

Развитие речевого дыхания в системе работы по коррекции нарушений звукопроизношения у дошкольников с дизартрией

Абраменкова Ксения Николаевна

ОГБУЗ "Детская областная больница" г. Биробиджан

Медицинский логопед

Приамурский государственный университет им. Шолом-Алейхема

Магистрант

Аннотация

В статье рассматривается значение речевого дыхания в структуре коррекции звукопроизношения у дошкольников с дизартрией. Анализируются особенности дыхательной функции при данной речевой патологии, обосновывается необходимость поэтапного формирования диафрагмального типа дыхания, дифференциации ротового и носового выдоха, развития целенаправленной воздушной струи. Описаны классические игровые приёмы и инновационный метод кинезиотейпирования, интегрированные в систему логопедической работы.

Ключевые слова: нарушения звукопроизношения, дизартрия, речевое дыхание, дети дошкольного возраста, кинезиотейпирование

Development of speech breathing in the system of work on the correction of violations of sound pronunciation in preschool children with dysarthria

Abramenkova Ksenia Nikolaevna

Children's Regional Hospital", Birebidszhan

Medical speech therapist

Sholom-Aleichem Priamursky State University

Master's student

Abstract

The article discusses the importance of speech breathing in the structure of sound pronunciation correction in preschool children with dysarthria. The features of respiratory function in this speech pathology are analyzed, the necessity of step-by-step formation of diaphragmatic type of breathing, differentiation of mouth and nasal exhalation, development of a purposeful air stream is substantiated. Classical game techniques and the innovative method of kinesio taping integrated into the system of speech therapy work are described.

Keywords: sound pronunciation disorders, dysarthria, speech breathing, preschool children, kinesio taping

Нарушения звукопроизношения занимают ведущее место в структуре речевых расстройств у детей дошкольного возраста. Л.Г. Парамонова [7]

отмечает, что более 50% первоклассников имеют дефекты звукопроизношения, что затрудняет коммуникацию со сверстниками и взрослыми, негативно сказывается на формировании познавательных процессов, освоении чтения и письма, успеваемости по русскому и иностранному языкам. Несвоевременно устранённый дефект приводит к развитию вторичных психологических наслоений: ребёнок, осознавая свою особенность, старается ограничивать речевые контакты, его самооценка снижается. В подростковом возрасте нарушения звукопроизношения могут стать непреодолимым препятствием для выбора профессии речевого профиля.

Нарушения звукопроизношения различной степени выраженности являются одним из ключевых проявлений дизартрии – расстройства произносительной и просодической сторон речи, обусловленного недостаточной иннервацией речевой мускулатуры. Из-за нарушения иннервации при дизартрии всегда страдает и дыхательная функция [1].

Актуальность исследования обусловлена высокой распространённостью нарушений звукопроизношения у дошкольников с дизартрией, необходимостью совершенствования методов коррекции речевого дыхания как основы для постановки и автоматизации звуков, а также потребностью в поиске эффективных технологий, ускоряющих формирование правильного дыхательного паттерна у данной категории детей.

Проблемой речевого дыхания при дизартрии занимались отечественные специалисты Е.Ф. Архипова [1], Л.И. Белякова [2], Л.В. Лопатина [4] и другие.

В онтогенезе речевое дыхание формируется постепенно, параллельно с развитием речи. К дошкольному возрасту в норме вырабатывается диафрагмальный тип дыхания с удлиненным выдохом, достаточным для произнесения фразы из 3-5 слов. При дизартрии этот процесс нарушается, что требует целенаправленной коррекционной работы [2][9].

Л.И. Белякова [2] выделила типичные особенности речевого дыхания у детей с дизартрией: поверхностный характер, верхнереберный (верхнеключичный) тип, неустойчивость ритма, малый объем легких.

По мнению Л.В. Лопатиной [4], в структуре дефекта при дизартрии наряду с артикуляторными расстройствами значимую роль играет недостаточность речевого дыхания: из-за укороченного выдоха речь становится тихой, смазанной, затухающей к концу фразы, с нарушением плавности.

Е.Ф. Архипова [1] считает, что работу по развитию речевого дыхания необходимо начинать ещё на подготовительном этапе логопедической работы по устранению дизартрии, наряду с нормализацией мышечного тонуса и развитием артикуляционной моторики.

Современный подход к развитию речевого дыхания базируется на интеграции классических логопедических методик и инновационных технологий [3], [8]. Традиционный блок включает систему игр и упражнений, направленных на последовательное формирование всех компонентов дыхательной функции: диафрагмального типа дыхания, дифференциации носового и ротового дыхания, длительного целенаправленного ротового

выдоха, фонационного и собственно речевого выдоха [9, 10]. В качестве инновационной составляющей выступает кинезиотейпирование – метод нейростимуляции, активизирующий нервно-мышечный аппарат дыхательной системы и усиливающий кинестетический контроль за дыхательными движениями [5, 6].

Экспериментальное исследование проводилось на базе ОГБУЗ «Детская областная больница» г. Биробиджана. Выборку составили 15 детей 5–6 лет, посещающих логопедический пункт. Согласно заключению невролога, у всех участников диагностирована дизартрия, а в ходе логопедического обследования выявлены полиморфные нарушения звукопроизношения, что доказало необходимость логопедической коррекции.

Цель исследования: развитие речевого дыхания в процессе коррекции нарушений звукопроизношения у дошкольников с дизартрией.

Для обследования речевого дыхания у данной группы детей была проведена дополнительная диагностика по методике Е.Ф. Архиповой [1], которая включала 4 задания: определение типа дыхания, исследование умения дифференцировать носовое и ротовое дыхание, исследование целенаправленности воздушной струи, исследование силы воздушной струи. Оценка речевого дыхания производилась следующим образом: максимальная оценка 4 балла – диафрагмальный тип дыхания, дифференцирует носовой и ротовой вдох и выдох, выдыхаемая воздушная струя сильная и целенаправленная, 3 балла - диафрагмальный тип дыхания, дифференцирует носовой и ротовой вдох и выдох, снижен объем и сила выдоха, 2 балла - диафрагмальный тип дыхания, аритмичность вдоха и выдоха, малый объем и сила выдоха, недостаточная дифференциация носового и ротового вдоха и выдоха, 1 балл – верхнеключичный тип дыхания, аритмичность вдоха и выдоха, малый объем и сила выдоха, не дифференцирует носовой и ротовой вдох и выдох, 0 баллов – задание не выполняет.

Анализ полученных результатов выявил низкие показатели у всех обследуемых детей: 8 детей набрали 2 балла, 7 детей – 1 балл. Речевое дыхание детей, набравших 1 балл было верхнеключичным, хаотичным, с паузами и ускорениями, двое из детей вдыхали и выдыхали носом и ртом одновременно, даже после повторения инструкции ситуация не изменялась. Дети, набравшие по 2 балла, имели более координированное речевое дыхание, тип дыхания был определен как диафрагмальный, однако, сила и объем выдоха были недостаточны, а вдох и выдох не были ритмичными. Данные, полученные в ходе обследования речевого дыхания, обосновывают целесообразность включения дыхательных упражнений в систему логопедической работы по коррекции нарушений звукопроизношения у дошкольников с дизартрией.

Система логопедической работы в нашем исследовании – это алгоритм коррекции нарушений звукопроизношения у детей с дизартрией, включающий этапы, задачи и механизмы реализации этих задач.

Работа по развитию речевого дыхания органично включалась в коррекцию звукопроизношения, начиная с подготовительного этапа. Наряду с логопедическим массажем, пассивной и активной артикуляционной

гимнастикой, направленными на создание физиологической базы речи, велась постановка диафрагмального типа дыхания.

Сделать процесс постановки диафрагмального дыхания наглядным и понятным нам помогли игровые приёмы, среди которых ключевое место заняли «покачай» и «достань ладошку». В игре «покачай» ребёнок лежал на спине, на животе – мягкая игрушка. Необходимо было плавно и ритмично дышать животом, чтобы игрушка покачивалась. У одного ребенка были сложности в осуществлении дыхания животом. Он понимал инструкцию, но осуществить этот двигательный акт не получалось – ребенок дышал как обычно (верхнеключичный тип) и пытался поднимать живот за счет прогиба позвоночника. Для решения этой проблемы мы подкладывали одну руку под спину (чуть выше поясницы), а вторую помещали на живот и просили ребенка при дыхании пытаться выталкивать вверх руку, которая была на животе, одновременно контролируя положение спины снизу (исключение возможности прогиба). У двоих ребят отмечались серьезные трудности в игре «покачай» – дыхание было резким, хаотичным, игрушка падала с живота, приходилось их замедлять, выполнять дыхательные движения под счет и движения руки так, чтобы они имели четкую визуальную опору. После уверенного выполнения «покачай» мы приступали к игре «достань ладошку». Ладонь логопеда располагалась на 2–3 см выше живота ребёнка. На вдохе ребёнок поднимал живот до касания ладони. Выполнение считалось верным, если в акт дыхания не вовлекались соседние мышечные группы (не поднимались плечи, не прогибалась спина).

Для автоматизации диафрагмального дыхания был применён метод кинезиотейпирования. Использовался эластичный тейп шириной 5 см. Длина ленты определялась как удвоенное расстояние от мечевидного отростка до середины бока (на уровне средней подмышечной линии). Концы тейпа обязательно закруглялись. Ребёнок находился в положении лёжа на спине. В центральной части тейпа бумажная основа надрывалась, создавалось лёгкое натяжение, после чего ребёнку предлагалось округлить живот, как будто съел арбуз. Центральная часть фиксировалась на мечевидном отростке с последующим круговым растиранием места крепления. Затем защитная бумага удалялась полностью с одной стороны, и тейп без натяжения распределялся по нижней рёберной дуге до середины бока. Аналогичные действия выполнялись с другой стороны. Данная аппликация способствовала развитию кинестетических ощущений и закрепляла сформированный в игровых упражнениях навык диафрагмального дыхания за счёт стимуляции нервных рецепторов, а также вызывала у детей интерес и дополнительную мотивацию.

После того, как диафрагмальное дыхание стало уверенно выполняться лёжа, мы отрабатывали его в более сложных условиях – сначала сидя на стуле с опорой на спинку, затем без опоры, и, наконец, стоя. В положении сидя ребёнок клал одну руку на живот, другую на грудь и контролировал, чтобы на вдохе поднималась только рука на животе. В игре «воздушный шар» мы просили ребёнка представить, что в животе надувается и сдувается шарик, и

показать руками его размер. В положении стоя использовались упражнения перед зеркалом, чтобы ребёнок мог визуальное контролировать отсутствие подъёма плеч. Хорошо зарекомендовало себя упражнение «насос»: ребенок находился в положении стоя, слегка наклонив корпус вперёд, на вдохе живот надувался, на выдохе – сдувался, имитируя работу насоса. Переход к вертикальным положениям происходил у всех детей по-разному, но благодаря предварительной работе с кинезиотейпированием и чёткому кинестетическому контролю, сформированный паттерн дыхания сохранялся и в этих условиях.

После того как диафрагмальное дыхание было автоматизировано и устойчиво проявлялось в различных положениях тела, мы перешли к следующему этапу – развитию дифференциации ротового и носового дыхания. Здесь важно было научить детей осознанно управлять воздушным потоком, понимать разницу между тёплым и холодным выдохом, между коротким и длительным. В игровой форме через упражнения «погрей руки» и «понюхай цветок» дети постепенно осваивали этот навык, хотя некоторым требовалась дополнительная тактильная поддержка в виде прикосновения ко рту или к носу в момент выполнения задания.

Параллельно велась работа над формированием длительного и целенаправленного ротового выдоха. Здесь незаменимыми помощниками были разнообразные игровые пособия: вертушки, султанчики, мыльные пузыри, цветные перышки, лёгкие шарики для настольного тенниса. Для детей с наиболее слабой воздушной струей мы начинали с самых лёгких предметов – перышек, кусочков ваты, постепенно увеличивая нагрузку. Важно было не просто добиться самого факта выдоха, но и сформировать его плавность и длительность, а также умение направлять струю точно в цель, не раздувая при этом щеки. Это особенно пригодилось в дальнейшем при постановке звуков, требующих направленной воздушной струи.

Следующим шагом стало развитие фонационного выдоха, когда на выдохе подключался голос. Начинали с протяжного пропевания гласных звуков, сначала изолированных, затем их слияний. Здесь мы опирались на подражание и на вибрационный контроль: ребёнок прикладывал руку к груди логопеда, ощущая длительность звучания, затем контролировал собственную вибрацию. Постепенно в упражнения включались слоги, слова, словосочетания, короткие фразы с сохранёнными звуками, произносимые на одном выдохе (плавное голосоведение).

Итогом целенаправленной работы над развитием речевого дыхания стало заметное улучшение показателей речевого дыхания у всех детей. Те, кто изначально набрал лишь 1 балл, стали демонстрировать более ритмичное дыхание, у 2 детей появились зачатки дифференциации носового и ротового выдоха, у остальных дифференциация стала вполне уверенной, тип дыхания стал диафрагмальным или смешанным (то есть детям не всегда хватало самоконтроля и на диафрагмальное дыхание они переключались после напоминания). В рамках занятия ни один ребенок не говорил на вдохе, не стало явлений «захлебывающейся» речи. Дети, которые вначале набрали по 2 балла,

значительно увеличили объём и силу выдоха, их дыхание стало более координированным. Это позволило нам перейти к основному этапу коррекции нарушений звукопроизношения в системе работы – непосредственно к постановке, автоматизации и дифференциации звуков, имея под собой прочную физиологическую основу в виде сформированного речевого дыхания.

Таким образом, проведённое исследование подтвердило, что целенаправленное развитие речевого дыхания должно быть обязательным направлением коррекционной работы по исправлению нарушений звукопроизношения при дизартрии, а применение инновационных методов, таких как кинезиотейпирование, повышает эффективность коррекции и сокращает сроки формирования и развития правильного речевого дыхания у дошкольников с данной патологией.

Библиографический список

1. Архипова Е.Ф. Стертая дизартрия у детей. М.: Астрель, 2007. 319 с.
2. Белякова, Л. И., Гончарова Н. Н., Филатова Ю. О., Хатнюкова-Шишкова Т. Г. Здоровьесберегающие технологии развития речи у детей. Формирование речевого дыхания. М.: Национальный книжный центр, 2017. 80 с.
3. Заходякина К.Ю. Комплексный подход в развитии речевого дыхания у детей с тяжелыми нарушениями речи // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. 2023. № 2(216) С. 156-161.
4. Лопатина Л. В. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами. СПб.: Союз, 2004. 191 с.
5. Михальченко П. М. Логопедическое кинезиотейпирование как средство активизации мышц мимической и артикуляционной мускулатуры детей старшего дошкольного возраста с дизартрией // Молодой ученый. 2021. № 41 (383). С. 92-94. URL: <https://moluch.ru/archive/383/84526/>
6. Основы кинезиотейпирования. Учебное пособие / Касаткин М. С., Ачкасов Е. Е., Добровольский О. Б. М.: Спорт, 2015. 76 с.
7. Парамонова Л.Г. Нарушение звукопроизношения у детей: методическое пособие. М.: Национальный книжный центр, 2018. 272 с.
8. Посохова М.А., Фатеева Н.М. Развитие речевого дыхания у дошкольников с нарушением речи // Дошкольное образование: опыт, проблемы, перспективы развития. 2017. № 1. С. 122-123.
9. Фатеева Н. М., Чубенко Е. А., Посохова М. А., Шанаурина О. А. Использование дыхательных методик для формирования речевого дыхания у детей с псевдобульбарной дизартрией // Специальное образование. 2010. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ispolzovanie-dyhatelnyh-metodik-dlya-formirovaniya-rechevogo-dyhaniya-u-detey-s-psevdobulbarnoy-dizartriey>
10. Юрасова И.А., Смагулова Ж.С. Основные направления игровых упражнений для развития и коррекции речевого дыхания у детей с различной речевой патологией // Трибуна ученого. 2021. № 2. С. 349-355.