Формирование психической активности для обучения новым навыкам звуковой системы речи

Для успешных логопедических занятий необходимо пе­рестраивать психологическое состояние детей, внушать им активное стремление к нормализации своей речи.

Необходимо оживить «функциональную тенденцию» к совершенствованию речи, которая свойственна детям в воз­расте от 1 года до 5 лет. Известно, что дети раннего возраста не прилагают больших волевых усилий для формирования фонетической системы своей речи, так как у них непроизволь­но действует «языковая установка», фиксированная уста­новка в определенном направлении к речевой деятельности (Д. Н. Узнадзе). Эта естественная в норме «функциональная тенденция» к совершенствованию звучащей речи отсутству­ет у детей с врожденными речедвигательными расстройства­ми из-за затруднений подвижности речевых мышц.

«Языковую установку» следует пытаться формировать логопеду на специальных психотерапевтических занятиях. Главная задача логопеда — быстро и естественно завоевать доверие ребенка, внушить ему недовольство своей речью и потребность в ее совершенствовании.

Психотерапевтические занятия проводятся индивиду­ально, иногда в присутствии интересующих ребенка детей и взрослых. Когда ребенок осознает неудобства имеющих­ся у него дефектов произношения, ему следует внушать уве­ренность в возможности исправления речи.

Личная активность и потребность совершенствовать речь формируется только в условиях коммуникации в коллекти­ве. Поэтому после такой перестройки психического состоя­ния детей логопед совместно с воспитателем отделения дол­жен разъяснить всему коллективу детей стоящие перед ними задачи по восстановлению произносительных функций. Важ­но постоянно поддерживать у детей «языковую установку».

Итак, для создания у ребенка произвольной личностной активности в перестройке речи необходимы:

—речевое воздействие взрослого, стимулирующего опре­деленную деятельность, дающего представление об ожидае­мом эффекте;

—выработка у ребенка потребности в совершенствовании своего произношения не только для себя, но и для любимых им лиц (родителей, воспитателей, логопеда);

—эффект сравнения собственной речи ребенка до заня­тий и улучшенной речи, а также сравнение динамики изме­нения речи у его товарищей по занятиям (с помощью магни­тофонных записей);

— включение системы поощрения и наказания, прини­маемой ребенком;

— постоянное стимулирующее воздействие среды.

В коллективе больных с дизартриями желательно присут­ствие детей с хорошей или просто понятной речью.

формирование коллектива детей, у которых одни задачи по улучшению произношения — главная цель начального зве­на логопедической работы. Именно это позволит перевести знания и умения, получаемые детьми на индивидуальных занятиях, в навыки речи. Академическая манера обучения для детей с подобными расстройствами речи неприемлема вследствие ранимости и повышенных возбудимости и тормозимости коммуникативной функции речи у детей с церебраль­ными параличами.

**Формирование фонетической системы речи у детей с ди­зартриями и анартриями.**При формировании новых произ­носительных способностей у детей с анартриями и при нор­мализации произношения у детей с дизартриями нужно стремиться сначала ослабить проявления расстройств иннер­вации речевого аппарата.

Расширяя возможности движений речевых мышц, мож­но рассчитывать на лучшее спонтанное включение этих мышц в артикуляционный процесс, что в свою очередь по­высит качество звуковой системы речи.

На занятиях следует использовать средства логопедичес­кой лечебной физкультуры, массажа. Эти средства нормали­зации речевой моторики применяются в логопедической практике давно (О. В. Правдина, А. Г. Ипполитова, 1958), однако приемы дифференцированного массажа, а также диф­ференцированной пассивной и активной гимнастики в лого­педической практике разработаны недостаточно. Мы предла­гаем различные способы проведения массажа, пассивных и активных движений в зависимости от характера неврологи­ческих расстройств речевых мышц у данного ребенка.

Теоретической предпосылкой для применения этих при­емов служат указания М. Б. Эйдиновой, О. В. Правдиной-Винарской, К. А. Семеновой, С. А. Бортфельд, В. Б. Брил­лиантовой.

Приводим краткое описание основных методов проведения лечебной логопедической работы у детей со спастическим парезом, тоническими расстройствами, гиперкинезом, атаксией.

**Логопедическая коррекционная работа при спастичес­ком парезе артикуляционных мышц.**Выработку активных произвольных движений лучше производить после массажа **и**пассивных упражнений лицевой и язычной мускулатуры.

Массаж лицевой и язычной мускулатуры. Перед массажем следует провести консультацию с врачом по лечебной физкультуре или невропатологом о сохранности или отсутствии кожно-мышечной реакции у данного ребен­ка (у ребенка может быть чрезмерная напряженность мышц при прикосновении к лицу ребенка).

Сначала выполняется плоскостное поглаживание. Дви­жения мягкие и едва ощутимые; начинать движение надо от подбородка с двух сторон к височным впадинам. Погла­живание следует производить скользящими движениями рук, сначала едва касающимися кожи, затем легко надав­ливающими на мышцы. Более усиленно надавливать на места прикрепления мышц и переплетения их. Глубокое поглаживание надо осуществлять в доступных для изо­лированного действия мышцах: лобной, щечной, четыре­хугольной мышцах верхней и нижней губ, треугольных, подбородочной, круглой мышцах губ, мышцах, отводящих губы в стороны. После непрерывного глубокого поглажи­вания (5—6 движений) нужно переходить к обхватываю­щему непрерывному и прерывистому поглаживанию.

Следующий прием — вибрация. Вибрацию можно произ­водить ручным методом и при помощи механических при­боров-вибраторов: передача тканям мелких быстрых, чере­дующихся колебательных движений, которые проводятся ритмично, одно за другим. Вибрация оказывает глубокое и разностороннее действие на мышцы, изменяя внутритканевый обмен, вызывает сильное сокращение мышц, улучшает трофику тканей, придает им большую упругость. Массаж продолжать 3—5 мин.

Принципиальной разницы между массажем мышц лица и языка нет. При массаже языка важно детальнее массиро­вать продольные, вертикальную и поперечную мышцы. Дви­жения следует осуществлять как по горизонтали, так и по вертикали. Особенно надо обращать внимание на массаж подъязычных мышц (которые нащупываются шейной мускулатуре), а также мышц передней области щей, грудино-ключично-сосковой мышцы и гортани. Для вибрации на гортани следует захватить ее большим и указа­тельным пальцами и производить ритмические колебатель­ные движения в продольном и поперечном направлениях.

При появлении неприятных ощущений и быстрой сонли­вости массаж приостанавливается.

Пассивное формирование артикуляцион­ных и мимических движений. Пассивные упраж­нения помогают включить в речевую деятельность новые группы мышц или увеличить интенсивность мышц ранее включенных. После массажа можно производить пассивно-активную гимнастику лицевых и язычных мышц.

Каждое пассивное движение логопед делает только после того, как ребенок попробует выполнить это движение актив­но и убеждается в нарушении его выполнения. Предвари­тельно надо объяснить и показать ребенку недостатки его движений.

Направление, объем и траектория пассивных движений те же, что и активных. Их отличия от активных движений: время включения и выключения из движений, фиксация, полнота объема, чистота выполнения (относительная) не за­висят от ребенка. Все это создает логопед, оформляя схему движения, объясняя ее ребенку и требуя от него зрительно­го контроля. Включение в движение осуществляется толь­ко на фоне покоя лицевой и язычной мускулатуры; после выполнения движения необходимо повторно ослабить на­пряжение мышц. Нельзя начинать повторное движение, если мышца еще не пришла в состояние расслабления.

Пассивные упражнения осуществляются сериями по 3 5 движений. Ребенку предлагается осознать три стадии каждого движения: вход, фиксация, выход. Нужно воспи­тать у ребенка потребность повторить упражнение, зритель­но контролировать и оценивать каждое движение, ощущать, запоминать его.

Применяются следующие пассивные упражнения: вытя­гивание губ с фиксацией мышц (включение только круглой мышцы губ); улыбка, растягивание губ с фиксацией ниж­ней челюсти; попеременное растягивание каждой стороны губ с фиксацией противоположной (включение соответству­ющих мышц, отводящих губы в стороны); спокойное смы­кание губ при вынужденном раскрытии рта; опускание губ вниз поочередно нажатием на соответствующие мышцы; от­ведение нижней губы вниз — в стороны (гримаса «презре­ния») нажатием на треугольные мышцы; надавливание ла­донями на щечные мышцы; выдвигание губ вперед, как при утрированном произнесении звука *щ;*быстрое смыкание и размыкание губ; круговые движения верхней и нижней губ; закрывание глаз, поднятие бровей, нахмуривание их.

Активное формирование артикуляцион­ных и мимических движений. При выполнении активных движений в мимической и язычной мускулатуре надо обращать внимание на формирование следующих качеств: полноту объема движения; точное включение определенных мышц в выполнение заданного движения, дифференцированность включения артикуляционной мото­рики; включение и выполнение без выраженного латентного периода (допустимый латентный период до 2 с); увеличение (последовательное) времени фиксации определенной артику­ляционной позиции; быстрое выключение из движения без нарастания тонуса в соседних и работающих мышцах; интен­сивность выполнения движения; силовое включение в сопро­тивление (рывками или плавное) требуемому движению; сим­метричность включения речевых мышц обеих сторон при выполнении требуемого положения.

Формируя активные движения, логопед тем самым фор­мирует качество иннерваторного импульса — быстроту, точ­ность, силу его, а следовательно, создает лучшую базу для организации речевых движений во время речевого процесса. Восстановительная работа по нормализации речевой моторики — это формирование движений, лучших по объему, амплитуде, силовому напряжению, плавности, симметричности, дифференцированности, скорости включения и переключения. При этом ребенку объясня­ют, каким должно быть каждое движение, и настраива­ют его на определенные произвольные усилия.

Избирательно применяя приемы массажа и пассивной гимнастики и вырабатывая дифференцированность включе­ния мышечных групп мимической и язычной мускулатуры, логопед тем самым повышает степень кинестетического кон­троля артикуляционной моторики и, следовательно, диффе­ренцированность и точность произвольного импульса во вре­мя речевого процесса.

Применяются следующие упражнения для управления подвижностью мышц, необходимой для артикуляционного акта тренировки.

Упражнения для круговой мышцы губ: 1) смыкание губ (обычное, плотное и очень плотное), челюсти сомкнуты и разомкнуты; 2) прижимание губ к зубам и деснам верхней и нижней челюстей; 3) размыкание губ при закрытом и откры­том рте; 4) размыкание только средней части губ при сомк­нутых углах губ; 5) движение то одного, то другого угла губ без смещения их в сторону; 6) медленное вытягивание губ и такое же медленное возвращение их в состояние покоя; 7) мгновен­ное смыкание губ с разрывом, типа «поцелуй».

Большое значение следует придавать синхронному вклю­чению круглой мышцы губ в движение одновременно с на­пряжением щечных мышц. Эта синергия постоянно необхо­дима в речи, и от ее качеств зависит быстрота и точность произнесения слов.

Упражнения для включения круговой мышцы губ в дви­жение: 1) вялый губной выдох (струя воздуха направлена под губы, щеки надуваются не напряженно); 2) набирание воз­духа поочередно то под одну губу, то под другую (одна губа фиксирующая, другая — надувающая); 3) целевой губной выдох (дуть в определенном направлении, что заставляет придать губам положение симметричного напряжения с оп­ределенной конфигурацией их); 4) выдувание воздуха пооче­редно каждым углом губ, с фиксацией другого (надувается Щека расслабленного угла губ, противоположная щечная мышца сильно напрягается); 5) выдувание воздуха с напря­женными и расслабленными щеками.

Упражнения для верхней квадратной мышцы губы: 1) поднимание верхней губы с обнажением зубов (плакси­вое выражение лица); 2) опускание верхней губы вниз и за зубы.

Упражнения для нижней квадратной мышцы губы: 1) опускание губы вниз — кнаружи; 2) введение ее внутрь за 3Убы; 3) выворачивание ее кнаружи.

Упражнение для «собачьей» мышцы: оттягивание углов рта кверху и кнаружи.

Упражнения для мышцы смеха: 1) оттягивание углов рта поочередно кнаружи горизонтально; 2) оттягивание углов рта совместно в стороны.

Упражнение для скуловой мышцы: оттягивание углов рта кверху (углубление носо-губной складки, образование мор­щин на коже щек).

Упражнение для лобной мышцы: поднимание бровей, об­разование продольных морщин.

Упражнения для мышц глаз: 1) мигание век; 2) обычное и плотное закрывание глаз.

Для тренировки управления подвижностью язычной мус­кулатуры проводят следующие упражнения.

Упражнения для подбородочно-язычной мышцы: 1) выд­вигание языка вперед (задние пучки); 2) втягивание языка назад, внутрь (передние пучки), следует обращать внимание на парную антагонистическую деятельность различных во­локон этой мышцы при смене выдвигания и втягивания язы­ка; 3) сокращение всех мышц — придавливание языка ко дну ротовой полости с кончиком, отодвинутым от зубной дуги и изогнутым книзу; увеличение и уменьшение просве­та между спинкой и нёбом.

Упражнения для подъязычной мышцы: оттягивание язы­ка вниз — назад симметрично с обеих сторон и поочередно с каждой стороны.

Упражнения для шило-подъязычной мышцы: 1) оттяги­вание языка вверх — в сторону — назад; 2) приподнимание вверх и прижимание средней части языка к боковым зубам верхней челюсти; 3) оттягивание корня языка назад — вверх; 4) растягивание и приподнимание кончика вверх.

Все эти мышцы не видны, и об их работе можно судить по выполнению перечисленных выше упражнений.

Упражнение для поперечной мышцы: суживание языка и заострение его, одновременное округление его средней ча­сти в поперечном направлении.

Антагонистическим противодействием суживанию может служить включение шило-подъязычной мышцы, которая растягивает язык в ширину.

Упражнения для верхнепродольной мышцы: 1) укорачи­вание языка (ребенок пытается сделать его толще и шире, оттянуть немного назад); 2) выгибание спинки языка в про­дольном направлении и одновременно приподнимание кон­чика языка.

Упражнения для нижнепродольной мышцы: укорачива­ние языка, выгибание его и одновременное загибание кон­чика вниз.

Упражнения для вертикальной мышцы (антагонистичес­кая поперечная мышца): 1) расслабление языка после сужи­вания; 2) напряжение краев и кончика языка при расплас­тывании.

Характер действия отдельных мышц при выполнении перечисленных упражнений зависит не только от участия изолированных мышц, которые логопед пытается трениро­вать, но и от одновременного действия соседних, их тони­ческого состояния.

После тренировки дифференцированного включения в движения многих мышц языка следует переходить к спе­циальным упражнениям, имеющим артикуляционное зна­чение:

1) дорсальная позиция, необходимая для произнесения мно­гих переднеязычных звуков (т, *ть, д, дь, с, сь, з, зь, ц, нь);*

2) альвеолярная позиция без оттягивания кончика язы­ка, необходимая для произнесения альвеолярных звуков (л, *лъ,р,ръ);*

3) вакуминальная позиция с оттягиванием кончика языка, необходимая для произнесения шипящих звуков *(щ, ш, ж);*

4) присасывание спинки языка к нёбу при выгибании ее, имеющее значение для произнесения звука ч;

5) смыкание корня языка с нёбом, необходимое для про­изнесения заднеязычных звуков *(к, кь, г, гь)\*

6) выгибание языка с упором кончика в нижние резцы и ритмичное оттягивание и продвигание вперед.

После упражнений по дифференцированному включению Мышц необходимо переходить к силовым нагрузкам, вызы­вая в мышцах состояние повышенного напряжения, кото­рое должно перейти в состояние большого расслабления.

Для того чтобы артикуляции осуществлялись плавно, точ­но» ритмично, мышцы должны быть достаточно гибкими, эластичными, сильными. Формированию этих качеств спо­собствует динамическая изотоническая и статическая изомет­рическая гимнастика. Изотоническая гимнастика тренирует сокращение мышцы, которое сопровождается изменением ее длины.

Изометрическая работа более утомительна, так как из мышцы, находящейся в состоянии изометрического сокра­щения, выходит непрерывный поток импульсов, направля­ющихся в нервные центры, которые вследствие этого быст­ро утомляются. Вместе с этим уменьшается приток крови в мышцу. Динамические изотонические упражнения прово­дятся так же, как описанные выше активные движения, но с включением элементов сопротивления вытягиванию и втя­гиванию языка, выдвиганию и раздвиганию губ и т. д.

В этих упражнениях логопеду, удерживающему мышцу, важно почувствовать степень и качество активного сопротив­ления ребенка, постоянно привлекая кинестетический кон­троль к этому ощущению самого ребенка. Нужно вызывать у ребенка радостные эмоции.

Вслед за включением дифференцированного сопротив­ления мышц переходят к формированию определенных ка­честв движений при той же нагрузке на мышцы (форми­рование темпа, амплитуды, интенсивности, скорости выполнения движений).

Следует стремиться на каждом занятии добиваться ощу­тимых для самого ребенка результатов. Игровая борьба, по­строенная на сознательном желании ребенка улучшить свои двигательные возможности, способствует формированию речедвигательной активности. Надо стараться воспитать в детях ощущение спортивного азарта, стремление управ­лять своими движениями для выработки эстетической, кра­сивой, хорошо озвученной и понятной речи.

Для создания большей иннервационной активности, по­вышения степени кинестетического чувства речевого ап­парата хорошо использовать задания по перемещению предметов в полости рта (различного размера круглые и плоские, легко моющиеся шарики и кружочки, различные геометрические фигуры).

Управление речевыми артикуляциями осуществляется в плане поиска нужных артикуляционных позиций для целевого оформления звука. Логопед осуществляет постоян­ный контроль за речедвигательными поисками ребенка, по­буждает ребенка контролировать свое произношение при помощи кинестезии и слуха. Основная цель данного этапа работы — выбрать точное направление артикуляционного движения, приводящего к нормированному произнесению ряда согласных, гласных звуков. Мы считаем, что только последовательное произнесение звукового ряда в системе слогов и слов помогает ребенку выработать механизм авто­матизированных артикуляционных действий. Выбор нуж­ных, новых для ребенка артикуляционных движений осу­ществляется постепенно.

**Логопедическая коррекционная работа при спастико-ригидном синдроме в речевой мускулатуре.**Перед выбором приемов ЛФК необходимо выяснить положения и движения мышц, при которых тонус может уменьшиться или увели­читься, постоянство и лабильность его, влияние сопротив­ления и пассивного вмешательства на состояние тонуса, вли­яние темпа, скорости переключения и объема движения на состояние тонуса, влияние внешних раздражителей и пси­хического состояния тонуса, его изменение и перераспреде­ление. Это поможет выбрать наиболее эффективный лечеб­но-компенсаторный комплекс для каждого конкретного случая (М. Б. Эйдинова, Е. Н. Винарская).

Обратное развитие тонических расстройств происходит более эффективно на фоне физиотерапевтических процедур и медикаментозного лечения.

При подобных нарушениях речевой моторики сохраняет­ся возможность выполнения тех или иных движений губной и язычной мускулатуры, однако включение их в систему последовательных иннервации, последовательной смены речевых артикуляций приводит к нарушению плавного пе­реключения в динамическом процессе.

Тонические расстройства могут проявляться в любом от­деле речевого аппарата — в мимической, язычной, шейной, фонаторной и дыхательной мускулатуре. При данном расстройстве моторики добиваться подвижности речевых мышц можно лишь на фоне максимальной расслабленности мышц, Не Участвующих непосредственно в движении; расслабление Производится с помощью пассивной гимнастики и массажа.

Массаж лицевой, шейной и язычной мус­кулатуры. Массаж при спастико-ригидном синдроме луч­ше сочетать с элементами пассивной гимнастики. Перед про­ведением массажа ребенка желательно укладывать или усаживать в удобную позу с учетом рефлекс-запрещающего положения тела. Массаж следует начинать плоскостными поверхностными поглаживаниями по линии верхних шейных позвонков на задней поверхности. Массаж шеи нужно начи­нать с ее боков. Поглаживающие движения надо производить сверху вниз по ходу лимфатических сосудов. После массажа шейной мускулатуры нужно переходить к пассивным движе­ниям головы (круговые вращения в медленном темпе по ча­совой и против часовой стрелки), затем вновь возвращаться к массажу лицевой мускулатуры.

При спастико-ригидном синдроме наблюдается большое напряжение как оральной мускулатуры, так и мускулатуры верхнего плечевого пояса. Особенно часто повышен тонус в мышцах нижней челюсти, корня языка, верхней губы. Ос­татки шейно-тонического рефлекса и несформированность ла­биринтного рефлекса на голову всегда вызывают состояние по­вышенного тонуса в речевых мышцах. Поэтому расслабление следует начинать с мышц шеи и лишь затем переходить к при­емам ЛФК для лицевой и язычной мускулатуры.

При тонических расстройствах по типу ригидности при­меняются несколько иные приемы массажа, чем при спас­тическом парезе. В основном хорошо применять плоскостное поверхностное поглаживание, растирание; разминание надо производить в более редких случаях. Глубокое обхватываю­щее и прерывистое поглаживание при этих расстройствах не применяется во избежание возможного усиления спазма и даже появления тонического гиперкинеза. Особенно осто­рожно следует использовать «давящие приемы», так как часто давление на мышцы может вызвать ответное рефлек­торное повышение тонуса.

Логопед должен реагировать на судорожную реакцию ре­бенка и мгновенно прекращать движения, вызывающие подобную реакцию. Изменение кинестетической афферентации при логопедической лечебной физкультуре, при тони­ческих расстройствах мгновенно может вызвать ответные физиологические реакции ребенка (ослабление тонуса, появление синкинезий, гиперкинезов, повышение тонуса, бо­левые ощущения, насильственный смех и т. д.).

Приемы вибрации и разминания при спастико-ригидном синдроме не применяются.

Пассивная гимнастика для лицевой и язычной мускулатуры. Пассивная гимнастика сво­дится к воспроизведению всех активных движений с помо­щью логопеда и при созданной логопедом большей траекто­рии движения, недоступной для ребенка. Все пассивные движения проводят медленно, ритмичность выполнения их зависит от наличия тонического состояния: как только ло­гопед почувствует нарастание тонуса, он приостанавливает пассивное движение, пока не появится расслабленное состо­яние мышц. Логопед побуждает ребенка к кинестетическо­му и зрительному контролю за собой.

Основные пассивные движения: смыкание растянутого рта с фиксацией некоторых точек верхней и нижней квадратных мышц губы; опускание верхней губы с нажатием на точки прикрепления верхней квадратной мышцы, нижней части скуловых мышц; фиксация нижней губы с нажатием на точ­ки прикрепления треугольных мышц, чтобы немного припод­нять ее; медленные вращения с остановками по всей длине мышцы, отводящей углы губ в стороны, и по длине круговой мышцы губ; медленное вытягивание языка с одновременным надавливанием мышц челюстно-подъязычной группы и фик­сацией вытянутого языка до состояния напряжения в корне языка; вытягивание осуществляется не только по средней линии, а по всей линии нижней губы; медленное отодвигание языка в глубь полости рта (нарастание тонуса пережидается); пассивное загибание кончика языка к средней части в полос­ти рта и вне полости рта; прижимание языка ко дну ротовой полости (нарастание тонуса пережидается).

Пассивные движения выполняются как в горизонталь­ном, так и в вертикальном направлении. Число упражнений зависит в первую очередь от состояния тонуса: при ослабле­нии его их можно увеличивать, при усилении — уменьшать. При выполнении всех движений логопедом ребенок должен \* прислушиваться» к своему новому состоянию перифери­ческого возбуждения, торможения, учиться замечать ма­лейшие улучшения и попытаться затем их воспроизвести в упражнениях по формированию активных движений. Ре­бенок должен учиться под руководством логопеда управлять состоянием своих мышц.

**Формирование активных движений в лицевой и**язычной мускулатуре. Вырабатывая активные движения артикуля­ционной и мимической мускулатуры, как и при любом де­фекте речевых мышц, следует обращать внимание на дифференцированность их включения. Однако при тонических расстройствах приходится чаще тормозить насильственные движения, синкинезии, сопутствующие спазмы, чем при синдроме спастического пареза.

Наклонность к глобальному повышению тонуса при ак­тивных усилиях значительно осложняет речедвигательный процесс у ребенка с этим видом нарушений. Эта наклонность к повышению тонуса особенно часто обнаруживается в мыш­цах нижней челюсти, подъязычной группы, в области верх­него плечевого пояса, в проксимальных отделах конечнос­тей (от плеча до локтя). Поэтому при выработке активных движений логопеду чаще приходится применять многие при­емы пассивных упражнений и массажа, чтобы добиться бо­лее точного, устойчивого, полного движения.

**Нормализация движений нижней челюсти.**При тоничес­ких расстройствах напряжение в основном выражено в мышцах височно-челюстного сустава, подъязычной группы, поэтому чрезвычайно важно расслабить именно эти отделы, столь необходимые в речевых движениях. Основная цель — добиться реципрокного взаимодействия при включении мышц, поднимающих нижнюю челюсть, и расслаблении мышц, опускающих ее, и наоборот. Между тем произноси­тельная сторона речи улучшается, если ребенок сознатель­но контролирует движения.

Основные требования: следует помнить о связи ритма дви­жения и тонических реакций; необходимо включение пауз в серию движений и использование сопровождающего мас­сажа при трудностях управления тонусом. При наличии кон­трактур в мышцах, поднимающих и опускающих нижнюю челюсть, упражнения надо проводить при одновременных физиотерапевтических процедурах на область шейно-челюстно-воротниковой зоны, что значительно нормализует дви­жения челюсти во время речи.

Управление движениями мышц дна ротовой полости и челюстно-височного отдела формируется в упражнениях по произнесению ряда гласных (а — *и*— *a, a —о — а),* требую­щих различного по интенсивности раскрытия рта, а затем в произнесении ряда прямых слогов и ряда слов с однотипной структурой (машина, калина, нашила, дорога и т. д.), затем слов со стечением согласных.

# Формирование и тренировка голосообразования и дыхания, нормализация просодической системы речи

Развитие голоса у детей с дизартриями не исчерпывается необходимостью вызывания и укрепления его. Клиническое описание произносительных возможностей детей с различ­ными двигательными расстройствами показало, что голос с трудом реализуется в речи и при спастическом парезе, и при гиперкинетическом, и особенно при атактико-гиперки-нетическом синдроме (асинергия функционирования фонаторного, дыхательного, артикуляционного отделов) и при то­нических расстройствах.

При спастическом парезе у детей тихий, назализованный, монотонный, истощающийся голос, при атаксии — вибри­рующий, скандированный, неустойчивый по высоте и тембру, при тонических нарушениях — сдавленный, напряженный, более экспираторный в начале высказывания, чем в конце, снижающийся к нулевой амплитуде голосовых модуляций к концу синтагматического отрезка, при гиперкинетических нарушениях — непостоянный по силе, продолжительности, прерывистый, дрожащий, но чаще интонированный (если толь­ко у ребенка не ататоидный гиперкинез).

Формирование голоса у детей с центральными расстройства­ми речедвигательных функций должно проходить в рамках ортофонического метода (Е. Н. Алмазова). Ортофонический метод предусматривает соединенность артикуляционных, ды­хательных и вокальных упражнений, цель его — формирова­ние автоматизма в работе гортани в дыхательной и оральной системах.

Дети с церебральными параличами боятся нового звуча­ния, случайно получившегося у них, не верят, что можно говорить громче, выразительнее. Они следуют за логопедом гораздо охотнее при формировании у них новой фонетичес­кой окраски или постановке новых звуков, чем при норма­лизации голоса и просодики речи. Поэтому средствами вну­шения необходимо создать у ребенка чувство полного доверия к логопеду и веру в свои силы. Эта вера обязательно должна быть подкреплена успехами, достигнутыми на пер­вом занятии.

**Этапы формирования голоса (первичное вызывание сильного, звонкого, продолжительного фонирования).**

**I этап — лечебная логопедическая физкуль­тура**. В зависимости от типа дефекта речевого аппарата при­меняются различные приемы массажа, пассивной и актив­ной гимнастики, описанные выше. При вызывании голоса большее внимание уделяется нормализации позиции голо­вы, расслаблению мышц верхнего плечевого пояса. Мы пол­ностью разделяем точку зрения английских логотерадевтов (Косе, Martou, Tpunn, 1965) о том, что «голову ребенка с це­ребральным параличом надо вертеть, как мяч (так как это помогает расслаблению шейно-гортанных мышц) сначала по часовой, а потом против часовой стрелки». Это в основном касается детей со спастико-ригидным и атетоидным (гипер­кинетическим) синдромами.

После соответствующих, дифференцированных приемов ЛФК проводится гимнастика языка с преодолением сопро­тивления:

1) ребенку предлагается максимально вытянуть язык, если он не может сделать это самостоятельно, логопед помогает ему. Затем ребенок пытается втянуть язык внутрь, а логопед легкими рывками вытягивает его. Это ритмичное Движение включает в работу нёбно-глоточные и даже гортан­ные мышцы, необходимые для будущего акта фонирования;

2) открывание рта с преодолением сопротивления (логопед держит руку под челюстью ребенка). Это упражнение также включает в деятельность подъязычные и гортанные мышцы;

3) запрокидывание головы с преодолением сопротивления (логопед держит руку под затылком ребенка) и опускание головы вниз с преодолением сопротивления (логопед держит руку на лбу ребенка). Эти упражнения возможны также для подъязычных и гортанных мышц. Их не следует повторять более 8—10 мин. Цель упражнения — включить в движение невидимые нёбно-гортанно-глоточные мышцы, повысить активность этих мышц.

Дыхательная гимнастика. Цель изометрической, статической дыхательной гимнастики — добиться непроиз­вольного максимального выдоха с наибольшим спадом ды­хательных мышц, непроизвольного включения надгортан­ника, вызывая усиленный носовой выдох. Произвольные дыхательные упражнения большинству детей приносят мало пользы, пока они сами не смогут почувствовать свободное поднятие и опускание грудной клетки.

У детей с врожденными церебральными параличами от­мечается снижение кинестетического чувства дыхательных движений. У них также нарушена центральная регуляция. Поэтому следует пытаться вызвать выдох непроизвольно.

Достигается это следующими упражнениями.

1. Логопед надавливает на плечи сидящему ребенку и предлагает ему подняться; ребенок, пытаясь сделать это, сильно упирается ногами в пол, выпрямляет спину, останав­ливает дыхание, однако логопед, давя ему на плечи, все-таки дает подняться и просит расслабиться. В это время ребенок непроизвольно делает глубокий облегченный выдох. Такое упражнение повторяют не менее 5 раз, до получения конт­ролируемого выдоха. Незаметно для себя ребенок уже и вдох делает гораздо глубже, чем вначале. Постепенно он учится контролировать свой вдох и выдох.

2. Логопед легко надавливает сидящему ребенку на спи­ну и предлагает ему опрокинуться навзничь на руки логопе­да. Как и в предыдущем упражнении, ребенок вынужден сильно напрячь мышцы живота, конечностей, межреберные мышцы и задержать вдох, а в это время логопед разрешает ему расслабиться. И опять ребенок непроизвольно делает глубокий выдох, который после ряда попыток он повторяет уже сознательно. В определенный момент ребенку предла­гают очень осторожно повторить вслед за логопедом озвучен­ный выдох — короткое, но слышимое фонаторное усилие. Затем логопед на несколько минут (до 2 мин) закрепляет полученный звук, который напоминает стон.

После этого переходят к динамической дыхательно-голо­совой гимнастике, заключающейся в активно-пассивных упражнениях с отягощениями. Логопед производит пассив­ное надавливание на живот, бока и спину, добиваясь глубо­кого выдоха. Упражнения делают в положении ребенка сидя и лежа, в зависимости от его состояния и возможностей. Логопед вкладывает ребенку в руку предмет (учитывая его возраст) небольшого веса (200—400 г) и предлагает ему вы­полнить то или иное упражнение. При этом логопед удер­живает предмет, затрудняя ребенку выполнение упражне­ния. При динамических дыхательных упражнениях в акте дыхания принимают участие вспомогательные дыхательные мышцы. Обязательна полная согласованность темпа выпол­няемых движений с ритмом и глубиной дыхания. Вдох про­изводится одновременно с выпрямлением туловища, подни­манием рук вверх, в стороны, отведением их назад, то есть в момент, когда происходит непроизвольное расширение грудной клетки; выдох производится при движениях, свя­занных со спадением грудной клетки, в момент опускания рук вниз, а также при сгибании туловища вперед, подтяги­вании ног к животу. При атактическом гиперкинезе, грубой асинхронности дыхания, фонации и артикуляции, когда особенно часто снижена управляемость дыхательными и го­лосовыми реакциями, выполнение такого комплекса упраж­нений на первом же занятии давало навыки произвольной Регуляции вдоха и выдоха. Продолжительность первого этапа занятий — 20—40 мин.

**II этап — вокальные упражнения**. Как толь­ко ребенок почувствует, что может сделать голосовое усилие, Нужно переходить к произвольным голосовым упражнени­ям, выполняемым по методу самонастройки голосового ап­парата вслед за логопедом. Ребенку предлагается «найти свой голос». Обычно через 2 мин дети могут «найти» силь­ный, звонкий голос. Далее следует побуждать его делать модуляционные переходы: «играть голосом». В это время можно производить легкие ритмичные вибрирующие дви­жения в области гортани, вибрацию шеи, груди, живота, спины, рук. Эти движения способствуют непроизвольной мо­дуляции и удлинению периода фонирования. Вокальные уп­ражнения ребенок делает сначала вместе с логопедом, потом вместе с другим ребенком, а затем уже самостоятельно (пос­ле того как у него сформировалась потребность в голосовой активности).

**III этап — слоговые упражнения** в песен­ном ритме. Ребенку предлагается спеть какой-нибудь легкий мотив одними и теми же слогами типа *ma-ma-ma, ma-ma-ma, ma-ma-ma*и т. п. Основная цель этого этапа — автоматизировать сильный голос, модуляционные оттенки в управляемом речевом потоке. Методы работы на этом эта­пе ближе к логоритмическим, чем к чисто логопедическим.

**IV этап — нормализация просодики**. У детей старше 8—9 лет с дизартриями трудно выработать новые ав­томатизированные навыки темпа, ритма, мелодичности, интонированности. Удается лишь добиться улучшения просо­дики на выученном материале и под контролем логопеда, но самостоятельно дети употребляют привычные для них фор­мы акустической организации речи. Однако формирование просодической системы речи стоит проводить в тех случа­ях, когда ребенок, несмотря на достаточные потенциальные возможности, говорит очень неразборчиво.

При формировании просодики уделяется внимание сле­дующим разделам: 1) тренировка слухового внимания на особенностях темпа, ритма, ударности, паузах, модуляций, слов, фразовой речи; 2) обучение восприятию ритма в музы­ке и стихах; 3) формирование управления ритмом, темпом, модуляциями, интонациями при воспроизведении слов, фра­зовой речи; 4) развитие умения петь и произносить стихи с движениями на занятиях логоритмикой.

**Формирование артикуляционного праксиса**

Этот этап работы необходим для детей с дизартриями, у которых отмечаются замены, пропуски звуков и нарушения в слоговом составе слов. Расстройства артикуляционного праксиса мы констатировали у детей, которые были способны к выполнению ряда губных и язычных дви­жений, необходимых для произнесения желаемого звука, однако делали вместо них другие, более удобные, но со­вершенно неправильные (по месту артикуляции и спосо­бу образования), что полностью заменяло звук.

Частичную артикуляционную апраксию, то есть неуме­ние воспроизвести звук, мы рассматриваем как затрудне­ние в формировании звукоречедвигательной связи при по­тенциальной возможности осуществить нужное движение, несмотря па наличие спастического пареза, гиперкинеза и атаксии.

Частичная артикуляционная апраксия согласных у детей с дизартриями проявлялась при произнесении любой груп­пы звуков — губных, губно-зубных, переднеязычных, зад­ненёбных. Артикуляционная апраксия места образования звука (замена смычных звуков по месту образования) наблю­далась так же часто, как и артикуляционная апраксия зву­ка по способу образования (замена щелевого звука смычным). Артикуляционная апраксия гласных у детей с анартриями чаще распространялась на все звуки, кроме *а*и э.

На первом этапе при формировании артикуляционного праксиса, то есть при постановке звуков, следует обратить внимание ребенка на ошибки в произнесении звуков. С этой целью специально нужно подобрать слова-паронимы с раз­ницей в одну фонему — ту самую, которую он заменял, что­бы ребенок на множестве примеров убедился, как может меняться смысл, значение слова, если не сказать точно нуж­ный звук в слове. Ребенку надо внушить необходимость ис­правления дефектов произношения и показать реальные пути к такому исправлению. На этом этапе логопед создает «установку на языковое творчество» (Д. Н. Узнадзе).

На втором этапе больного обучают приводить язык или губы в нужное положение, при котором можно произнести требуемый звук. При этом обращают внимание на формиро­вание артикуляционных позиций, которые всегда нужны Для реализации согласных звуков: 1) губное и губо-зубное смыкание; 2) дорсальную позицию — призубное смыкание с упором кончика языка и передней части языка на нижние зубы; 3) вакууминальную позицию; 4) оттягивание загнутого языка и задненёбное смыкание; 5) альвеолярную позицию; 6) лабиализацию; 7) палатальность.

При постановке звука у больного с дизартрией не нужно обращать внимание на симптомы пареза, нарушения тону­са, гиперкинезов в речевых мышцах, а следует сосредото­читься только на артикуляционных возможностях ребенка и выработке нужной позиции языка и губ. Воспитание у ре­бенка нового артикуляционного ощущения проводится на фоне занятий лечебной логопедической физкультурой, опи­санной выше. Одновременно больной получает медикамен­тозное и физиотерапевтическое лечение, направленное на нормализацию мышечного обмена и проводимости импуль­сов в нервном волокне (АТФ, витамин В12, аппликации озокерита на челюстно-височную и шейно-воротниковую зоны). Новое артикуляционное положение нередко удава­лось выработать уже на 3 — 4-е занятие. В дальнейшем следует осуществлять автоматизацию этого положения, как обычно при дислалиях. Ребенок с дизартрией все равно не может произнести звук в нормированном фонетическом оформлении вследствие своих речедвигательных наруше­ний. Поэтому достаточно, если этот звук будет понятен слу­шающим и отождествлен с необходимой фонемой.

**Формирование фонематической системы**

Работа по нормализации функциональной активности фоне­матического звена языковой системы и восприятию звукового потока проводилась в двух планах: 1) морфолого-грамматичес-кого анализа, способствующего осознанию значения слов и сло­восочетаний; 2) звуко-буквенного анализа.

При расстройстве фонематической системы особое значе­ние имеет создание у ребенка состояния крайнего недоволь­ства своим дефектом и создание «языковой установки» на звуко-слоговое творчество.

В работе по морфолого-грамматическому анализу приме­няются упражнения на восприятие и воспроизведение слов, близких по звучанию, но имеющих различие в одну (глас­ную или согласную) фонему в отрезке слова — приставке, корне, суффиксе, окончании. Эти упражнения развивают наблюдательность над языковыми правилами фонологического уровня структуры языка и развивают умение исполь­зовать фонемные изменения слов для передачи точного се­мантического значения.

Работа над звуко-буквенным анализом включает произ­вольные операции с фонемами: 1) подсчитать количество звуков в слове или фразе, произнесенных логопедом; подо­брать эти звуки; 2) написать или подобрать из разрезной аз­буки слоги, слова, фразы через несколько секунд после того, как они были произнесены логопедом; 3) определить пред­ложенный звук в обычной разговорной речи; 4) подсчитать, сколько слогов и звуков в одной, двух фразах логопеда (ре­бенок может сразу выкладывать палочки, отмечая уже про­изнесенное число слогов); 5) отобрать картинки, изобража­ющие предмет, название которого содержит в начале, середине или конце определенный звук; 6) придумать сло­ва, содержащие определенный слог или звук; 7) найти в тек­сте слова, содержащие предложенные звуки; 8) определить заданные звуки в речи ребенка с дизартрией, говорящего достаточно разборчиво.

Для тренировки слуховой сосредоточенности и звукоречедвигательной памяти полезна игра в «испорченный теле­фон». В игре должны принимать участие взрослые и дети (последние с хорошей или средней степенью внятности речи). Не стоит использовать часто применяющийся у больных с дислалиями прием — постановку звука через другой звук, так как мы считаем, что у данного контингента детей это осложнит кинестетический анализ слов.

*Семенова К. А., Махмудова Н. М.*Медицинская ре­абилитация и социальная адаптация больных детс­ким церебральным параличом. — Ташкент, 1979. — С. 95—106; 132—146; 239—243; 318—331; 442—460.

# Особенности логопедической работы по преодолению дизартрических нарушений речи при дцп

Знание особенностей речевых нарушений у детей с цереб­ральным параличом позволяет сформулировать основные положения, определяющие последовательность и систему коррекционно-логопедической работы при ДЦП.

Важно постоянно учитывать взаимовлияние речевых двигательных и психических нарушений в динамике развития ребенка. Вследствие этого логопедическая работа направлена на коррекцию нарушений речи в сочетании со стимуляцией развития всех ее сторон (лексики, грамматики, фонетики), сенсорных и психических функций. Таким образом осуще­ствляется формирование речи как целостной психической деятельности.

Речевая терапия основана на тесном единстве с лечеб­ными мероприятиями, направленными на развитие дви­гательных функции. Сочетание логопедической работы с медицинскими мероприятиями (медикаментозное и фи­зиотерапевтическое лечение, ЛФК и др.) является важным условием комплексного воздействия специалистов меди­ко-педагогического блока. Необходима согласованность действий логопеда-дефектолога, невропатолога, врача ЛФК и их общая позиция при обследовании, постановке диагноза и медико-педагогической коррекции. С целью подбора наиболее эффективных и адекватных приемов коррекции важно учитывать взаимосвязь речевых и дви­гательных расстройств при ДЦП, общность поражения ар­тикуляционной и общей моторики. Например, необходи­мо подавлять патологическую рефлекторную активность как в речевой, так и в скелетной мускулатуре.

Необходимо одновременное развитие и коррекция нару­шений артикуляционной моторики и функциональных воз­можностей кистей и пальцев рук. Это связано с положением об анатомической близости корковых зон иннервации рече­вого аппарата с зонами иннервации мышц рук, особенно кисти и большого пальца. При ДЦП тяжесть нарушений ар­тикуляционной моторики обычно коррелирует с тяжестью нарушений функции рук.

Очень важна стимуляция двигательно-кинестетического анализатора, что позволит сформировать управление арти­куляционным праксисом (умение выполнять целенаправ­ленные артикуляционные действия), развить навыки само­контроля и адекватной самооценки действий, которые совершает ребенок (кинестетическое ощущение артикуляци­онной позы). При этом необходима опора на другие анализа­торы (на зрительный — при выполнении артикуляционных упражнений перед зеркалом; на слуховой — когда движе­ния сопровождаются четкой речевой инструкцией).

Необходимо гибкое сочетание различных видов и форм коррекционно-логопедической работы (индивидуальных, подгрупповых, фронтальных).

## **Задачи логопедической работы**

Основная цель логопедической работы с детьми с ДЦП — развитие речевого общения, улучшение разборчивости рече­вого высказывания для того, чтобы обеспечить ребенку боль­шее понимание его речи окружающими. Для реализации этой цели необходимо:

1.Уменьшение степени проявления двигательных дефек­тов речевого аппарата: спастического пареза, гиперкинезов, атаксии (в более легких случаях — нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата).

2.Развитие речевого дыхания и голоса. Формирование силы, продолжительности, звонкости, управляемости голо­са в речевом потоке. Выработка синхронности голоса, дыха­ния и артикуляции.

3.Нормализация просодической системы речи (мелодико- интонационных и темпо-ритмических характеристик речи).

4.Формирование артикуляционного праксиса на этапе постановки, автоматизации и дифференциации звуков речи.

5.Развитие фонематического восприятия и звукового ана­лиза.

6.Развитие функциональных возможностей кистей и пальцев рук.

7.Нормализация лексико-грамматических навыков эк­спрессивной речи (при смешанном, сложном речевом расстройстве, проявляющемся как дизартрической, так и алалической патологией речи или при задержке речевого развития).

Установив диагноз на основании первичного логопеди­ческого обследования, логопед совместно с невропатологом разрабатывают тактику коррекционно-логопедической работы, определяют основные направления и формы рабо­ты, прогнозируют конечный результат логопедического воздействия, определяют противопоказания и дозировку занятий. Для каждого ребенка желательно составить инди­видуальную комплексную программу, включающую конк­ретные коррекционно-логопедические задачи на ближайшее время и перспективный план работы.

При проведении коррекционно-логопедической работы с детьми, страдающими церебральным параличом, целесо­образно использовать следующие методы логопедического воздействия:

-дифференцированный логопедический массаж (расслаб­ляющий или стимулирующий);

-зондовый массаж;

-точечный массаж;

-пассивная и активная артикуляционная гимнастика;

-дыхательные и голосовые упражнения;

-искусственная локальная контрастотермия (сочетание гипо- и гипертермии).

# Дифференцированный логопедический массаж

Занимаясь нормализацией произношения у детей с дизар­трией, логопед стремится сначала ослабить проявления рас­стройств иннервации речевого аппарата. Расширяя возмож­ности движений речевых мышц, можно рассчитывать на лучшее спонтанное включение этих мышц в артикуляцион­ный процесс, что, в свою очередь, повысит качество звуко­вой системы речи. Необходимо использовать средства, при­емы дифференцированного логопедического массажа (расслабляющего или стимулирующего) в зависимости от характера нарушения тонуса мышц и моторики артикуля­ционного аппарата у данного ребенка. В зависимости от со­стояния мышечного тонуса проводится расслабляющий массаж (при спастичности мышц — с целью расслабления) и стимулирующий массаж (при гипотонии — с целью активи­зации мышечного тонуса). <...>

## **Пассивная артикуляционная гимнастика**

Пассивная артикуляционная гимнастика проводится пос­ле массажа. Логопед выполняет пассивные движения органов артикуляции. Их целью является включение в процесс арти­кулирования новых групп мышц, до этого бездействовавших, или увеличение интенсивности мышц, ранее включенных. Это создает условия для формирования произвольных движений речевой мускулатуры. Направление, объем и траектория пас­сивных движений те же, что и активных. От последних они отличаются тем, что их начало и конец, фиксация не зависят от ребенка. Логопед оформляет схему артикуляционного дви­жения, по возможности объясняя ее ребенку и требуя от него зрительного контроля. Пассивные упражнения осуществляют­ся сериями по 3—5 движений. Ребенку предлагается осознать 3 стадии каждого движения: вход, фиксация, выход. Нужно постепенно воспитывать способность зрительно контролиро­вать и оценивать каждое движение, ощущать и запоминать его.

Пассивная гимнастика языка:

1) выведение языка из ротовой полости вперед;

2) втягивание языка назад;

3) опускание языка вниз (к нижней губе);

4) поднимание языка вверх (к верхней губе);

5) боковые отведения языка (влево и вправо);

6) цридавливание кончика языка ко дну ротовой полости;

7) приподнимание кончика языка к твердому нёбу;

8) легкие плавные покачивающие движения языка в сто­роны.

Пассивная гимнастика губ:

1) собирание верхней губы (поместив указательные пальцы обеих рук в углы губ, проводят движение к средней линии);

2) собирание нижней губы (тем же приемом);

3) собирание губ в трубочку — «хоботок» (движение про­изводится к средней линии);

4) растягивание губ в улыбку при фиксации пальцами углов рта;

5) поднимание верхней губы;

6) опускание нижней губы;

7) смыкание губ для выработки кинестетического ощуще­ния закрытого рта;

8) создание различных укладов губ, необходимых для произнесения гласных звуков *(а,*о, *у, и,* *ы, э).*

## **Активная артикуляционная гимнастика**

При проведении артикуляционной гимнастики большое значение придается тактильно-проприоцептивной стимуля­ции, способствующей развитию статико-динамических ощу­щений и четких артикуляционных кинестезии. Осуществ­ляя принцип компенсации, на первых этапах работы используют максимальное подключение различных анали­заторов (зрительного, слухового, тактильного). Тактильный анализатор играет существенную роль в кинестетическом восприятии, поэтому массаж и пассивную гимнастику проводят перед активной артикуляционной гимнастикой. Да­лее для развития более четких и дифференцированных ар­тикуляционных кинестезии постепенно исключают участие тактильного анализатора, зрения и слуха. Многие упражнения можно проводить, попросив ребенка закрыть глаза, ак­центируя его внимание на проприоцептивных ощущениях. При выполнении активных артикуляционных движений в мимической, губной и язычной мускулатуре важно фор­мировать полноту объема движений, дифференцированность включения различных мышц; плавность, симметричность движений; скорость включения и переключения. Необходи­мо развитие произвольности, дифференцированное™ арти­куляционных движений и контроля за их выполнением.

Упражнения для развития мимических мышц лица:

1) закрывание (обычное и плотное) и открывание глаз;

2) иахмуривание бровей;

3) поднимание бровей, образование продольных морщин на лбу;

4) надувание щек;

5) проглатывание слюны;

6) открывание и закрывание рта;

7) жевательные движения.

Упражнения для развития губной мускулатуры:

1) вытягивание губ вперед трубочкой;

2) растягивание их в стороны;

3) чередование движений «хоботок — оскал»;

4) смыкание губ (обычное и плотное) при сомкнутых и разомкнутых челюстях;

5) размыкание губ при закрытом и открытом рте;

6) мгновенное смыкание губ с разрывом (типа «поцелуй»);

7) вялый губной выдох (струя воздуха направлена под губы, щеки надуваются не напряженно);

8) целевой губной выдох (в определенном направлении с напряженными и расслабленными щеками);

9) поднимание верхней губы с обнажением зубов (плак­сивое выражение лица).

Для создания большей иннервационной активности, по­вышения степени кинестетического чувства речевого аппа­рата, для увеличения объема артикуляционных движений можно использовать следующие задания:

1) выталкивание языком марлевой салфетки, засунутой за щеку (попеременно слева и справа);

2) перемещение в полости рта предметов различного раз­мера, фактуры и формы (пуговицы, шарики и т. д.);

3) удерживание губами различных предметов (пробка, марля). Упражнения с сопротивлением.

Особенно большая работа должна проводиться над мыш­цами языка. Необходимо развитие общих, менее дифферен­цированных движений языка, а затем формирование тонких и дифференцированных его движений, активизация его кон­чика, отграничение языка и нижней челюсти.

Упражнения для язычной мускулатуры:

1) прикосновение кончиком языка к краю нижних зубов;

2) выдвигание языка вперед;

3) втягивание языка назад, внутрь;

4) опускание языка вниз;

5) приподнимание языка вверх;

6) боковые отведения (вправо и влево);

7) приподнимание вверх и прижимание средней части языка к боковым зубам верхней челюсти;

8) суживание языка и заострение его;

9) переключение различных позиций.

Далее переходят к специальным упражнениям, имеющим артикуляционное значение для постановки звуков.