**Причины, симптомы и основные методы коррекции дизартрии**

**Дизартрия** (от греч. dys - приставка, означающая расстройство, arthroo - членораздельно произношу) - нарушение произношения, обусловленное недостаточной иннервации речевого аппарата при поражениях заднелобных и подкорковых отделов мозга. При этом из-за ограничений подвижности органов речи (мягкого неба, языка, губ) затруднена артикуляция, но при возникновении во взрослом возрасте, как правило, не сопровождается распадом речевой системы. В детском же возрасте могут нарушаться чтение и письмо, а также и общее развитие речи.

Распространенным речевым нарушением среди детей дошкольного возраста является стертая дизартрия, которая имеет тенденцию к значительному росту. Дизартрия часто сочетается с другими речевыми расстройствами (заиканием, общим недоразвитием речи и др.). Это речевая патология, проявляющаяся в расстройствах фонетического и просодического компонента речевой функциональной системы, возникающая вследствие невыраженного микроорганического поражения головного мозга. С каждым годом логопедическая наука развивается и вносит различные коррективы в методики, документацию и т.д. Но, тем не менее, опыт авторов прошлых столетий остается неизменным, являясь базой для развития данной науки в целом.

Дизартрия может наблюдаться как в тяжелой, так и в легкой форме. В детских садах и школах общего типа могут находиться дети с легкими степенями дизартрии (стертая форма, дизартрический компонент). Эта форма проявляется в более легкой степени нарушения движений органов артикуляционного аппарата, общей и мелкой моторики, а нарушениях произносительной стороны речи - она понятна для окружающих, но нечеткая. (См. Приложение 1).

Среди причин, вызывающих стертую дизартрию, различными авторами были выделены следующие: нарушение иннервации артикуляционного аппарата, отмечается недостаточность отдельных мышечных групп (губ, языка, мягкого неба); неточность движений, их быстрая истощаемость вследствие поражения тех или иных отделов нервной системы; двигательные расстройства: трудность нахождения определенного положения губ и языка, необходимого для произнесения звуков. Оральная апраксия; минимальная мозговая дисфункция.

Диагностика стертой формы дизартрии и методика коррекционной работы разработаны пока недостаточно. В работах Г.Г. Гутцмана О.В. Правдиной, Л.В. Мелеховой, О.А. Токаревой, И.И. Панченко, Р.И. Мартыновой рассматриваются вопросы симптоматики дизартрических расстройств речи, при которых наблюдается "смытость", "стертость" артикуляции. Авторы отмечают, что стертая дизартрия по своим проявлениям очень похожа на сложную дислалию .

Выраженные нарушения звукопроизношения при стертой дизартрии с трудом поддаются коррекции и отрицательно влияют на формирование фонематической и лексико-грамматической сторон речи, затрудняют процесс школьного обучения детей. Своевременная коррекция нарушений речевого развития является необходимым условием психологической готовности детей к обучению в школе, создает предпосылки для наиболее ранней социальной адаптации дошкольников с нарушениями речи. Это крайне важно, так как от постановки правильного диагноза зависят выбор адекватных направлений коррекционно-логопедического воздействия на ребенка с легкой степенью дизартрии, соответственно, эффективность этого воздействия.

**Основным отличительным признаком** дизартрии от других нарушений произношения является то, что в этом случае страдает не произношение отдельных звуков, а вся произносительная сторона речи. У детей - дизартриков отмечается ограниченная подвижность речевой и мимической мускулатуры. Речь такого ребенка характеризуется нечетким, смазанным звукопроизношением; голос у него тихий, слабый, а иногда, наоборот, резкий; ритм дыхания нарушен; речь теряет свою плавность, темп речи может быть ускоренным или замедленным.

**Причины и симптоматика дизартрии**

Причинами возникновения дизартрии являются различные вредоносные факторы, которые могут воздействовать внутриутробно во время беременности (вирусные инфекции, токсикозы, патология плаценты), в момент рождения (затяжные или стремительные роды, вызывающие кровоизлияние в мозг младенца) и в раннем возрасте (инфекционные заболевания мозга и мозговых оболочек: менингит, менингоэнцефалит и др.)

При дизартрии на разных уровнях нарушена передача импульсов из коры головного мозга к ядрам черепно-мозговых нервов, в связи с этим, к мышцам (дыхательным, голосовым, артикуляторным) не поступают нервные импульсы, нарушается функция основных черепно-мозговых нервов, имеющих непосредственное отношение к речи (тройничный, лицевой, подъязычный, языкоглоточный, блуждающий нервы).

*Тройничный нерв* иннервирует жевательные мышцы, нижнюю часть лица. При поражении - трудности в открывании и закрывании рта, жевании, глотании, движениях нижней челюсти. Лицевой нерв иннервирует мимическую мускулатуру лица. При поражении - лицо амимично, маскообразно, тяжело зажмурить глаза, нахмурить брови, надуть щеки.

*Подъязычный нерв* иннервирует мускулатуру двух передних третей языка. При поражении - ограничивается подвижность языка, возникают затруднения в удержании языка в заданном положении. Языкоглоточный нерв иннервирует заднюю треть языка, мышцы глотки и мягкого неба. При поражении - возникает носовой оттенок голоса, наблюдается снижение глоточного рефлекса, отклонение маленького язычка в сторону. Блуждающий нерв иннервирует мышцы мягкого неба, глотки, гортани, голосовых складок, дыхательную мускулатуру. Поражение ведет к неполноценной работе мышц гортани и глотки, нарушению функции дыхания.

**В раннем периоде развития ребенка эти нарушения проявляются следующим образом:**

*Грудной возраст*: вследствие паретичности мышц языка, губ затруднено грудное вскармливание - к груди прикладывают поздно (3-7 сутки), отмечается вялое сосание, частые срыгивания, поперхивание.

*На раннем этапе развития речи* у детей может отсутствовать лепет, появляющиеся звуки имеют гнусавый оттенок, первые слова появляются с опозданием (к 2-2,5 годам). При дальнейшем развитии речи грубо страдает произношение практически всех звуков.

При дизартрии может иметь место *артикуляторная апраксия* (нарушение произвольных движений артикуляционных органов). Артикуляторная апраксия может возникнуть в связи с недостаточностью кинестетических ощущений в артикуляторной мускулатуре. Нарушения звукопроизношения, обусловленные артикуляторной апраксией, отличаются двумя характерными особенностями: искажаются и изменяются звуки, близкие по месту артикуляции, нарушение звукопроизношения не постоянно, т.е. ребенок может произносить звук и правильно, и неправильно.

**Классификации дизартрии по степени выраженности**

*Анартрия -* полная невозможность произносительной стороны речи

*Выраженная* *дизартрия* - ребенок пользуется устной речью, но она нечленораздельная, малопонятная, грубо нарушено звукопроизношение а также дыхание, голос, интонационная выразительность

*Стертая дизартрия* - все симптомы (неврологические, психологические, речевые) выражены в стертой форме. Стертую дизартрию можно спутать с дислалией. Отличие в том, что у детей со стертой дизартрией наблюдается наличие очаговой неврологической микросимптоматики.

**По локализации поражения**

При поражении периферического двигательного нейрона и его связи с мышцей возникает периферический паралич. Периферический паралич характеризуется отсутствием или снижением рефлексов, мышечного тонуса, атрофией мышц. Все это объясняется прерывом рефлекторной дуги. Центральный паралич возникает при поражении центрального двигательного нейрона в любом его участке (двигательная зона коры головного мозга, ствол головного мозга, спинной мозг). Прерыв пирамидного пути снимает влияние коры головного мозга, что ведет к усилению возбудимости периферического сегментарного аппарата. Для центрального паралича характерна мышечная гипертония, гиперрефлексия, наличие патологических рефлексов и патологических синкинезий.

При периферическом параличе страдают произвольные и непроизвольные движения, при центральном - преимущественно произвольные. Для периферического паралича характерно диффузное нарушение артикуляционной моторики, при центральном - нарушены тонкие дифференцированные движения. Наблюдаются различия и в мышечном тонусе: так, при периферическом параличе тонус отсутствует, а при центральном - преобладают элементы спастичности. При периферическом параличе (бульбарная дизартрия) артикуляция гласных сводится к нейтральному звуку, гласные и звонкие согласные оглушены. При центральном параличе (псевдобульбарная дизартрия) артикуляция гласных отодвинута назад, согласные могут, как озвончаться, так и оглушаться.

По проявлениям (построена на основе синдромологического подхода):

* спастико-паретическая дизартрия
* спастико-ригидная дизартрия
* спастико-гиперкинетическая дизартрия
* спастико-атактическая дизартрия
* атактико-гиперкинетическая дизартрия

Данная классификация учитывает и дифференцирует прежде всего неврологическую симптоматику. Выделение формы дизартрии по этой классификации возможно лишь при участии невропатолога. Итак, основным отличительным признаком дизартрии от других нарушений произношения является то, что в этом случае страдает не произношение отдельных звуков, а вся произносительная сторона речи. Так же дизартрия может наблюдаться как в тяжелой, так и в легкой форме.

**Этиология дизартрии.**

Дизартрия является симптомом тяжелого мозгового поражения или недоразвития бульбарного или псевдобульбарного характера, которые могут затрагивать целый ряд мозговых систем: корково-бульбарную (или пирамидную), мозжечковую, ретикулярную формацию, корковую прецентральную и постцентральную речедвигательные зоны. Дизартрическое расстройство может быть симптомом ДЦП.

Причины ДЦП и дизартрии изучены недостаточно.

Для разработки приемов логопедического обследования дошкольников, страдающих стертыми формами дизартрии, были использованы в адаптированном варианте материалы, опубликованные в работах Н.С. Жуковой, Е.М. Мастюковой, Т.Б. Филичевой, Л.С. Волковой.

Обследование включало следующие разделы:

*Данные, взятые из личных дел, из беседы с родителями, воспитателями.*

Возраст ребенка, время приема в детское учреждение, дата поступления в логопедическую группу, фиксировались сведения о родителях, об условиях в семье, приводилась психолого-педагогическая характеристика, данная воспитателем.

*Анамнез (его оценка по заключению специалистов).*

Наличие наследственной отягощенности; которая по счету беременность; протекание данной беременности в первую и вторую половину; крик ребенка; вес и рост; дата выписки из родильного дома; особенности раннего постнатального развития; вскармливание.

*Раннее психомоторное развитие* (когда стал удерживать голову, самостоятельно сидеть, стоять, ходить, когда появились первые зубы).

*Речевое развитие* (время появления и характер гуления, лепета, первых слов, фраз, течение речевого развития, речевая среда).

*Перенесенные заболевания* в раннем возрасте (до года и после года): соматические, инфекционные, ушибы, травмы головного мозга, судороги при высокой температуре.

*Состояние биологического слуха.*

Заключения врача - оториноларинголога. Для обследования отбирались дети с нормальным слухом.

*Строение артикуляторного аппарата.*

Отмечаются особенности в строении губ, зубов, языка, прикуса, твердого и мягкого нёба. Оценка состояния артикуляторного аппарата: "хороший", если изменений не наблюдалось, "удовлетворительный" если отмечены негрубые отклонения в строении, "неудовлетворительный", если установлены значительные или грубые отклонена в строении.

*Состояние общей моторики.*

Моторные навыки, координация движений, содружественные движения, статика.

*Состояние речевой моторики.*

Исследовались моторные навыки, координация и движения мимической и речевой мускулатуры

*Состояние импрессивной речи.*

Исследование объема и качества пассивного словаря. Наличие соответствия между словом и образом предмета. Исследования понимания обращенной речи. Соотношении между членами предложения.

*Состояние экспрессивной речи.*

Просодическая сторона речи.

*Звукопроизношение*

Произнесение гласных и согласных звуков в различных условиях Оценка Регистрация качественной стороны каждого нарушения.

*Слухопроизносительная дифференциация звуков*.

Дифференциация звуков попарно

*Фонематическое восприятие и звуковой анализ.*

Выделение начального гласного звука в слове ; подбор картинок с названиями предметов на звук; определить местоположение звука в слове; произнести слова сложного звукового состава и со стечением согласных:

*Активный словарь.*

Объем и качество активного словаря, наличие обобщающих понятий, знание слов-антонимов, умение подобрать эпитеты к словам, назвать предмет по его описанию.

*Грамматический строй речи* (функции словоизменения и словообразования)

Умение изменять имена существительные по числам, падежам; глаголы прошедшего времени - по родам, настоящего времени - по числам; умение согласовывать имена существительные с именами прилагательными в роде и числе, имена числительные (один, два, пять) с именами существительными; адекватно употреблять предлоги в речи, правильность образования уменьшительной формы существительного, относительных прилагательных, приставочных глаголов, названий детенышей домашних и диких животных (в единственном и множественном числе).

*Связная речь.*

Исследовалось состояние вопросно-ответной формы речи (беседы); составление рассказа по сюжетной картинке, по серии картинок; составление рассказа-описания игрушки (предмета), пересказ прочитанного рассказа.

**Логопедическое заключение, как главный аспект при составлении методики**

В структуре коррекционно-логопедической работы этап обоснования логопедического заключения занимает важное место, являясь закономерным итогом первичного обследования. Точное, правильно сформулированное заключение позволяет логопеду направить ребёнка в нужную специализированную группу для обучения, выбрать наиболее эффективные пути пре одоления речевого дефекта, осуществить индивидуальный подход, организовать фронтальную работу с детьми, определить динамику и прогноз речевого расстройства. От умения точно диагностировать речевое нарушение напрямую зависит результат всей коррекционной работы.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Первичное логопедическое обследование | Обоснование логопедического заключения | Перспективное планирование | Выбор путей преодоления дефекта |
| 1 этап | 2 этап | 3 этап | 4 этап |

Таким образом, у логопедов имеется возможность более длительной диагностики, в процессе которой отражается динамика развития и обучения ребенка.

При обосновании логопедического заключения следует опираться на две основные классификации нарушений речи в логопедии: клинико-педагогическую и психолого-педагогическую. Данные логопедического заключения используют либо сам логопед, если он далее осуществляет развитие и коррекционное обучение, либо передаёт их учителю, воспитателю, психологу, врачу непосредственно работающим с этим ребёнком. Логопедическое заключение и прогноз должны быть предметом профессиональной тайны логопеда и могут сообщаться конфиденциально только лицам, имеющим прямое отношение к работе с данным ребёнком. Это важное условие профессиональной этики медико-психолого-педагогического обследования.

Конечной целью диагностики должна быть помощь конкретному человеку. Процедура диагностики является этапом решения практической задачи и должна обладать практической эффективностью. Для каждого человека, имеющего нарушения речи, необходимо *разработать индивидуальный коррекционный маршрут.*

Конец формы

 **Этапы логопедической работы по коррекции дизартрии**

Логопедическая работа при стертой форме дизартрии с детьми старшего дошкольного возраста складывается из массажа, специальной логопедической гимнастики, выработки и автоматизации навыков артикуляции[3](http://www.bankreferatov.ru/referats/C325729F00717F7B43257B0B000C9318/%D0%9C%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D0%BA%D0%B0%20%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D0%BF%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B9%20%D1%80%D0%B0%D0%B1%D0%BE%D1%82%D1%8B%20%D1%81%20%D0%B4%D0%B5%D1%82%D1%8C%D0%BC%D0%B8%20%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%80%D1%88%D0%B5%D0%B3%D0%BE%20%D0%B4%D0%BE%D1%88%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE%20%D0%B2%D0%BE%D0%B7%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B0%20%D1%81%D0%BE%20%D1%81%D1%82%D0%B5%D1%80%D1%82%D0%BE%D0%B9.doc.html%22%20%5Cl%20%22_FNR_3).

Для быстрейшего достижения результатов работа должна проводиться совместно с логопедом, необходимы также консультации врача-психоневролога и специалиста по лечебной физкультуре. Для коррекции дизартрии, прежде всего, необходимо установить тесный контакт с ребенком, внимательно, бережно относиться к нему. Обучение состоит в коррекции дефекта устной речи и подготовке к усвоению грамоты. Пути компенсации зависят от природы дефекта и индивидуальных особенностей ребенка.

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

**Подготовительный этап**

**Основные его цели:** подготовка артикуляционного аппарата к формированию артикуляционных укладов, у ребенка раннего возраста - воспитание потребности в речевом общении, развитие и уточнение пассивного словаря, коррекция дыхания и голоса. Важной задачей на этом этапе является развитие сенсорных функций, особенно слухового восприятия и звукового анализа, а также восприятия и воспроизведения ритма.

Методы и приемы работы дифференцируются в зависимости от уровня развития речи. При отсутствии речевых средств общения у ребенка стимулируют начальные голосовые реакции и вызывают звукоподражание, которым придают характер коммуникативной значимости. Логопедическая работа проводится на фоне медикаментозного воздействия, физиолечения, лечебной физкультуры и массажа.

Основные направления логопедической работы на данном этапе являются:

* Воспитание потребности к правильной речи.
* Развитие и уточнение пассивного словаря ребёнка (то, что ребёнок понимает)

проводится с использованием сюжетных и предметных картинок, которые логопед называет и просит ребёнка повторить.

* Преодоление сенсорных нарушений (восприятия, внимания, памяти) проводится в виде развития слухового, зрительного внимания и восприятия, и т.д.
* Начало формы
* Формирование фонематического восприятия, дифференциации фонем, фонематического анализа и синтеза работа аналогична работе над дислалией.
* Создание условий над ритмом речи, слоговой структурой слова: условия создаются в процессе упражнений на развитие восприятия и воспроизведение различных ритмических структур, как простых, так и акцентируемых.
* Создание условий для формирования обще - двигательных и артикуляционных умений и навыков, условий для формирования и коррекции дыхательной и голосовой функций:

эти условия создаются в процессе проведения медикаментозного и физиотерапевтического воздействия, проведение лечебной физкультуры, массажа, пассивной и активной гимнастики.

**Основное в содержание этапа** - это работа по развитию артикуляционного аппарата, ей предшествует:

*Проведение дифференцированного массажа лицевой и артикуляционной мускулатуры*, в зависимости от состояния мышечного тонуса. Основными приёмами массажа являются поглаживания, пощипывания, разминания, вибрация. Характер выполнения движений так же будет определяться состоянием мышечного тонуса. Проводится работа по развитию мимических мышц лица. Постепенно развивается их дифференцированность и произвольность. С этой целью ребёнка учат открывать и закрывать глаза, хмурить брови, нос и т.д.

*Проведение работы по борьбе с солевацией, р*ебёнку объясняют необходимость проглатывания слюны.

*Проведение массажа жевательных мышц*, мешающих проглатыванию слюны, вызывают пассивно и активно жевательные движения, попросят ребёнка откинуть голову назад, затем возникает непроизвольное желание проглотить слюну. Ребёнку перед зеркалом предлагается жевать твёрдую пищу, что стимулирует движения жевательной мускулатуры, приводит к необходимости делать глотательные движения.

Произвольное закрытие рта, за счёт пассивно-активных движений нижних челюстей. Сначала пассивно, одна рука логопеда - под подбородком ребёнка, другая - на его голове, путём надавливания и сближения руками челюсти ребёнка смыкаются - движение "сплющивание". Потом это движение проделывается при помощи рук самого ребёнка, затем активно без помощи рук, с помощью счёта, команды.

*Работа по развитию подвижности губ,* рассмешить ребёнка (непроизвольное растягивание губ).Намазать губы сладким (*"слизывание"*- поднятие кончика языка вверх или вниз).Поднести ко рту длинный леденец (вытягивание губ ребёнка вперёд) тем самым ребёнок выполняет активную гимнастику. Сначала движения будут выполняться не в полном объёме, затем закрепляются в специальных упражнениях для губ (*"улыбка, "хоботок", чередование их).*

*Работа по развитию подвижности языка,* начинается с общих движений, с постепенным переходом к более тонким, дифференцированным движениям.

С этой целью целенаправленно подбираются движения, направленные на выработку нужного артикуляционного уклада, с учётом нормальной артикуляции звука и характера дефекта. Артикуляционную гимнастику лучше всего проводить в виде игр, которые подбираются с учётом возраста ребёнка и характера и степени органического поражения. Работа по формированию артикуляционной моторики будет эффективной, когда она будет сочетаться с развитием общей и ручной моторики. Эта работа проводится логопедом на логопедических занятиях, где в специальных упражнениях формируются чёткие пальцевые кинестезии, подготавливается рука к письму.

Так же можно использовать сжимание и разжимание резиновых груш, захватывание кончиками пальцев мелких предметов, мозаика, пластилин, рисование, обводка, штриховка трафаретов, вырезание, шнуровка, пришивание пуговиц и т.д.

**Этап формирования первичных произносительных умений и навыков**

**Основная его цель** - развитие речевого общения и звукового анализа.

* Коррекция движений артикуляционного аппарата.
* Развитие артикуляционного праксиса.
* Развитие дыхательны и голосовых функций.
* Коррекция произношения (постановка, дифференциация звуков).
* Формированию просодических компонентов речи.
* Обогащение словаря и преодоление аграматизмов.

Выработка контроля за положением рта. Отсутствие контроля за положением рта у детей с дизартрией значительно затрудняет развитие произвольных движений.

**Артикуляционная гимнастика.** При ее проведении большое значение имеет - развитие статико-динамических ощущений, четких артикуляционных кинестезий. Артикуляционная гимнастика дифференцируется в зависимости от формы дизартрии и тяжести поражения артикуляционного аппарата.

Продолжается работа, начатая на 1-ом этапе в виде артикуляционной гимнастики, но она усложняется и дифференцируется. На 2-ом этапе происходит коррекция неправильных и неточных движений, тренируется их сила, точность, отрабатывается координация.

В артикуляционной гимнастике на 2-ом этапе преобладают дифференцированные движения артикуляторных органов, большое внимание уделяется выполнению серий движений (предполагается умение произвольно переключаться с одного движения на другое).

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

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

**Коррекция звукопроизношения.** Используется принцип индивидуального подхода. Способ постановки и коррекции звука выбирается индивидуально.

**Работа над дыханием.**

Работа над дыханием начинается с обще-дыхательных упражнений. Цель этих упражнений - увеличение объёма дыхания и нормализация его ритма. Для достижения этой цели выполняются следующие упражнения:

Ребёнок лежит на спине, логопед сгибает ему ноги в коленях и с согнутыми ногами надавливает на подмышечные впадины. Эти движения производятся в нормальном дыхательном ритме под счёт, что способствует нормализации движений диафрагмы. Ребёнок сидит, перед его ноздрями создаётся веер воздуха. Под его влиянием усиливается глубина вдоха за счёт включения в работу мышц диафрагмы. После активной работы мышц диафрагмы проводится выработка оптимального типа физиологического дыхания. Его формирование осуществляется по подражанию, в различных положениях лёжа, сидя, стоя.

Ребёнок одну руку кладет на свою диафрагму, другую - на диафрагму логопеда. Логопед осуществляет вдох и выдох, включая в работу мышцы диафрагмы, ребёнок, ощущая движения рукой, пытается дышать так же. Затем, вызванные по подражанию движения диафрагмы, закрепляются в различных дыхательных играх.

После закрепления диафрагмального дыхания проводится работа над длительным, плавным выдохом через рот, которая осуществляется: без речевого сопровождения и с речевым сопровождением

*Работа без речевого сопровождения.*

Проводится в виде различных дыхательных упражнений с использованием разнообразных дидактических пособий, которые позволяют осуществить зрительный контроль за продолжительностью и силой выдоха через рот.

**Необходимо придерживаться правил**:

* Дыхательная гимнастика проводится до еды, в проветриваемом помещении;
* При выполнении дыхательных упражнений нельзя переутомлять ребёнка;
* При выполнении дыхательных упражнений нужно следить за позой ребёнка (прямо, Плечи расправлены, ноги, руки спокойны);
* При выдохе ребёнок не должен напрягать плечи, шею, поднимать плечи, надувать щёки;
* При выполнении дыхательных упражнений следует привлечь внимание ребёнка к ощущениям движения диафрагмы;
* Дыхательные движения лучше производить плавно, под счёт, музыку;
* Дидактический материал для дыхательных упражнений, должен быть лёгким - ватка, тонкая цветная бумага, воздушный шар, и т.д.; должен располагаться обязательно на уровне рта.

*Работа с речевым сопровождением.*

Проводится работа при произнесении различного по сложности речевого материала, на длительном плавном выдохе. Одни методисты рекомендуют с произнесения гласных звуков, другие с щелевых, глухих согласных:

* Пение гласных на выдохе - "*ниточка";*
* Произнесение сочетаний 2-х, 3-х, 4-х гласных на длительном, плавном выдохе (нужно следить, чтобы между гласными не делались паузы для дополнительного вдоха);
* Произнесение изолированных щелевых, глухих согласных (при вдохе - звук);
* Произнесение щелевых, глухих согласных с сочетанием гласных (*А-со-су-сы; А-фа-ха-ша);*
* Произнесение слов на плавном выдохе, сначала мало слоговых, затем много слоговых, сначала с ударением на 1-ый слог, затем меняется ударение;
* Постоянное распространение фразы на длительном плавном выдохе (сделать вдох - затем "*птицы" - "птицы летят" - "птицы летят в небе" - "птицы летят в небе на* *юг"*и т.д.).

Количество слов, произносимых ребёнком на одном выдохе, определяется возрастом.

**Работа над голосом.**

Проводится параллельно с работой над дыханием, сочетается с физиотерапевтическим, медикаментозным лечением и дифференцированным массажем.

В случае выраженной дизартрии работа начинается с обучения ребёнка произвольно открывать и закрывать рот, именно эти движения (нижней челюсти), выполняемые в полном объёме, обеспечивают нормальное голосообразование и свободную подачу голоса.

Для выработки движений нижней челюсти используется специальная модель, представляющая собой, ярко окрашенный шарик, привязанный к верёвке. Ребёнок берёт рукой за шарик и в момент опускания челюсти, он тянет его вниз, затем это же движение выполняется с закрытыми глазами, с целью усиления кинестетических ощущений. Потом отрабатываются эти же движения при произнесении гласных звуков и различных звука - подражаний. После того как обеспечивается свободная подача голоса, снятие голосовой зажатости, для развития голоса используются голосовые (ортофонические) упражнения. Цель упражнений - развитие координационной деятельности дыхания, артикуляционной фонации и отработка основных акустических характеристик голоса (сила, высота, тембр). Например: прямой счёт с увеличением голоса или обратно (сила голоса), или оооо и оооо и т.д. (используются такие упражнения на развитие высоты голоса, модуляции).

Всё это отрабатывается в специальных голосовых упражнениях. Голосовые навыки закрепляются в чтении сказок, при сюжетно - ролевых играх, в русских народных сказках.

**Работа над произношением.**

Работа над произношением является основным этапом. Особенностями работы при дизартрии является следующее:

Работа по коррекции дефектов звукопроизношения при дизартрии должна быть направлена на улучшение речевой коммуникации и социальной адаптации.

Работа над отдельными звуками должна проводиться в определённой последовательности. Начинать с тех звуков, артикуляция которых наиболее сохранна. И из числа дефектных звуков начинать работу со звуков раннего онтогенеза.

При коррекции дефектов звукопроизношения необходимо учитывать так же характер и распределение спастических и паретических проявлений в речевой мускулатуре.

При выраженной дизартрии на первых порах не удаётся добиваться чистого звучания звука, поэтому можно переходить к работе над другими звуками, довольствуясь неполной частотой звучания. Работа над произношением проводится параллельно с развитием фонематических функций (фонематического восприятия, дифференциации, фонематического анализа и синтеза). Сами приёмы постановки, автоматизации и дифференциации звуков такие же, как при коррекции любых звукопроизносительных расстройств.

**Работа над просодической стороной речи.**

Большое внимание уделяется воспитанию правильного темпа и ритма речи, путём обучения произвольно изменять темп речи, выделять ударные слоги в структуре высказывания и правильно чередовать их с безударными слогами, соблюдать правильные паузы.

Коррекция нарушений темпа речи сочетается с работой по развитию общих движений на **логоритмических занятиях**.

Развитию мелодико-интонационной речи способствуют голосовые упражнения, направленные на развитие основного тона высказывания. Сформированные в специальных упражнениях навыки темпо-ритмического, интонационного оформления речи закрепляются в эмоционально окрашенном речевом материале (чтение сказок, инсценировок и т.д.). При подборе такого материала обязательно учитывается возраст детей и программные требования обучения. Так в дошкольном возрасте это Барто, Маршак и т.д., а в школьном - Крылов, стихи Пушкина, Некрасова. Старше - Маяковский и т.д.

**Этап формирования коммуникативных умений и навыков**

Автоматизация и дифференциация звуков на более сложном речевом материале.

Формирование произносительных навыков в различных ситуациях общения, путём осторожного и постоянного расширения круга общения, создание проблемных ситуаций.

Таким образом, система логопедического воздействия при дизартрии имеет комплексный характер: коррекция звукопроизношения сочетается с формированием звукового анализа и синтеза, развитием лексико-грамматической стороны речи и связного высказывания. Спецификой работы является сочетание с дифференцированным артикуляционным массажем и гимнастикой, логопедической ритмикой, а в ряде случаев и с общей лечебной физкультурой, физиотерапией и медикаментозным лечением.,5).

Из всего вышеизложенного можно сделать вывод о том, что логопедическая работа при дизартрии структурирована и имеет целенаправленный характер. каждому этап работы соответствует определенное направление. Подготовительный этап направлен на подготовку артикуляционного аппарата к формированию артикуляционных укладов. На этапе формирования первичных коммуникативных произносительных навыков происходит развитие речевого общения и звукового анализа. Этап формирования коммуникативных умений и навыков отличается автоматизацией и дифференциацией звуков на более сложном речевом материале; формированием произносительных навыков в различных ситуациях общения, путём осторожного и постоянного расширения круга общения, создание проблемных ситуаций; коррекцией лексико-грамматических нарушений.

**Заключение**

Методика логопедической работы значительно видоизменяется в зависимости от возраста ребенка вообще и в зависимости от возраста, в котором заболевание у ребенка возникло. Чем раньше в жизни ребенка возникла дизартрия, тем больше в клинической картине симптомы первичной двигательной недостаточности начинают сопровождаться симптомами системного недоразвития речи в целом. Соответственно логопедическая методика становится все более многоплановой, направленной, например, не только на тренировку парализованной речевой мускулатуры, но и на выработку и автоматизацию навыков артикуляции, воспитание фонематического анализа слов, обогащение словаря и пр.

Точно так же методика логопедической работы осложняется с возрастанием распространенности поражения мозга и, следовательно, с усложнением патогенеза дизартрии. Для того чтобы и в этих условиях логопедическая методика была патогенетически обоснованной, необходимо видеть в сложной клинической картине ее принципиальные компоненты. А для этого нужно знать, как выглядят эти компоненты, и какие приемы логопедической работы этой форме дизартрии соответствуют. Задача логопеда совместно с родителями убедить ребенка в том, что речь можно исправить, можно помочь малышу стать таким, как все. Важно заинтересовать ребенка так, чтобы ему самому захотелось участвовать в процессе коррекции речи. А для этого занятия не должны быть скучными уроками, а интересной игрой.