервов приводит к неоднородной и многообразной симптоматике: наряду с центральными спастическими параличами и парезами мышц наблюдаются нарушения мышечного тонуса, разнообразные гиперкинезы и другие двигательные нарушения.

Нарушения звукопроизношения при минимальных дизартрических расстройствах вызваны избирательной неполноценностью некоторых моторных функций речедвигательного аппарата, а также слабостью и вялостью артикуляционной мускулатуры. Исследователи выявили ряд особенностей формирования нарушения звукопроизношения у детей с минимальными дизартрическими расстройствами: нарушение звукопроизношения носит полиморфный и стойкий характер, преобладают искажения и отсутствие звуков, чаще всего страдают свистящие и шипящие звуки. Для детей с минимальными дизартрическими расстройствами характерно нарушение не отдельных звуков, а в целом звучания, которое у данной категории детей становится смазанным и нечетким.

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.

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.

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

2.1 Диагностика состояния звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами

Проблемой логопедической диагностики речи детей с дизартрией занимались многие выдающиеся исследователи, такие, как Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина, Л. С. Волкова, Е. Н. Винарская, Е. М. Мастюкова, Л. В. Лопатина, Е. Ф. Архипова, М. В. Ипполитова и другие.

Цель исследования: выявить особенности звукопроизношения у старших дошкольников с минимальными дизартрическими расстройствами.

Задачи:

1. Определить направления и параметры обследования.
2. Провести обследование звукопроизношения у старших дошкольников с минимальными дизартрическими расстройствами.
3. Провести качественный анализ полученных результатов.

Исходя из особенностей структуры речевого дефекта при минимальных дизартрических расстройствах, для обследования были выделены следующие направления:

I. Исследование анатомического строения артикуляционного аппарата

II. Исследование состояния мимической мускулатуры в покое и динамике

III. Исследование состояния тонуса мышц непроизвольной и произвольно артикуляционной моторики: лицевой, губной, язычной мускулатуры:

Исследование двигательной функции артикуляционного аппарата

Исследование динамической организации движений артикуляционного аппарата.

IV Состояние звукопроизношения

Для обследования данных направлений нами подобраны диагностические методики, описанные в работах Г. В. Бабиной, Е.Ф. Архиповой, Г.В. Чиркиной.

Экспериментальное исследование особенностей звукопроизношения у старших дошкольников с минимальными дизартрическими расстройствами проводилось в январе 2025 г. База исследования МАДОУ

«Детский сад № 81» г. Златоуст. В исследовании приняли участие 5 детей старшего дошкольного возраста.

Для исследования звукопроизношения у старших дошкольников с дизартрией были соблюдены следующие условия:

- обследование проводилось индивидуально в игровой форме;
- перед началом работы по каждому ребенку был изучен анамнез;
- для проведения исследования с каждым ребенком устанавливался контакт;
- в процессе обследования опирались на общедидактические принципы: принцип учета возрастных и индивидуальных особенностей ребенка, деятельностный принцип, принцип наглядности, систематичности и последовательности, научности, сознательности и активности;
- основными методами, использованными в процессе обследования, были: анализ медицинской и педагогической документации; повторение артикуляционных и мимических проб; произнесение звуков изолированно, в слогах, словах с опорой на предметные картинки, произнесение по подражанию; беседа (в вопросно-ответной форме); составление рассказа, наблюдение.

Перед диагностикой изучили медицинскую документацию и анамнестические данные (таблица 1)

Таблица 1 – Анализ изучения медицинской и педагогической документации

№	Фамилия, имя	Анамнез
1	Настя Г	<p>Патология беременности и родов: угроза прерывания беременности, кесарево сечение</p> <p>Состояние ребенка после родов: асфиксия средней тяжести</p> <p>Перенесенные травмы, операции: нет</p> <p>Заключение окулиста: астигматизм</p> <p>Нервно-психическое развитие: задержка речевого развития. Ребенок контактный.</p> <p>Родители разведены, оба принимают участие в воспитании ребенка, ребенок единственный, посещает логопеда в детском саду</p>
2	Артём К	<p>Патология беременности и родов: угроза прерывания беременности</p> <p>Состояние ребенка после родов: удовлетворительное</p> <p>Перенесенные травмы, операции: нет</p> <p>Нервно-психическое развитие: задержка речевого развития. Очень общительный.</p> <p>Семья полная, первый ребенок в семье (есть сестра), посещает логопеда в детском саду</p>
3	Вика А	<p>Патология беременности и родов: гипоксия плода</p> <p>Состояние ребенка после родов: удовлетворительное</p> <p>Перенесенные травмы, операции: нет</p> <p>Нервно-психическое развитие: задержка речевого развития. Очень общительная со сверстниками и взрослыми.</p> <p>Семья полная, второй ребенок в семье, посещает логопеда в детском саду</p>
4	Лияна Н	<p>Патология беременности и родов: обвитие пуповиной</p> <p>Состояние ребенка после родов: удовлетворительное</p> <p>Перенесенные травмы, операции: нет</p> <p>Нервно-психическое развитие: задержка речевого развития. Ребенок контактный.</p> <p>Семья полная, первый ребенок в семье, посещает логопеда в детском саду</p>
5	Ян Г	<p>Патология беременности и родов: кесарево сечение</p> <p>Состояние ребенка после родов: удовлетворительное</p> <p>Перенесенные травмы, операции: нет</p> <p>Нервно-психическое развитие: задержка речевого развития. Ребенок контактный.</p> <p>Семья полная, третий ребенок в семье, посещает логопеда в детском саду</p>

Таким образом, анализ медицинской документации позволил сделать вывод, что у всех испытуемых отмечен отягощенный анамнез: угроза прерывания беременности (2 ребенка), кесарево сечение (два ребенка), гипоксия плода (1 ребенок), обвитие пуповиной (1 ребенок). У всех детей

выявлена задержка речевого развития, более позднее появление речи. Все дети достаточно контактны, двое очень общительны.

Далее проводилось основное исследование, результаты которого будут представлены ниже:

I. Исследование анатомического строения артикуляционного аппарата.

В таблице 2 представлены результаты обследования строения артикуляционного аппарата.

Таблица 2 – Результаты обследования анатомического строения органов артикуляции

Ф.И.	Губы	Зубы	Прикус	Язык	Твердое и мягкое небо
Настя Г	Норма	Кариес	Норма	Норма	Норма
Артём К	Норма	Норма	Норма	Норма	Норма
Вика А	Норма	Норма	Норма	Норма	Норма
Лияна Н	Норма	Норма	Норма	Короткая подъязычная связка	Норма
Ян	Норма	Норма	Норма	Норма	Норма

Обследование строения артикуляционного аппарата позволило выявить у одного ребенка (Лияна) короткую подъязычную связку, которая обуславливает нарушение произношения звуков [р] и [рʲ]. Таким образом, анатомическое строение органов артикуляции у большинства детей соответствует норме.

II. Исследование состояния мимической мускулатуры в покое и динамике

Таблица 3 – Приёмы и задания

Прием	Содержание заданий	Характер выполнения
1. Исследование объема и качества движений мышц лба	а) нахмурить брови; б) поднять брови; в) наморщить лоб	Отметить: выполнение правильное; движения выполняются с содружественными движениями (щурятся глаза, подергиваются щеки и т. д.); движение не удаётся

Продолжение таблицы 3

Прием	Содержание заданий	Характер выполнения
2. Исследование объема и качества движений глаз	а) легко сомкнуть веки; б) плотно сомкнуть веки; в) закрыть правый глаз, затем левый; г) подмигнуть	Отметить: выполнение правильное; движение не удается; возникают содружественные движения
3. Исследование объема и качества движений мышц щек	а) надуть левую щеку; б) надуть правую щеку; в) надуть обе щеки одновременно	Отметить: выполнение правильное; изолированное надувание одной щеки не удается; сильно напрягается противоположная выпяченная щека
4. Исследование возможности произвольного формирования определенных мимических поз	Выразить мимикой лица а) удивление; б) радость; в) испуг; г) грусть; д) сердитое лицо	Отметить: правильное выполнение мимических поз; движение не удается; мимическая картина нечеткая
5. Исследование символического праксиса проводят вначале по образцу, а затем по речевой инструкции	а) свист; б) поцелуй; в) улыбка; г) оскал; д) плевок; е) цоканье	Отметить: выполнение правильное; объем движений ограничен, симметричность носогубных складок; появление содружественных движений, гиперкинезов, саливации; движение не удается

Детям было предложено выполнить серию двигательных проб по показу и словесной инструкции. За каждую серию проб выставлялась оценка в баллах по следующим критериям:

0 - пробы не выполнены;

1 - пробы выполняются с ошибками, после повторных показов и инструкций, с помощью взрослого, отмечаются синкинезии;

2 - единичные ошибки, необходима небольшая помощь взрослого, отмечаются синкинезии, дизритмия;

3 - пробы выполняются правильно, но в замедленном темпе;

4 - все пробы выполняются правильно, в предложенном темпе.

Далее нами определялся уровень сформированности двигательной функции мимической и артикуляционной моторики:

20-15 баллов - высокий уровень;

14-7 баллов - средний уровень;

6-0 баллов - низкий уровень.

Были получены результаты, которые мы представим в таблице № 4

Таблица 4 – Исследование состояния мимической мускулатуры в покое и динамике

№	Участники эксперимента льной группы	Пробы					Сум ма балл ов	Уровень
		Мыщ ы лба	Движен ия глаз	Мыщ ы щек	Мимич еские позы	Симв оличе ский пракс ис.		
1	Настя Г	2	1	2	0	1	6	Низкий
2	Артём К	2	1	2	0	1	6	Низкий
3	Вика А	3	1	3	1	1	9	Средний
4	Лияна	3	2	3	1	2	11	Средний
5	Ян	2	1	2	0	1	6	Низкий

У нас получились следующие результаты, которые мы представим наглядно на рисунке 1.



Рисунок 3 – Состояние мимической мускулатуры в покое и динамике

Вывод: у 60% детей выявлен низкий уровень, а у 40% средний уровень состояния мимической мускулатуры в покое и динамике.

III. Исследование состояния тонуса мышц непроизвольной и произвольно артикуляционной моторики: лицевой, губной, язычной мускулатуры.

Оценивалось состояние тонуса мышц артикуляционного аппарата в покое, при попытках к речевой деятельности, в процессе речи, при мимических, общих и артикуляционных движениях. У детей с дизартрией нарушения тонуса артикуляционных мышц характеризуются спастичностью, гипотонией или дистонией. Нередко имеет место смешанный характер и вариабельность нарушений мышечного тонуса в артикуляционном аппарате (например, в лицевой и губной мускулатуре может быть выражена гипотония, а в язычной - спастичность). Отмечается наличие или отсутствие гипомимии, асимметрии лица, сглаженности носогубных складок, синкинезий, гиперкинезов лицевой и язычной мускулатуры, тремора языка, девиации (отклонения) языка в сторону, гиперсаливации.

Мы оценивали непроизвольные движения артикуляционного аппарата во время еды (сосание, снятие пищи с ложки, питье из чашки, откусывание, жевание, глотание). Выяснялись особенности нарушения акта приема пищи у ребенка: отсутствие или затруднение жевания твердой пищи и откусывания от куска; поперхивание и захлебывание при глотании.

Таблица 5 – Исследование двигательной функции артикуляционного аппарата

Прием	Содержание задания	Характер выполнения
Все задания должны проводиться при многократном повторении требуемого движения 1. Исследование двигательной функции губ по словесной инструкции проводится после выполнения задания по показу	а) сомкнуть губы; б) округлить губы как при произношении звука «О» - удержать позу; в) вытянуть губы в трубочку, как при произношении звука «у», и удержать позу; г) сделать «хоботок» (вытянуть губы и сомкнуть их); д) растянуть губы в «улыбке» (зубов не видно) и удержать позу; е) поднять верхнюю губу вверх, видны верхние зубы; ё) опустить нижнюю губу вниз, видны нижние зубы; ж) одновременно поднять верхнюю, опустить нижнюю; з) многократное повторение произношения губных звуков б-б-б, п-п-п	Отметить: выполнение правильное; диапазон движений невелик; наличие содружественных движений; чрезмерное напряжение мышц, истощаемость движений; проявляется ли тремор, саливации, гиперкинезы; активность участия правой и левой сторон губ; смыкание губ с одной стороны; движение не удаётся
2. Исследование двигательной функции челюсти проводят вначале по показу, а затем по словесной инструкции	а) широко раскрыть рот, как при произнесении звука «а» и закрыть; б) сделать движение нижней челюстью вправо; в) сделать движение влево; г) сделать движение нижней челюстью вперед	Отметить: выполнение правильное; движения челюстью недостаточного объема; нет ли содружественных движений, тремора, саливации; движение не удаётся
3. Исследование двигательных функция языка (исследование объема и качества движений языка) по показу и по словесной инструкции	а) положить широкий язык на нижнюю губу и подержать под счет от 1 до 5; б) положить широкий язык на верхнюю губу и подержать под счет от 1 до 5; в) переводить кончик языка поочередно из правого угла рта в левый угол, касаясь губ; г) высунуть язык «лопатой», «жалом»; д) оттопырить правую, затем левую щеку языком; е) поднять кончик языка к верхним зубам подержать под счет от 1 до 5 и опустить к нижним зубам; ё) закрыть глаза, вытянуть руки вперед, а кончик языка положить на губу; ж) движения языком вперед-назад	Отметить: выполнение правильное; движения языка недостаточного диапазона; в мышцах появляются содружественные движения; язык движется неуклюже, всей массой, медленно, неточно; имеются отклонения языка в сторону, удерживается ли язык в определенном положении; истощаемость движений; нет ли тремора, гиперкинезов языка; не проявляется ли саливация; движение не удаётся

Продолжение таблицы 5

Прием	Содержание задания	Характер выполнения
4. Исследование двигательной функции мягкого неба	а) широко открыть рот и четко произнести звук «а» (в этот момент в норме мягкое небо поднимается); б) провести шпателем, зондом или бумажкой, скрученной в трубочку, по мягкому небу (в норме должен появиться рвотный рефлекс); в) при высунутом между зубами языке надуть щеки и сильно подуть так, как будто задувается пламя свечи	Отметить: выполнение правильное; объем движений ограничен, отмечаются содружественные движения, малая подвижность небной занавески, гиперкинезы, саливация, движение не удаётся
5. Исследование продолжительности и силы выдоха	а) сыграть на любом духовом инструменте-игрушке (губной гармошке, дудочке, флейте и т. д.); б) поддувать пушинки, листок бумаги и т.п.	Отметить: силу и продолжительность выдоха; укороченный выдох (в зависимости от возраста испытуемого)

По результатам обследования мы получили данные, которые представим в таблице 6

Таблица 6 – Исследование двигательной функции артикуляционного аппарата

№	Участники экспериментальной группы	Пробы					Сумма баллов	Уровень
		Двигательная функция губ	Двигательная функция челюсти	Двигательная функция языка	Двигательная функция мягкого неба	Продолжительность и сила выдоха		
1	Настя Г	2	1	1	1	0	5	Низкий
2	Артём К	1	0	1	0	1	3	Низкий
3	Вика А	2	1	1	2	1	7	Средний
4	Лияна	1	1	0	1	1	4	Низкий
5	Ян	1	0	2	2	1	6	Низкий

У нас получились следующие результаты, которые мы представим наглядно на рисунке 2



Рисунок 3 – Двигательная функция артикуляционного аппарата

Вывод: у 80% (Настя, Артём, Лияна, Ян) детей выявлен низкий уровень двигательной функции артикуляционного аппарата. Наблюдается ограничение объёма артикуляционных движений, бедность мимики, наличие дефектов в строении артикуляционного аппарата, т.е. гипотонус. У Вики затруднённо удержание языка вне полости рта, он толчкообразно уходит внутрь, в полость рта, т.е. гипертонус.

Таблица 7 – Исследование динамической организации движений артикуляционного аппарата

Содержание задания	Характер выполнения
<p>Все предъявляемые пробы вначале проводятся по показу, а затем по словесной инструкции при многократном повторении проводимого комплекса движений</p> <p>1. Оскалить зубы, высунуть язык, затем широко открыть рот</p>	<p>Отметить: выполнение правильное; проявляется замена одного движения другим, поиск артикуляции, «застревание» на одном движении, недифференцированность движений, нарушение плавности движений, напряженность языка, подергивание языка, движения языка не удаются; легко ли удастся переключение с одной артикуляционной позы на другую, с одной фонемы на другую, с одной фонемы на другую и одного звукового ряда на другой</p>
<p>2. Широко открыть рот, дотронуться кончиком языка до нижних зубов (резцов), затем поднять кончик языка к верхним зубам (резцам) и положить на нижнюю губу</p>	

Продолжение таблицы 7

Содержание задания	Характер выполнения
3. положить широкий язык на губу, загнуть кончик языка, чтобы получилась «чашечка», занести эту «чашечку» в рот	
4. Широко раскрыть рот, как при звуке «а», растянуть губы в улыбку, вытянуть в трубочку	
5. Широко раскрыть рот, затем попросить полузакрывать и закрыть его	
6. Повторить звуковой или слоговой ряд несколько раз (последовательность звуков или слогов изменяется) А-И-У; У-И-А; КА-ПА-ТА; ПА-КА-ТА; ПЛА-ПЛУ-ПЛО; РАЛ-ЛАР-ТАР-ТАЛ; СКЛА-ВЗМА-ЗДРА	

Были получены результаты, которые мы представим в таблице 5

Таблица 8 – Исследование динамической организации движений артикуляционного аппарата

№	Участники экспериментальной группы	Пробы						Сумма баллов	Уровень
		1	2	3	4	5	6		
1	Настя Г	2	1	1	2	0	1	7	Средний
2	Артём К	1	1	1	2	0	1	6	Низкий
3	Вика А	1	0	1	3	1	1	7	Средний
4	Лияна	2	1	2	3	1	2	11	Средний
5	Ян	2	1	1	2	0	1	6	Низкий

У нас получились следующие результаты, которые мы представим наглядно на рисунке 3

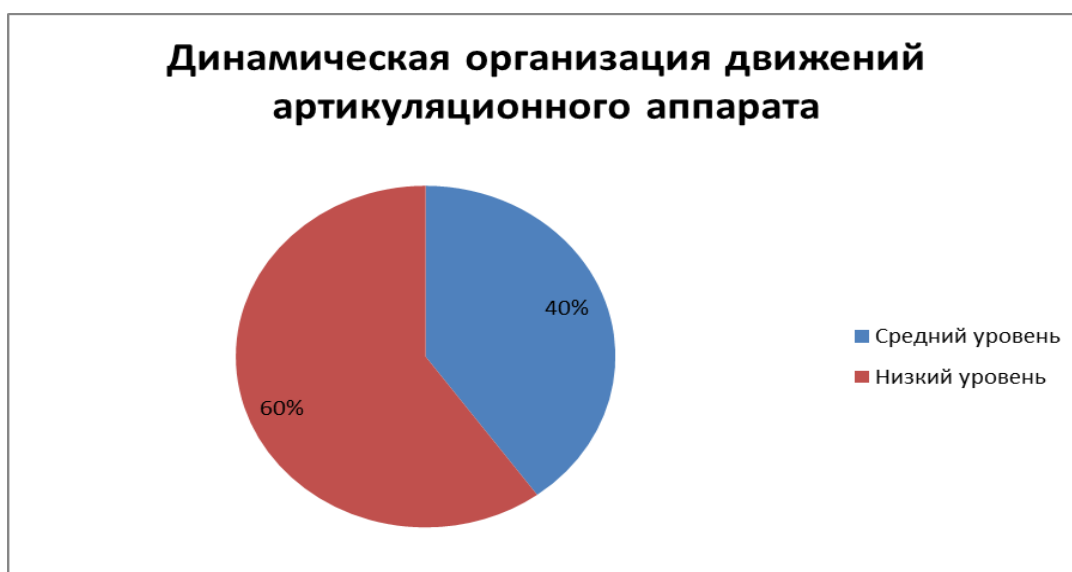


Рисунок 4 – Двигательная функция артикуляционного аппарата

Вывод: у 60% детей выявлен низкий уровень динамической организации движений артикуляционного аппарата.

Итак, полученные данные подтверждают наличие у всех обследованных дошкольников недостатков состояния артикуляционного аппарата.

Проведенное нами обследование позволило увидеть следующие специфические особенности: полиморфные нарушения двигательной функции органов артикуляционного аппарата, обусловленные недостаточной точностью, координацией и переключаемостью движений, особенно тонких дифференцированных движений губ, языка, наличием неврологической симптоматики в виде гипертонуса, гипотонуса. Результаты исследования позволяют сформулировать общие и специфические задачи логопедического массажа по коррекции звукопроизношения при дизартрии.

IV. Состояние звукопроизношения

При оценке состояния звукопроизношения нас интересовало следующее: количество нарушенных звуков, какие фонетические группы нарушены, характер нарушений произношения (искажения, замены, отсутствие звуков, смешение) в различных условиях (изолированно, в слогах, словах, во фразах, в спонтанной речи). Детям предъявлялись предметные картинки, слоги, слова, предложения, чистоговорки с исследуемыми звуками. По итогам отраженного и самостоятельного воспроизведения дошкольниками лексического материала выставлялась оценка по следующим критериям:

- 0 - отсутствие звуков, замена более простыми по артикуляции;
- 1 - замена, искажение звуков;
- 2 - изолированное произношение звуков правильное, но в речи не автоматизированы, самоконтроль не сформирован;
- 3 - звуки поставлены, идет их автоматизация, в потоке речи нечеткость, пропуск звуков, но производится самокоррекция;

4 - звуки произносятся правильно во всех фонетических позициях, достаточный самоконтроль.

Далее нами определялся уровень сформированности звукопроизношения:

20-15 баллов - высокий уровень;

14-7 баллов - средний уровень;

6-0 баллов - низкий уровень.

В результате обследования были получены результаты, которые мы представим в таблице 8.

Таблица 8 – Состояние звукопроизношения

№	Участники экспериментальной группы	Пробы					Сумма баллов	Уровень
		Заднеязычные, переднеязычные	Свистящие	Шипящие	Соноры	Звонкие и глухие, твердые и мягкие		
1	Настя Г	1	1	0	0	0	2	Низкий
2	Артём К	3	1	1	0	3	8	Средний
3	Вика А	3	2	1	1	3	10	Средний
4	Лияна Н	3	1	0	0	2	5	Низкий
5	Ян	3	1	0	0	1	5	Низкий

У нас получились следующие результаты, которые мы представим наглядно на рисунке 4.



Рисунок 5 – Состояние звукопроизношения

Выводы:

Выявлен низкий уровень звукопроизношения у 60% детей в каждой группе; средний уровень - у 40%. Наиболее грубо нарушаются группы свистящих, шипящих и соноров, часто выявляются дефекты озвончения и дефекты твёрдости-мягкости, заднеязычных и переднеязычных встречаются реже.

Следует также подчеркнуть некоторые недостатки воспроизведения слоговой структуры; у дошкольников отмечается напряжение артикуляционной моторики, замедленные движения органов артикуляции при воспроизведении слов сложной слоговой структуры, нарушение звуконаполняемости, особенно это касается редко употребляемых слов, а также возрастание количества ошибок при воспроизведении слов, содержащих нарушенные звуки.

Итак, общим для всех детей является полиморфный характер нарушений звуков. Можно отметить нестабильный характер звукопроизношения, выраженные затруднения воспроизведения звуков, изолированно произносимых правильно, в потоке речи, в словах сложной слоговой структуры, в словах при наличии фонетически близких звуков.

Кроме того, у детей с минимальными дизартрическими расстройствами устная речь смазана и малопонятна для окружающих. При проведении исследования особенно обратила на себя внимание сниженная мотивация и недостаточный интерес детей данной группы к выполнению заданий, что вынуждало значительно сокращать время занятия и отрицательно влияло на результативность. Выявленные особенности диктовали необходимость проведения целенаправленной логопедической работы по коррекции звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами.

2.2 Логопедический массаж в коррекции звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами

Недостатки звукопроизношения приводят к тому, что дети с минимальными дизартрическими расстройствами оказываются не готовыми к освоению письменной речи, так как они неправильно произносят звуки, плохо их дифференцируют звуки, трудно овладевают навыками звукового анализа и синтеза. Поэтому дети с минимальными дизартрическими расстройствами нуждаются в коррекционно-развивающей работе, которая учитывает все логопедические, физиологические и психолого-педагогические особенности старших дошкольников с дизартрией.

В данном параграфе мы представим методику работы по использованию логопедический массаж в практике устранения нарушения звукопроизношения у детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами: определим задачи работы, выделим этапы коррекционного воздействия, опишем отдельные виды заданий и упражнений.

В МАДОУ «Детский сад № 81» для детей с нарушениями речи логопедический массаж проводится по дополнительной образовательной программе 3 раза в неделю. Деятельность педагога с воспитанниками организована во второй половине дня. Продолжительность массажа варьируется в зависимости от возраста, общего соматического и психологического состояния, неврологической симптоматики. В начале курса продолжительность процедур 5 -7 минут, затем время проведения сеанса постепенно увеличивается до 15 - 20 минут. Цикл проведения массажа 10 – 20 процедур. Интервал между циклами от двух недель до двух месяцев. У всех детей имеется заключение невролога и педиатра об отсутствии противопоказаний к логопедическому массажу. Массаж проводится учителем – логопедом в медицинском кабинете. Кабинет

оборудован в соответствии с санитарно-гигиеническими нормами. Имеется следующее оборудование: массажная кушетка, зондозаменители, индивидуальные зубные щётки, раковина, ультрафиолетовый облучатель, зона для дезинфекции и хранения логопедических зондов: дезинфицирующий раствор, медицинский латок.

Для проведения массажа следующие материалы: медицинский спирт (для дезинфицирования зондов, шпателей, стерильные салфетки, гексорал (после массажа мышц полости рта ребенок может в целях гигиены прополоскать раствором рот), стерильные медицинские резиновые перчатки (могут использоваться при проведении массажа в полости рта), нашатырный спирт и 3-процентная перекись водорода (могут использоваться при необходимости оказать неотложную помощь), защитная маска (применение ее желательно во избежание попадания капельной инфекции).

На основе полученных теоретических и практических знаний, проведенного обследования мною был разработан план-график по проведению логопедического массажа, который представлен в таблице 7

Таблица 9 – График проведения логопедического массажа

№	ФИО ребёнка	Вид массажа	Тонус	
			гипертонус	гипотонус
1	Настя Г	10		+
2	Артём К	10		+
3	Вика А	10	+	
4	Лияна Н	10		+
5	Ян Г	10		+

Исходя из полученных данных, мы предлагаем следующие подходы к организации работы:

- Последовательное поэтапное воздействие логопедическим массажем на мышцы артикуляционной моторики.

- Коррекцию осуществлять в ходе индивидуальных логопедических занятий путем включения отдельных приемов массажа в работу.

Для начала рассмотрим основные приемы массажа и технику их выполнения:

Расслабляющий массаж артикуляционной мускулатуры.

Расслабляющий массаж артикуляционной мускулатуры применяют в случае повышения мышечного тонуса в речевых мышцах (в лицевой, губной, язычной мускулатуре). При расслабляющем массаже очень важен выбор позы для занятий с ребенком. Ребенку придают положения, в которых патологические тонические рефлекс проявлялись бы минимально или не проявились вовсе. Тонус мышц лица, шеи, языка при этом несколько понизится.

Расслабление мышц шеи (пассивные движения головы).

Перед началом расслабляющего массажа артикуляционной мускулатуры, особенно в случае значительного повышения мышечного тонуса верхнего плечевого пояса и шеи, необходимо добиться расслабления этих мышц. Логопед совершает пассивные движения головой ребенка.

Положение ребенка на спине или полусидя, голова несколько свешивается назад:

а) одной рукой логопед поддерживает шею ребенка сзади, другой производит круговые движения головой сначала по часовой, затем против часовой стрелки;

б) медленными, плавными движениями логопед поворачивает голову ребенка в одну и в другую сторону, покачивает вперед (3-5 раз).

Расслабление шейной мускулатуры вызывает некоторое расслабление корня языка.

Расслабление оральной мускулатуры достигается легким поглаживанием, похлопыванием мышц лица, губ, шеи, языка. Движения проводятся двумя руками в направлении от периферии к центру. Движения должны быть легкими, скользящими, слегка прижимающими, но не растягивающими кожу. Каждое движение повторяется 5-8 раз.

Расслабление лицевой мускулатуры:

- 1) поглаживание от середины лба к вискам;
- 2) поглаживание от бровей к волосистой части головы;

- 3) поглаживание от линии лба вокруг глаз;
- 4) поглаживание бровей от переносицы в стороны до края волос, продолжая линию бровей;
- 5) поглаживание от линии лба вниз через все лицо по щекам, подбородку и шее;
- 6) поглаживание от нижнего края ушной раковины (от мочек уха) по щекам к крыльям носа;
- 7) легкие пощипывающие движения по краю нижней челюсти;
- 8) надавливающий массаж лица от корней волос вниз.

Расслабление губной мускулатуры:

- 1) поглаживание верхней губы от углов рта к центру;
- 2) поглаживание нижней губы от углов рта к центру;
- 3) поглаживание верхней губы (движение сверху вниз);
- 4) поглаживание нижней губы (движение снизу вверх);
- 5) поглаживание носогубных складок от крыльев носа к углам губ;
- 6) точечный массаж губ (легкие вращательные движения по часовой стрелке);
- 7) легкое постукивание губ пальцами.

При асимметрии лицевой мускулатуры артикуляционный массаж проводят с гиперкоррекцией пораженной стороны, т.е. на ней осуществляется большее число массажных движений.

Стимулирующий массаж артикуляционной мускулатуры.

Стимулирующий массаж артикуляционной мускулатуры осуществляется при гипотонии мышц (с целью укрепления мышечного тонуса). Массажные движения проводятся от центра к периферии. Укрепление лицевой мускулатуры осуществляется путем поглаживания, растирания, разминания, пощипывания, вибрации. После 4-5 легких движений сила их нарастает. Они становятся надавливающими, но не болезненными. Движения повторяются 8-10 раз.

Укрепление лицевой мускулатуры:

- 1) поглаживание лба от середины к вискам;
- 2) поглаживание лба от бровей к волосам;
- 3) поглаживание бровей;
- 4) поглаживание по векам от внутренних к внешним углам глаз и в стороны;
- 5) поглаживание щек от носа к ушам и от подбородка к ушам;
- 6) сжимание подбородка ритмичными движениями;
- 7) разминание скуловой и щечной мышц (спиралевидные движения по скуловой и щечной мышцам);
- 8) перетирание щечной мышцы (указательный палец во рту, остальные снаружи);
- 9) пощипывание щек.

Укрепление губной мускулатуры:

- 1) поглаживание от середины верхней губы к углам;
- 2) поглаживание от середины нижней губы к углам;
- 3) поглаживание носогубных складок от углов губ к крыльям носа;
- 4) пощипывание губ;
- 5) покалывание губ.

Одним из приемов укрепляющего массажа является вибрация. Вибрацию можно производить ручным методом и при помощи механического прибора — вибратора. Передача тканям мелких, быстрых, чередующихся колебательных движений вызывает сильное сокращение мышц и придает им большую упругость, улучшает трофику тканей. Массаж продолжается 2-4 минуты (вибрация противопоказана детям с эписиндромом (судорогами)).

Массаж язычной мускулатуры.

При спастичности языка производят расслабляющий массаж, при гипотонии языка — укрепляющий массаж. Спастичность язычной мускулатуры отмечается значительно чаще, чем гипотония языка. При гипотонии приемы массажа более активные, интенсивные, чем при

спастичности.

При спастичности языка для снижения тонуса язычной мускулатуры перед массажем можно подержать во рту (2-3 раза) теплый настой трав (1 ч. л. крапивы, 1 ч. л. зверобоя, 1 ч. л. ромашки, 1 ч. л. чая на 0,5 л кипятка).

Массаж языка можно осуществлять различными способами:

- 1) зондовый массаж (используются зонды Е. В. Новиковой или постановочные зонды Рау);
- 2) пальцевый массаж (в напальчнике или через марлевую салфетку);
- 3) массаж деревянным или металлическим шпателем;
- 4) массаж зубными щетками (различными по материалу, форме, жесткости щетины, размеру). При массаже используются как щетина, так и палочка щетки.

Перед началом массажа языка нужно выяснить степень и границу глоточного (рвотного) рефлекса. В случае его повышения во время каждого последующего массажа необходимо понемногу заходить за границу глоточного рефлекса. Массаж языка не следует проводить после кормления ребенка.

Во время массажа языка рот ребенка открыт. Логопед сначала делает массаж в полости рта, затем вне полости рта (попросив высунуть язык) и, наконец, удерживая язык марлевой салфеткой.

Приемы массажа языка (направление массажных движений):

- 1) поглаживание языка в различных направлениях:
 - от корня языка к кончику (воздействие на продольные мышцы);
 - от центра языка к боковым краям (поперечные мышцы);
 - круговые, спиралевидные движения;
- 2) похлопывание языка, начиная с кончика, продвигаясь постепенно к корню и обратно (ритмичные надавливания воздействуют на вертикальные мышцы);
- 3) «прокачивание» — легкие вибрирующие движения, передаваемые языку через зонд (шпатель или щетку);

4) массаж верхнего подъема языка, растягивая уздечку (движение снизу вверх под языком);

5) покалывание языка (игольчатым зондом);

6) «перетирание» языка марлевой салфеткой или чистым носовым платком (в случае повышенной чувствительности ребенка к марле);

7) распластывание языка маленькой клизмой-спринцовкой (сложенная два раза большая часть клизмы — во рту, кончик — снаружи).

В классическом массаже применяют пять основных приемов:

1. Поглаживание: поверхностное; глубокое обхватывающее; граблеобразное.

2. Растирание.

3. Разминание.

4. Вибрация и поколачивание.

5. Плотное нажатие.

Поглаживание. Это обязательный прием, с которого начинается каждая процедура. Его чередуют с другими приемами и им заканчивают каждый массажный комплекс. Значение приема заключается в следующем: при поглаживании усиливается кровообращение в поверхностно расположенных сосудах, снижается мышечный тонус, регулируется дыхание. В логопедическом массаже применяются в основном три приема поглаживания. Это поверхностное, глубокое обхватывающее и в виде вспомогательного приема граблеобразное поглаживание.

Поверхностное поглаживание. Применяется для снижения тонуса мышц лицевой и артикуляционной мускулатуры. Техника выполнения: кисть (ладонь) как бы ласкающим движением скользит по поверхности кожи, слегка касаясь ее. Контакт руки с кожей должен быть мягким и нежным, массируемый едва ощущает это движение, его выполнение не должно вызывать кожно-сосудистой реакции в виде покраснения кожи. Поверхностное поглаживание необходимо выполнять медленно и ритмично.

Глубокое обхватывающее поглаживание. Оказывает некоторое возбуждающее воздействие на центральную нервную систему. Техника выполнения: ладонь руки плотно и равномерно прилегает к массируемой части лица или шеи и скользит по поверхности в строгом соответствии со всеми их анатомическими контурами. Поглаживающее движение при этом должно быть непрерывным и медленным.

Граблеобразное поглаживание. Прием в основном используется при массаже волосистой части головы. Техника выполнения: при выполнении этого движения пальцы широко разведены. Действие граблеобразного приема тем энергичнее, чем больше угол между производящими поглаживание пальцами и поверхностью массируемой части тела. Прием выполняется подушечками пальцев в продольном, поперечном, зигзагообразном и круговом направлениях.

Растирание. Этот прием проводится, как правило, на малых, ограниченных участках, в области отдельных мышечных групп. Выполняется с применением определенной силы давления на массируемую область, что вызывает смещение и некоторое растяжение массируемых тканей. При этом значительно усиливается кровообращение, улучшаются обменные процессы в тканях, повышается тонус мышц. Техника выполнения: растирание может выполняться подушечками указательного и среднего пальцев или одним большим пальцем, ребром ладони или всей ладонной поверхностью, а также тыльной поверхностью согнутых в кулак пальцев. Движение осуществляется в прямом и спиралевидном направлениях.

Разминание. Этот прием выполняется так же, как и растирание, в области отдельных мышечных групп. Разминание максимально активизирует работу мышц. Оно состоит в захватывании, сдвигании, оттягивании, сдавливании, сжимании, пощипывании и перетирании тканей. При разминании в наибольшей степени повышается тонус мышц, усиливается их сократительная функция. Этот прием является фактически

пассивной гимнастикой для мышц, поэтому он применяется при функциональной недостаточности мышц и сниженном их тонусе. Техника выполнения: разминание выполняется подушечкой большого пальца, или большого и указательного, или большого и всех остальных пальцев. При сжимании и перетирании мышцы сдавливаются между подушечками большого и других пальцев. Перетирающие движения пальцев осуществляются в различных направлениях: продольно, поперечно, полукругло и спиралевидно. Щипцеобразный прием разминания заключается в том, что массируемые ткани глубоко захватываются, слегка оттягиваются кверху и пропускаются между пальцами. При пощипывании ткань захватывают поверхностно между большим и указательным пальцами и осуществляют пощипывающие движения.

Вибрация и поколачивание. Вибрация изменяет внутритканевый обмен, улучшает трофику тканей. Сильная, жесткая вибрация повышает тонус мышц, а легкая, слабая — снижает их тонус. Поколачивание применяется на лице, особенно в местах выхода нервов, а также там, где мало жировой клетчатки (лоб, скуловые кости, нижняя челюсть). Техника выполнения: прием вибрации осуществляется одним, двумя или всеми пальцами, при этом тканям придаются колебательные движения различной частоты и амплитуды. Поколачивание, или пунктирование, производится кончиками указательного и среднего пальцев, движение выглядит как интенсивное постукивание. Движения осуществляются одной рукой, двумя руками одновременно или попеременно.

Плотное нажатие. Как правило, этот прием, улучшающий кровообращение, лимфообращение, обменные процессы, используется в местах выхода пучков нервных окончаний. Это так называемые биологически активные точки. Плотным нажатием этих мест заканчивается, как правило, любое поглаживание.

Выбор приемов массажа зависит от состояния мышечного тонуса, двигательных возможностей и патологической симптоматики. При

пониженном тоне речевой мускулатуры используются следующие приемы: поглаживание, растирание, разминание, сильная вибрация, поколачивание. При повышенном тоне (спастическом состоянии мышц) используется в основном поглаживание и легкая вибрация. Изолированно отдельные приемы в практике массажа обычно не применяются, а используются, как правило, комплексы приемов.

Также очень действенны приемы логопедического массажа, предлагаемые Е. Ф. Архиповой. [2]. (Приложение 1).

Выводы по 2 главе

Во второй главе исследования описана опытно-экспериментальная работа. В экспериментальной работе участвовали пять детей старшего дошкольного возраста. Целью констатирующего этапа было изучение особенностей звукопроизношения детей с минимальными дизартрическими расстройствами.

Исследование особенностей звукопроизношения проходило по следующим направлениям: исследование анатомического строения органов артикуляции, исследование артикуляционной моторики, исследование мимической моторики, исследование звукопроизношения, исследование фонематических процессов. Все эти направления имеют значение для определения причин нарушения звукопроизношения. По итогам диагностики у всех детей выявлено полиморфное нарушение звуков, которое проявлялось в искажениях, заменах, отсутствии звуков, а также в смазанности всего речевого потока. Нарушены группы свистящих, шипящих, соноров. Исследование артикуляционной моторики показало, что она нарушена у всех детей, нарушение выражалось в ограничении объема движений, недостаточной точности и четкости выполнения артикуляционных упражнений, затруднениях переключения с одного движения на другое. Анализ выполнения артикуляционных движений показал, что у всех детей выявлена неврологическая симптоматика: тремор, синкинезии, истощаемость движений, повышенный или пониженный тонус

мышц.

Предложенная методика по коррекции звукопроизношения отражает особенности работы при дизартрии, главной целью которой является использование логопедического массажа на всех этапах коррекционной работы. Описанные методы и приемы могут использоваться логопедами в рамках индивидуальных занятий.

Можно прогнозировать, что при использовании логопедического массажа повышается эффективность коррекции звукопроизношения у детей с минимальными дизартрическими расстройствами дошкольного возраста.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При написании работы мною было изучена специальная логопедическая и психолого-педагогическая литература по проблеме коррекции дизартрии при помощи логопедического массажа. Выявлены особенности звукопроизношения детей старшего дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами. Подобраны приемы логопедического массажа по коррекции нарушений звукопроизношения у детей старшего дошкольного минимальными дизартрическими расстройствами.

В результате проведенной работы я выяснила, что дизартрия является одним из тяжелых речевых нарушений, встречающихся в логопедической практике. Вопрос содержания коррекционной - логопедической помощи лицам с данным дефектом является открытым как в теоретическом, так и в практическом плане.

На основании проделанной работы можно сделать вывод о необходимости логопедического массажа при работе с детьми, страдающими минимальными дизартрическими расстройствами. Но, при этом, не стоит забывать о том, что каждый человек индивидуален в силу своих психической, психологических и физиологических возможностей и особенностей. Поэтому при коррекционно-логопедической работе по преодолению дизартрических расстройств следует осуществлять дифференцированный подход.

Применение логопедического массажа позволяет значительно сократить время коррекционной работы, особенно над формированием произносительной стороны речи. Благодаря использованию этого метода механического воздействия, который приводит к постепенной нормализации мышечного тонуса, формирование нормативного произнесения звуков может происходить в ряде случаев спонтанно. В том случае, если обучаемый имеет выраженную неврологическую

симптоматику (которая и присутствует при дизартрии), только использование логопедического массажа, особенно на начальных стадиях коррекционной работы, может обеспечить положительный эффект. Таким образом, логопедический массаж оказывает общее положительное воздействие на организм в целом, вызывая благоприятные изменения в нервной и мышечной системах, играющих основную роль в речедвигательном процессе.

Подводя итоги, можно утверждать, что поставленная цель - достигнута и сформулированные в начале работы задачи выполнены.

Представленная методика логопедического массажа как основного фактора коррекции произношения у детей дошкольного возраста, описанные приемы работы могут быть использованы в практической деятельности учителей-логопедов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Алпатова, Н. С. Влияние моторных функций на формирование звукопроизношения у дошкольников с дизартрией [Текст]/ Н. С. Алпатова, Е. В. Лоскутова, Ю. В. Ефимова // Международные журнал экспериментального образования. – 2018. – № 5. – С. 5–10
2. Архипова, Е. Ф. Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стертой дизартрии у детей [Текст]/ Е. Ф. Архипова. – Москва : АСТ : Астрель. – 2008. – 254 с.
3. Архипова, Е. Ф. Стертая дизартрия у детей [Текст]/ Е. Ф. Архипова. – Москва : АСТ: Астрель. – 2007. – 331 с.
4. Атаджанова, Н. В. К вопросу о психолого-педагогической характеристике для детей дошкольного возраста с дизартрией [Текст] / Н. В. Атаджанова // Теоретический и практический потенциал современной науки. – 2021. – С. 16–18
5. Баряева, Л. Б. Ретроспективный анализ методик логопедической работы по преодолению речевого дефекта при стертой дизартрии у дошкольников [Текст] / Л. Б. Баряева, Л. В. Лопатина // Специальное образование. – 2020. – № 2. – С. 172–188
6. Белякова, Л. И. Логопедия. Дизартрия [Текст] / Л. И. Белякова, Н. Н. Волоскова. – Москва : Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС. – 2009. – 287 с.
7. Бердюгина, А. С. Изучение психомоторных и речевых функций у детей старшего дошкольного возраста со стертой формой дизартрии [Текст] / А. С. Бердюгина // Изучение и образование детей с различными формами дизонтогенеза. – 2015. – С. 214–217
8. Браудо, Т. Е. Онтогенез речевого развития [Текст] / Т. Е. Браудо, М. Ю. Бобылова, М. В. Казакова // Русский журнал детской неврологии. – 2017. – № 1. – С. 41–46

9. Бурмистрова, Е. Д. Логопедическая работа по преодолению минимальных дизартрических расстройств у детей в условиях стационара [Текст] / Е. Д. Бурмистрова // Актуальные проблемы логопедии – 2020. – С. 50–59
10. Быстрых, П. Е. Изучение фонетико-фонематической стороны речи у детей дошкольного возраста с легкой степенью дизартрии в условиях логопедического пункта [Текст] / П. Е. Быстрых // Изучение и образование детей с различными формами дизонтогенеза. – 2020. – С. 369–372
11. Винарская, Е. Н. Дизартрия [Текст] / Е. Н. Винарская. – Москва: АСТ: Арстель. Транзиткнига. – 2005. – 142 с.
12. Волкова, Л. С. Логопедия: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов [Текст] / Под ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской. – Москва: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2008. – 680 с.
13. Выготский, Л. С. Основы дефектологии [Текст] / Л. С. Выготский. – Санкт-Петербург: Лань. – 2003. – 654 с.
14. Гвоздев, А. Н. Усвоение детьми звуковой стороны русского языка [Текст] / А. Н. Гвоздев. – Москва: Акцидент, 1995. – 204 с.
15. Гребнева, Е. А. К проблеме изучения стертой формы дизартрии у дошкольников [Текст] / Е. А. Гребнева // Гуманитарные научные исследования. – 2021. – № 5 – С. 1–4
16. Григорян, Г. Ф. Оказание логопедической помощи по воспитанию у детей правильного звукопроизношения [Текст] / Г. Ф. Григорян, Г. Р. Овян // Образование и педагогические науки в XXI веке: актуальные вопросы, достижения и инновации. – 2017. – С. 133–136
17. Елизарова, С. В. Особенности артикуляционной моторики у дошкольников со стертой дизартрией [Текст] / С. В. Елизарова // Наука и образование в современных условиях. – 2017. – С. 520–527
18. Карелина, И. Б. Логопедическая работа с детьми с минимальными дизартрическими расстройствами: Дис. канд. пед. Наук [Текст] / И. Б. Карелина. – Москва. – 2000. – 172 с.

19. Константинова, Т. И. Особенности развития мелкой моторики детей с минимальными дизартрическими расстройствами [Текст]/ Т. И. Константинова, Г.Н. Меженцева // Гуманитарные науки. – 2019. – № 14. – С. 30–32
20. Копбасынова, А. С. Особенности фонетических нарушений у детей со стертой дизартрией [Текст]/ А. С. Копбасынова // Вестник Кыргызского государственного университета имени А. Арабаева. – 2017. – с. 242–245
21. Лалаева, Р. И. Формирование правильной разговорной речи у дошкольников [Текст] / Р. И. Лалаева, Н.В. Серебрякова. – Ростов на Дону: Феникс. – 2004. – 224 с.
22. Левина, Р. Е. Основы теории и практики логопедии [Текст] / Под ред. Р. Е. Левиной. – Москва, 2003. – 60 с.
23. Лопатина, Л. В. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами: Учебное пособие [Текст] / под ред. Е. А. Логиновой. – Санкт-Петербург: Издательство «Союз», 2005 – 192 с.
24. Лопатина, Л. В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников (коррекция стертой дизартрии) [Текст] / Л. В. Лопатина, Н. Н. Серебрякова. – Санкт-Петербург: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена: Союз. – 2001. – 191 с.
25. Лопатина, Л. В. Этиология минимальных дизартрических расстройств [Текст] / Л. В. Лопатина // Социокультурная интеграция и специальное образование. – 2015. – с. 365–371
26. Макарова, Н. В. Особенности нервно-психического развития детей с речевыми нарушениями [Текст] / Н. В. Макарова // Теоретические и практические аспекты научных исследований. – 2017. – С. 648–654
27. Наливайко, А. О. Особенности нарушений произносительной стороны речи у детей 5-6 лет при стертой дизартрии [Текст] / А. О. Наливайко, Л. И. Таловой // Психолого-педагогические проблемы

развития ребенка в современных социокультурных условиях. – 2018. – С. 97–102.

28. Парамонова, Л. Г. Нарушение звукопроизношения у детей [Текст] / Л. Г. Парамонова. – Москва: Детство-Пресс. – 2012. – 272 с.

29. 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.

30. Селиверстов В. И. Понятийно-терминологический словарь логопеда [Текст] / В. И. Селиверстов. – Москва: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 1997. – 400 с.

31. Степанова, О. А. Организация логопедической работы в дошкольном образовательном учреждении [Текст] / О. А. Степанова. – Москва: ТЦ Сфера. – 2003. – 245 с.

32. Трубникова, Н. М. Структура и содержание речевой карты. Учебно-методическое пособие [Текст] / Н. М. Трубникова. – Екатеринбург. Уральский государственный педагогический университет. – 1998. – 51 с.

33. Федосова, О. Ю. Особенности звукопроизношения детей с легкой степенью дизартрии [Текст] / О. Ю. Федосова // Коррекционная педагогика. – 2004. – № 1. – с. 75–79

34. Фомичева, М. Ф. Воспитание у детей правильного звукопроизношения: Практикум по логопедии: Учебное пособие для учащихся пед. училищ [Текст] / М. Ф. Фомичева. – Москва: Просвещение, 1989. – 239 с.

35. Фомичева, М. Ф. Основы логопедии с практикумом по звукопроизношению: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений [Текст] / М. Ф. Фомичева, Т. В. Волосовец, Е. Н. Кутепова. – Москва : Издательский центр «Академия». – 2002. – 200 с.

36. Цейтлин, С. Н. Язык и ребенок. Лингвистика детской речи. [Текст] / С.Н. Цейтлин. - Москва: ВЛАДОС. – 2000. – 1999. – 200 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1



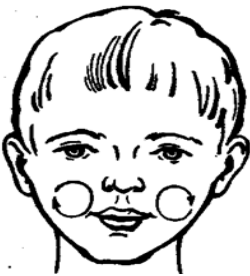

Дифференцированный логопедический массаж при дизартрии,
предлагаемый Архиповой Е. Ф.






Условные обозначения

	легкое поглаживание
	глубокое поглаживание
	легкое пощипывание
	глубокое пощипывание
	легкое растирание
	глубокое растирание
	надавливание
	постукивание
	вертикальное поглаживание
	вращательное поглаживание
	легкое растирание
	глубокое растирание
	точечная вибрация
	вращательное поглаживание с надавливанием

Комплекс упражнений логопедического массажа при повышенном тонусе мышц (гипертонусе)




Массаж при гипертонусе по методике Е. Ф. Архиповой направлен на расслабление мышц лба, шеи, щёк, губ и языка. Движения должны быть лёгкими, разглаживающими, в замедленном темпе.





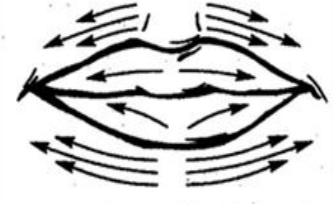
<p>Массаж лба Упражнение № 1 Цель: приведение мышц лба в состояние покоя. Описание: легкое поглаживание лба от висков к центру. Методические рекомендации. Поглаживающие движения осуществляются указательными, средними и безымянными пальцами обеих рук. Движения выполняются 6–8 раз, 2–3 раза в день</p>	
<p>Упражнение № 2 Цель: обеспечение расслабления мышц лба. Описание: легкое поглаживание от корней волос к линии бровей. Методические рекомендации. Поглаживающие движения выполняются указательными, средними и безымянными пальцами обеих рук. Движения выполняются 6–8 раз, 2–3 раза в день.</p>	
<p>Массаж щёк Упражнение № 1 Цель: расслабление щечной мышцы. Описание: проводят вращательное поглаживающее движение по поверхности щек. Для достижения большего эффекта эти же движения можно осуществлять с внутренней стороны щек. Методические рекомендации. Массажные движения осуществляются указательными и средними пальцами обеих рук. С внутренней стороны щек массаж осуществляется при помощи зонда «Шарик», указательного пальца, шпателя. Все движения выполняются 6–8 раз, 2–3 раза в день. Вращательные движения по часовой стрелке.</p>	
<p>Упражнение № 2 Цель: расслабление мышц, поднимающих угол рта. Описание: легкое поглаживание щек от мочек ушей к крыльям носа. Методические рекомендации. Массажные движения осуществляются указательными и средними пальцами обеих рук. Движения повторяются 7–10 раз, 2–3 раза в день.</p>	

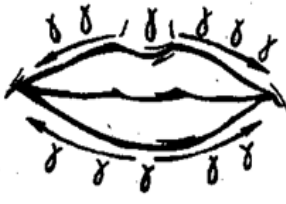
<p>Упражнение № 3 Цель: расслабление щечной мышцы и мышц, поднимающих угол рта. Описание: легкое растирание от мочек ушей к крыльям носа. Методические рекомендации. Растирающие движения осуществляются указательными и средними пальцами обеих рук. Движения должны быть очень осторожными, не вызывающие напряжения в других группах мышц. Массажные движения осуществляются 3–4 раза 2–3 раза в день.</p>	
<p>Массаж скуловой мышцы Упражнение № 1 Цель: расслабление скуловых мышц. Описание: легкое поглаживание от мочек ушей к середине подбородка. Методические рекомендации. Поглаживание осуществляется указательными и средними пальцами обеих рук. Движения должны быть очень легкими, выполняются 6–8 раз, 2–3 раза в день.</p>	
<p>Массаж губ Упражнение № 1 Цель: расслабление губ и круговой мышцы рта. Описание: легкое поглаживание губ от углов рта к центру. Методические рекомендации. Поглаживание осуществляется указательными пальцами обеих рук. Движения выполняются 6–10 раз, 2–3 раза в день (рисунок № 8).</p>	
<p>Упражнение № 2 Цель: расслабление губ. Описание: легкое поглаживание губ от углов рта к центру. Методические рекомендации. Растирающие движения осуществляются указательными пальцами обеих рук. Растирающие движения не должны быть очень интенсивными. Движения выполняются 3–4 раза, 1 раз в день (рисунок № 9).</p>	
<p>Упражнение № 3 Цель: максимальное расслабление круговой мышцы рта. Описание: поглаживание круговой мышцы рта. Методические рекомендации. Поглаживающие движения осуществляются указательными пальцами обеих рук. Движения выполняются 6–8 раз, 2–3 раза в день.</p>	

Комплекс упражнений логопедического массажа при пониженном тоне мышц (гипотонус)

Массаж при гипотонусе по методике Е. Ф. Архиповой направлен на укрепление мышц оральной мускулатуры. Основной метод — поглаживание. После 4–5 движений интенсивность движений усиливается: они становятся надавливающими, но не болезненными и не вызывающими отрицательных реакций у ребёнка.

<p>Массаж лба Упражнение № 1 Цель: укрепление и стимуляция лобных мышц. Описание: поглаживание лба от середины к вискам. Методические рекомендации Поглаживания осуществляются указательными, средними и безымянными пальцами обеих рук. Массажные движения выполняются 6–8 раз, 2–3 раза в день.</p>	
<p>Упражнение № 2 Цель: укрепление и стимуляция лобных мышц. Описание: разминание лба от середины к вискам. Методические рекомендации Разминания осуществляются вторыми фалангами указательных, средних и безымянных пальцев, сжатых в кулак. Разминающие движения выполняются 6–8 раз, 2 раза в день.</p>	
<p>Упражнение № 3 Цель: укрепление и стимуляция лобных мышц. Описание: растирание лба от середины к вискам. Методические рекомендации Растирания осуществляются первыми фалангами указательных, средних и безымянных пальцев. При растирании кожный покров лба должен натягиваться. Растирающие движения выполняются 4–6 раз, 2 раза в день.</p>	

<p>Массаж щек Упражнение № 1 Цель: укрепление мышц щек. Описание: проводится поглаживание, растирание, разминание мышц щек. Методические рекомендации Разминание и растирание щек проводится обеими руками в направлении от носа к щекам в течение 6–8 секунд, 2 раза в день.</p>	
<p>Упражнение № 2 Цель: стимуляция мышц, поднимающих угол рта. Описание: вращательные поглаживающие движения по поверхности щек. Методические рекомендации Вращательные поглаживающие движения осуществляются указательными, средними и безымянными пальцами обеих рук. Движения выполняются против часовой стрелки, 8–10 раз, 2–3 раза в день.</p>	
<p>Упражнение № 3 Цель: активизация мышц, поднимающих нижнюю челюсть. Описание: спиралевидное растирание жевательной мышцы от висков к углам челюсти. Методические рекомендации Движения осуществляются подушечками указательных, средних и безымянных пальцев обеих рук. Движения выполняются по спирали 8–10 раз, 2–3 раза в день.</p>	
<p>Массаж губ Упражнение № 1 Цель: укрепление мышц губ. Описание: поглаживание губ от середины, к углам. Методические рекомендации Поглаживающие движения осуществляются подушечками указательных пальцев обеих рук. Поглаживающие движения выполняются 8–10 раз, 2–3 раза в день.</p>	
<p>Упражнение № 2 Цель: укрепление и активизация мышц губ. Описание: производят легкое растирание губ от середины к углам. Методические рекомендации Растирающие движения следует производить указательными пальцами обеих рук. Губы должны растягиваться, и ребенок должен ощущать легкое покалывание в губах. Растирающие движения выполняют 4–6 раз, 2–3 раза в день.</p>	

<p>Упражнение № 3 Цель: укрепление и активизация мышц губ. Описание: пощипывание губ от середины к углам. Методические рекомендации Пощипывающие движения осуществляются указательными и большими пальцами обеих рук. Пощипывающие движения выполняют 6–8 раз, 2 раза в день.</p>	
<p>Упражнение № 4 Цель: укрепление и активизация круговой мышцы рта, мышц, поднимающих верхнюю губу и углы рта кверху и мышц, опускающих нижнюю губу и углы рта вниз. Описание: растирание мышц по носогубным складкам. Методические рекомендации Растирание по носогубным складкам вверх и вниз. Растирание вверх-вниз под углами нижней губы. Выполнять 3–4 раза, 1 раз в день.</p>	