***Учитель-логопед Полянская Марина Алексеевна ГБОУ СОШ №329***

***Секция: Обеспечение педагогической поддержки семьи и повышение компетентности родителей в вопросах развития и образования, охраны и укрепления здоровья детей*.**

**Логопедические технологии, используемые в работе с детьми с дизартрией.**

В логопедии дизартрия входит в тройку наиболее распространенных форм нарушений устной речи, по частоте уступая лишь дислалии и опережая общее недоразвитие речи.

 Дизартрия – тяжелое нарушение речи, сопровождающееся расстройством артикуляции, фонации, речевого дыхания, темпо-ритмической организации и интонационной окраски речи, в результате чего речь теряет свою членораздельность и внятность. Среди детей распространенность дизартрии составляет 3-6%, однако в последние годы прослеживается выраженная тенденция к росту данной речевой патологии. Причины дизартрии кроются в пренатальном периоде.

Наиболее частыми факторами дизартрии выступают токсикозы беременности, гипоксия плода, резус-конфликт, хронические соматические заболевания матери, патологическое течение родов, родовые травмы, асфиксия при рождении, ядерная желтуха новорожденных, недоношенность и др.

В раннем детстве поражение ЦНС и дизартрия у ребенка может развиться после перенесенных нейроинфекций (менингита, энцефалита), гнойного среднего отита, гидроцефалии, черепно-мозговой травмы, тяжелых интоксикаций.

Логопедическая классификация основана на принципе понятности речи для окружающих и включает в себя 4 степени тяжести дизартрии:

1 степень (стертая дизартрия) – дефекты звукопроизношения могут быть выявлены только логопедом при специальном обследовании.

2 степень – дефекты звукопроизношения заметны окружающим, но в целом речь остается понятной.

3 степень - понимание речи ребенка с дизартрией доступно только его близким и частично посторонним людям.

4 степень – речь отсутствует или непонятна даже самым близким людям (анартрия).

 Дети с дизартрией, являются носителями органического поражения ЦНС. Необходимо психологическое и логопедическое сопровождение родителей, а также обучение родителей методам коррекции дизартрии. К этим методам относят:

1. Затормаживание гиперкинезов (тремор языка);

2. Нормализация мышечного тонуса с помощью массажа;

3. Развитие дыхания;

4. Развитие артикуляционной моторики;

5. Сенсорное воспитание;

6. Развитие интонационной выразительности речи;

7. Развитие звукопроизношения, словаря и грамматического строя речи.

**Затормаживание гиперкинезов (тремор языка).** При наличии насильственных движений необходимо сразу начать работу над их затормаживанием. Главное внимание уделяют не динамике, а статике движения и даже состоянию полного покоя. Например, перед ребенком ставится задача: открыть рот и постараться при этом затормозить подергивание губ, лежащего во рту языка, или высунуть язык и проследить за тем, чтобы он лежал спокойно, без подергиваний. Ребенок контролирует свои достижения зрительно, сидя перед зеркалом. Логопед вслух считает: «Раз, два, три…» - и это служит мерой того времени, в течение которого ребенку удается затормозить насильственные движения. Такая же работа должна проводиться дома под непосредственном контролем родителей.

**Нормализация мышечного тонуса с помощью массажа.** Логопедический массаж – активный метод механического воздействия, который изменяет состояние мышц, нервов, кровеносных сосудов и тканей периферического речевого аппарата. К основным *приемам массажа* относятся: поглаживание, растирание, разминание, вибрация и покалачивание, плотное нажатие.

*Цели логопедического массажа:*

- нормализация мышечного тонуса общей, мимической и артикуляционной мускулатуры;

- уменьшение проявления парезов и параличей мышц артикуляционного аппарата;

- снижение патологических двигательных проявлений мышц речевого аппарата;

- увеличение объема и амплитуды артикуляционных движений;

- формирование произвольных, координированных движений органов артикуляции;

- активизация тех групп мышц периферического речевого аппарата, у которых имелась недостаточная сократительная активность.

В своей практике я наблюдала шестерых детей с дизартрией. Наиболее эффективным методом коррекции речевого нарушения послужил массаж лица и языка. Он проводился в течение двух месяцев два раза в неделю логопедом и дома родителями. У детей прекратились непроизвольные движения языка, губ и можно было переходить к коррекции звукопроизношения.

**Развитие дыхания.** Однимиз постоянных признаков дизартрии является нарушение речевого дыхания, которое выражается в следующих показателях: недостаточный объем вдыхаемого воздуха перед началом речевого высказывания, укороченный речевой выдох, несформированность координаторных механизмов между речевым дыханием и фонацией.

 Работа по *формированию речевого дыхания* включает в себя следующие этапы:

- Расширение физиологических возможностей дыхательного аппарата;

- Формирование длительного фонационного выдоха;

- Формирование речевого выдоха.

*Методические указания:*

- ребенок не должен фиксировать внимание на процессе вдоха и выдоха;

- упражнения организуются в виде игры;

Упражнения включают выдох с произнесением согласных или фонацией гласных звуков. Используется ряд упражнений, которые легко выполняются в домашней обстановке под руководством мамы.

**Развитие артикуляционной моторики.** Нарушение тонуса мышц у детей с дизартрией не позволяет начинать развитие артикуляционной моторики с активных упражнений. Целью пассивной артикуляционной гимнастики является включение в процесс артикулирования новых групп мышц до этого бездействовавших или увеличение подвижности мышц. Пассивная гимнастика создает условия для формирования произвольных движений речевой мускулатуры. Гимнастика совершается под зрительным контролем. Пассивные движения осуществляются сериями по 3-5 движений. Зрительный контроль развивается постепенно. Постепенно возникает ощущение и запоминание движений, его оценка. Активная гимнастика выполняется после того, как восстановлены или развиты движения при пассивном их выполнении. Целью активной гимнастики является увеличение объема движений, их точности, переключаемости, скорости.

**Сенсорное воспитание** детей с дизартриейвключает развитие зрительного, слухового, тактильного и кинестетического восприятия. Оно имеет большое значение для становления познавательной деятельности ребенка, для формирования у него высших психических функций, что является необходимой предпосылкой для обучения в школе. Формирование устной речи у детей с дизартрией существенно оптимизируется при адекватном сенсорном воспитании, так как сенсорные и речевые нейрофизиологические зоны находятся в одном полушарии мозга и оказывают положительное влияние друг на друга.

**Развитие интонационной выразительности речи.** У детей с дизартрией голос обычно недостаточно модулирован, интонации плохо развиваются. Работа над голосом предполагает:

развитие силы и динамического диапазона голоса;

формирование навыков рациональной голосоподачи и голосоведения;

развитие мелодических характеристик голоса.

**Развитие звукопроизношения, словаря и грамматического строя речи.**

При дизартрии нарушение речевых кинестезий вызывает отклонения в формировании фонематического восприятия, которые могут носить вторичный характер. Нередко наблюдается фонетико-фонематическое недоразвитие речи. Формирование звукопроизношения включает в себя развитие ощущений артикуляционных движений и артикуляционного праксиса. К этим ощущениям необходимо привлекать внимание ребенка, начиная упражнения с обязательным сопровождением зрительного контроля постановки позы. При работе над звукопроизношением важно выявить сохранные компенсаторные возможности ребенка, т.е. работа логопеда всегда строится с опорой на сохранные звенья.

Методика формирования устной речи у детей с дизартрией включает в себя *пять основных этапов:*

1. Развитие понимания речи;
2. Расширение объема понимания чужой речи;
3. Развитие грамматической стороны речи;
4. Формирование простейших навыков связной речи;
5. Построение сложносочиненных и сложноподчиненных предложений.

Медико-педагогическая работа по предупреждению дизартрии у детей с перинатальным поражением головного мозга должна начинаться с первых месяцев жизни. Профилактика дизартрии в раннем детском и взрослом возрасте заключается в предупреждении нейроинфекций, травм головного мозга, токсических воздействий.

Только рано начатая, систематическая логопедическая работа по коррекции дизартрии может дать положительные результаты. Большую роль в успехе коррекционно-педагогического воздействия играет терапия основного заболевания, усердие самого ребенка и его родителей, которые неукоснительно выполняют все рекомендации логопеда. При этих условиях на практически полную нормализацию речевой функции можно рассчитывать в случае стертой дизартрии. Овладев навыками правильной речи, такие дети могут успешно обучаться в общеобразовательной школе, а необходимую логопедическую помощь получают в поликлиниках или на школьных Логопунктах.