



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

ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

**Логопедическая коррекция речевого дыхания детей младшего
школьного возраста с дизартрией**

**Выпускная квалификационная работа по направлению
44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование**

**Направленность программы бакалавриата
«Логопедия»**

Форма обучения заочная

Проверка на объем заимствований:
76,55% авторского текста

Работа рекомендована к защите

«__» _____ 2024 г.

И.о. директора института

_____ Сибиркина А.Р.

Выполнила:

Студент(ка) группы ЗФ-409-101-3-4
Лабынцева Анна Юрьевна

Научный руководитель:

Пименова Ирина Борисовна

Челябинск
2024

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ИЗУЧЕНИЯ РЕЧЕВОГО ДЫХАНИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ И СПЕЦИАЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЕ. 6	
1.1 Понятие «речевое дыхание» в психолого-педагогической и специальной литературе	6
1.2 Особенности формирования речевого дыхания у детей младшего школьного возраста в онтогенезе	11
1.3 Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей младшего школьного возраста с дизартрией	15
1.4 Специфика речевого дыхания у детей младшего школьного возраста с дизартрией.....	22
Выводы по I главе	27
ГЛАВА II. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ РАБОТА ПО КОРРЕКЦИИ РЕЧЕВОГО ДЫХАНИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДИЗАРТРИЕЙ.....	30
2.1 Методика изучения логопедической коррекции речевого дыхания детей младшего школьного возраста с дизартрией.....	30
2.2 Результаты обследования речевого дыхания детей младшего школьного возраста с дизартрией	33
2.3 Содержание работы по коррекции речевого дыхания у детей младшего школьного возраста с дизартрией	38
Выводы по 2 главе.....	48
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	50
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	53
ПРИЛОЖЕНИЕ	60

ВВЕДЕНИЕ

Дыхание – одна из функций жизнеобеспечения человека. Оно представляет собой систему произвольных психомоторных реакций, тесно связанных с производством устной речи. Характер речевого дыхания подчинен внутреннему речевому программированию, а значит – семантическому, лексико-грамматическому и интонационному наполнению высказывания [9].

В рамках квалификационной работы изучаемое нами речевое нарушение носит различную этиологию. Ведущим дефектом при дизартрии является нарушение звукопроизносительной и просодической стороны речи, связанное с органическим поражением центральной и периферической нервной систем, как следствие отмечается недостаточность иннервации мышц артикуляционного аппарата [27].

Это приводит к нарушению звукопроизношения, а также к нарушению просодической стороны речи и ее компонентов, в число которых входит и речевое дыхание.

Дизартрия как сложная проблема речевой патологии интенсивно изучается и освещается в теоретическом и практическом аспектах в отечественной и мировой научной литературе. Научная разработка проблемы дизартрии в отечественной логопедии связана с именами известных неврологов, психиатров, психологов, педагогов, нейрофизиологов (Е.Н. Винарская, Е. М. Мастюкова, Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук, И. И. Панченко, Л. В. Лопатина, И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько и др.) [7].

В настоящее время данная проблема является **актуальной**, так как дизартрия занимает одно из первых мест по речевой патологии, где основными проблемами считаются нарушения звукопроизносительной стороны речи. Нарушение речевого дыхания вызывает отрицательное влияние на процесс звукопроизношения и голосоподачи, что в последствие негативным образом отразится на нервно-психическом развитии ребенка, а

также приведет к трудностям в социализации, обусловленным проблемами в общении со сверстниками.

Таким образом, на основе вышесказанного, можно сделать вывод о том, что выбранная тема исследования «Логопедическая коррекция речевого дыхания у детей младшего школьного возраста с дизартрией» является актуальной на сегодняшний день.

Цель исследования: теоретически изучить и практически обосновать содержание логопедической работы по развитию речевого дыхания у детей младшего школьного возраста с дизартрией.

Объект исследования: особенности речевого дыхания у детей младшего школьного возраста с дизартрией.

Предмет исследования: специфика логопедической коррекции речевого дыхания у детей младшего школьного возраста с дизартрией.

Задачи исследования:

1. Изучить и проанализировать психолого-педагогическую и медицинскую литературу по проблеме исследования.
2. Выявить особенности речевого дыхания детей младшего школьного возраста с дизартрией.
3. Подобрать и систематизировать методические приемы по развитию речевого дыхания у детей младшего школьного возраста с дизартрией для логопедических занятий.

Методы исследования:

- теоретический: анализ психолого-педагогической, медицинской и специальной литературы по проблеме исследования;
- эмпирический: констатирующий и формирующий эксперимент;
- методы обработки данных: количественный и качественный анализ результатов экспериментального исследования.

База исследования: МОАУ «СОШ №19», г. Оренбург

Структура работы: Выпускная квалификационная работа состоит из введения, двух глав с выводами по каждой главе, заключения, списка литературы, приложения.

ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ИЗУЧЕНИЯ РЕЧЕВОГО ДЫХАНИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ И СПЕЦИАЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЕ

1.1 Понятие «речевое дыхание» в психолого-педагогической и специальной литературе

Речевое дыхание – это дыхание во время речи, в основе которого лежит глубокий вдох и продолжительный и плавный выдох.

Речевое дыхание представляет собой систему произвольных психомоторных реакций, тесно связанных в онтогенезе развитием устной речи, ее звукопроизносительной и интонационной сторон. Характер речевого дыхания подчинен внутреннему речевому программированию, а значит — семантическому и лексико-грамматическому наполнению высказывания [8].

В большом медицинском словаре речевое дыхание трактуется как «дыхание в процессе речи, отличающееся от обычного более быстрым вдохом и замедленным выдохом, значительным увеличением дыхательного объема, преимущественно ротовым типом дыхания, максимальным расхождением голосовых складок на вдохе и сближением их почти до соприкосновения на выдохе» [12].

Н. В. Новоторцева писала, что речевое дыхание – это «дыхание при речи, отличающееся от физиологического. Речевое дыхание характеризуется более коротким и глубоким вдохом через рот. Объем вдыхаемого воздуха по сравнению с дыханием в покое увеличивается примерно втрое. Время выдоха заметно удлиняется, становится в 7–8 раз больше времени вдоха. Число дыхательных движений в минуту сокращается с 16–18 до 8–10» [34].

В.П. Дудьев отмечал, что «дыхание в процессе речи, отличающееся от физиологического рядом особенностей: соотношением длительности вдоха и выдоха (при речевом дыхании вдох значительно короче, а выдох

продолжительнее); характером их осуществления (при речи дыхание преимущественно ротовое, физиологическое дыхание в норме – носовое), объемом дыхательного воздуха (при речи дыхательный объем увеличивается в 3-4 раза и равен 1600-2000 см³), числом дыхательных актов в минуту и др.» [15].

А. А. Князев говорил, что речевое дыхание является основным источником энергии при образовании звуков речи. Фонационное дыхание отличается от физиологического тем, что оно произвольно, вдох короче, выдох, напротив, замедлен, прерывист, подчинен произнесению текста, очередной вдох осуществляется без паузы. При производстве звука струя выдыхаемого воздуха встречает на своем пути сомкнутые и напряженные голосовые связки. Благодаря колебанию голосовых складок у голосовой щели в струе выдыхаемого воздуха образуются волны сгущения и разрежения, происходят колебания воздуха, которые и образуют звук. Речевой выдох происходит в основном через рот, небольшие порции воздуха выходят через носовые отверстия небольшими порциями только при фонации некоторых отдельных звуков. Общеизвестным типом дыхания при фонации считается рёберно-диафрагмальное, которое осуществляется за счет сокращения диафрагмы и межрёберных мышц. Естественное в жизни газообменное рёберно-диафрагмальное дыхание при пении и речи должно быть изменено так, чтобы добиться наиболее благоприятных условий для деятельности голосообразующего аппарата.

Основные критерии правильного фонационного дыхания:

- не происходит перегрузки воздухом легких;
- голосовые связки не вынуждаются приспосабливаться к давлению на них воздуха;
- подсвязочное давление максимально смягчено;
- дыхательные движения грудной клетки сведены к минимуму;
- при изменениях голоса по высоте и силе затраты воздуха сведены к минимуму;

- голосовые связки в процессе речи не изменяют свой функциональный режим;
- в речевом процессе сохраняется участие всех дыхательных мышц;
- грудная клетка и вся верхняя часть голосового аппарата освобождены от напряжения;
- глоточная полость максимально расширения при необходимости [20].

Механизм речеобразования чрезвычайно сложно устроен и включает центральный отдел речевого аппарата, куда входит кора головного мозга, подкорковые образования и проводящие пути, а также черепные нервы, и периферический отдел, представленный голосовым, артикуляционным и дыхательным аппаратами. Последний при этом обеспечивает возможность образования звуков, то есть выдыхаемая воздушная струя является энергетической базой для возникновения звуков голоса и речи [36].

Для организации плавной речи важное значение имеет тип речевого дыхания. Известно, что плавность речи – это целостное и непрерывное артикулирование интонационно логически завершенного отрезка высказывания в процессе одного непрерывного выдоха.

«Смысл работы над дыханием состоит в том, чтобы саморегулирующийся процесс трех систем речеобразования (работа диафрагмы, глотки, артикуляционного аппарата) развить, довести до совершенства. Тогда выработанный с детства автомеханизм голосообразования не подведет, а будет действовать безотказно и четко...» [42].

Выделяют три типа физиологического дыхания. Первый тип – ключичное дыхание. Дыхательные движения совершаются за счет расширения верхней части грудной клетки. На вдохе живот втягивается, а плечи могут слегка подниматься, как следствие, производится неглубокий вдох и короткий выдох. Это неблагоприятный для речи тип дыхания.

Второй тип – грудное дыхание. Дыхательные движения совершаются за счет расширения грудной клетки, но диафрагма пассивно следует за этими движениями. Это промежуточный тип дыхания.

Третий тип – диафрагмальное (брюшное, ниже-реберное) дыхание – наиболее благоприятный для речи тип дыхания. Дыхательные движения совершаются с участием диафрагмы. Брюшная стенка на вдохе выпячивается, а на выдохе опадает. Производится глубокий вдох и продолжительный выдох, который и является основой для речевого дыхания [36].

Речевое дыхание (фонационное дыхание) – это основа всей звучащей речи. Благодаря речевому дыханию обеспечивается наиболее правильный процесс фонации, а также создаются условия для поддержания громкости голоса, уместного соблюдения пауз, сохранения плавности и интонационно-выразительной речи [43].

За поддержание подскладочного давления и правильного голосообразования отвечает физиологически нормальный речевой вдох, который имеет определенное количество воздуха. В спокойном, обычном состоянии человек дышит носом, рот закрыт. Небная занавеска касается корня языка, так как она свободно свисает книзу. К небу прижимаются кончик языка и его спинка, а полость глотки отгораживается от ротовой полости. Язык при дыхании через рот опускается книзу и уплощается на дне ротовой полости, а небная занавеска поднимается кверху. В процессе пения и разговора воздух при вдыхании и выдыхании проходит через нос и рот, но преимущественно через рот [17].

Речевое дыхание определяется как высокоорганизованный акт, в процессе которого процессы дыхания и артикулирования четко соотносятся в речевом высказывании. Под речевым дыханием также следует понимать способность человека в момент непосредственного произнесения высказывания осуществлять короткий, но глубокий вдох и расходовать воздух при выдохе достаточно рационально.

Для развития речи человека характерным является специфический «речевой» механизм дыхания, в процессе которого возникают дифференцированные движения диафрагмы колебательного характера. Именно колебательные движения диафрагмы и осуществляют процесс фонации и речевого дыхания.

Следовательно, можно определить фонационное дыхание как систему случайных психомоторных реакций, связанных с процессом речевого производства. Речевое дыхание подчиняется внутреннему речевому программированию, а также семантическому, лексико-грамматическому и интонационному наполнению высказывания. В процессе возникновения речи происходит увеличение функционального показателя фазы выдоха. Более быстрый и глубокий, чем в покое, вдох является необходимым перед тем, как начать говорить. В покое фонационный вдох происходит через нос и рот, но в момент речевого выдоха поток воздуха проходит только через рот.

Для получения связного высказывания необходимо рациональное расходование воздушной струи. Речевой выдох удлиняется на такое количество секунд, на которое необходимо при непрерывном процессе произнесения интонационно и логически законченного отрезка высказывания [11].

Главное отличие речевого дыхания от физиологического состоит в том, что процесс неречевого дыхания происходит автоматически, тогда, как фонационное дыхание осуществляется произвольно. В процессе дыхания вдох и выдох осуществляются через носовую полость, при этом вдох почти равен выдоху по времени. В процессе речевого дыхания после глубокого, но короткого вдоха возникает пауза и только затем длительный по продолжительности выдох, во время которого и происходит порождение речевого высказывания. Во время речевого дыхания в момент выдоха активно принимают участие выдыхательные мышцы. Это необходимо для того, чтобы возникло сильное давление воздушной струи, и тем самым

возник наиболее глубокий выдох. Более большой запас воздуха, чем при физиологическом дыхании необходим для обеспечения длительного фонационного выдоха. При речи объем выдыхаемого воздуха составляет 1000–1500 см³, а при физиологическом дыхании – 500 см³. Узкие носовые проходы не позволяют осуществить быстрый и глубокий вдох, поэтому он происходит преимущественно через рот [35].

Таким образом, в нашем исследовании речевое дыхание определяется как сложный акт, осуществляемый согласованной работой дыхательного, голосового и артикуляционного аппаратов. Правильное речевое дыхание создает условия для нормального звукообразования, поддержания нормальной громкости речи, чёткого соблюдения пауз, сохранения плавности речи и интонационной выразительности.

1.2 Особенности формирования речевого дыхания у детей младшего школьного возраста в онтогенезе

Формирование речевой деятельности и усвоение системы родного языка в онтогенезе в концепции «речевого онтогенеза» А. А. Леонтьева делят на ряд следующих друг за другом стадий или периодов:

- Подготовительная стадия, продолжающаяся от рождения до одного года;
- Преддошкольная стадия, продолжающаяся от одного года до трех лет;
- Дошкольная стадия, продолжающаяся от трех до семи лет;
- Школьная стадия, продолжающаяся от семи до семнадцати лет.

На первом этапе формирования речи охватываются первые три года жизни ребенка. Развитие детской речи до трех лет в свою очередь делится на три этапа:

1. доречевой этап, в который входят периоды лепета и гуления,
2. дограмматический - этап первичного освоения языка - второй год жизни,

3. этап усвоения грамматики - третий год жизни.

А. А. Леонтьев указывает, что временные рамки этих этапов очень вариативны; помимо того, в развитии детской речи встречается акселерация, т. е. смещение возрастных характеристик на более ранние возрастные этапы онтогенеза [24].

Дыхание в процессе речи, или так называемое речевое дыхание, по сравнению с физиологическим дыханием в спокойном состоянии, имеет существенные отличия, обусловленные особыми требованиями, предъявляемыми к дыхательному акту во время речи. Перед началом речи в норме делается быстрый и более глубокий, чем в покое, вдох. Нормальный «речевой вдох» характеризуется наличием определенного количества воздуха, способного обеспечить поддержание подскладочного давления и голосообразования. Большое значение для озвучивания связного высказывания имеет рациональный способ расходования воздушной струи. Время выдоха удлиняется настолько, насколько необходимо звучание голоса при непрерывном произнесении интонационно логически завершенного отрезка высказывания.

В ходе речевого развития вырабатывается специфический «речевой» механизм дыхания, и, следовательно, специфические «речевые» сокращения диафрагмальной мышцы. В процессе устной речи диафрагма многократно производит тонкие дифференцированные колебательные движения на фоне общего непрекращающегося выдоха. Таким образом, речевое дыхание представляет собой систему психомоторных реакций, тесно связанных с развитием речи, его характер подчинен внутриречевому программированию, а значит смыслу, лексико-грамматическому и интонационному наполнению высказывания [7].

В период внутриутробного развития нервно-мышечный аппарат системы внешнего дыхания имеет более раннюю закладку и ускоренное созревание по сравнению с другими мышцами туловища и конечностей. Развитие дыхательной функции в онтогенезе делится на три фазы:

- Первая фаза (короткая) – от первого вдоха после рождения до полного расправления легких.

- Во второй фазе (длительность - от нескольких часов до нескольких недель) устанавливается устойчивое соотношение между дыхательной и циркуляторной системами.

- Третья фаза (формируется до 10 лет) – развитие дыхательных и циркуляторных регуляций.

Совместно с увеличением размеров тела ребенка происходит рост и развитие бронхиального дерева (развитие новых бронхиальных ветвей продолжается до 7–8 лет) и легких, развивается дыхательная мускулатура. Также увеличивается скорость воздушного потока в дыхательных путях. Об этом свидетельствует увеличение объемных скоростей дыхания [35].

Развитие речевого дыхания у ребенка начинается параллельно развитию речи. Если у здорового новорожденного ребенка крик громкий, чистый, с коротким вдохом и удлиненным выдохом, то, начиная с 12 недель, у большинства здоровых детей частота крика снижается, появляется начальное гуление. Звуки гуления произносятся на выдохе, т. е. гуление представляет собой своеобразную тренировку речевого дыхания [18].

По данным Н. И. Красногорского у детей в возрасте 3–6 месяцев идет подготовка дыхательной системы к реализации голосовых реакций, т. е. на ранней стадии речевого онтогенеза идет диффузная отработка координации фонаторно-дыхательных механизмов, лежащих в основе устной речи. В дошкольном возрасте у детей в процессе речевого развития одновременно формируется связная речь и речевое дыхание [22].

В дошкольном возрасте у детей формируется связная речь и речевое дыхание. У здоровых детей физиологической (чаще груднобрюшное) и речевое дыхание находятся в стадии интенсивного формирования с 4 до 6 лет. В процессе выдоха наблюдается произнесение лишь отдельных слов 22 (однослоговых, двуслоговых). Фразовая речь детей характеризуется неплавностью, задержкой дыхания, дополнительными вдохами в процессе

произнесения. Это свидетельствует о несформированности взаимоотношений между артикуляцией и дыханием в процессе устной речи. У детей без речевой патологии к пяти годам наблюдается в основном грудобрюшной тип дыхания, хотя нередко (после бега, при волнении, в разговоре со взрослым и т. д.) они могут дышать всей грудью, даже поднимая плечи.

По исследованиям Л. И. Беляковой у детей в 4–6-летнем возрасте, не имеющих речевой патологии, речевое дыхание находится на стадии интенсивного формирования. Простые речевые задачи реализуются ими на фоне сформированного речевого выдоха. В процессе одного речевого выдоха они произносят простые 3 – 4-х словные фразы с общеупотребительной лексикой. Стихотворные тексты с короткими строками произносятся детьми в старшем дошкольном возрасте, как правило, с использованием речевого дыхания.

Усложнение речевой задачи детьми 5–6 лет в виде 4-, 5- и 6 словных фраз с новой лексикой приводит к нарушению речевого дыхания. Усложнение содержания высказывания как в семантическом, так и в лексико-грамматическом плане разрушает речевой выдох: появляются дополнительные вдохи, задержки дыхания, т. е. высказывание прерывается и, соответственно, не имеет интонационной завершенности [10].

К младшему школьному возрасту дети начинают правильно произносить безударные и ударные слоги в слове, но выделить их пока не могут. Этот процесс происходит интуитивно и становится основой для обучения постановке логического ударения в предложении. У ребенка появляется тип мелодического оформления речи, сходный с типом взрослого, появляется шепотная речь, сокращаются показатели не плавности речи, пауз и повторов слов, происходит овладение интонацией повествования по подражанию, намечается темп высказывания [30].

Произнесение фразы детьми 10 лет, как и взрослыми людьми, в спокойном эмоциональном состоянии всегда происходит в пределах одного

речевого выдоха, т. е. речевой выдох растягивается во времени соответственно длине высказывания [10].

А. Г. Ипполитова не считает нужным проводить какие-либо специальные упражнения по развитию дыхания (сдувание ватки, надувание игрушек и т. п.), часто применяемых в логопедической практике, так как все виды такого дыхания к речи отношения не имеют. Кроме того, эти упражнения часто выполняются ребенком с напряжением, которое для речи вредно, так как оно может иррадиировать на весь мышечный комплекс речевого аппарата и тем самым затруднять артикуляцию [19].

Таким образом, можно сделать вывод о том, что полноценное становление процесса речевого дыхания происходит к десяти годам. К этому времени речевое дыхание соответствует синтагматическому делению текстов, то есть процесс его становления завершается. Дети могут осуществлять дыхание при активном участии мышц брюшного пресса, диафрагмы; осуществлять плавный вдох-выдох; совершать координированные движения лицевой мускулатуры и согласовывать их с дыханием; выполнять большое количество различных упражнений на произнесение изолированных гласных, слогов, слов на выдохе, совершать чтение текстов в заданном темпе, ритме, с ударением, паузацией, интонацией, под контролем зрительного и слухового анализаторов.

1.3 Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей младшего школьного возраста с дизартрией

Распространённым видом нарушений является дизартрия, то есть обусловленное недостаточной иннервацией органов речевого аппарата, стойкое нарушение произносительной стороны речи [39].

Дизартрия в логопедии рассматривается как нарушение произносительной стороны речи, при которой страдает звукопроизношение, голосообразование, просодическая сторона звукового потока,

обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата: дыхательного, голосового, артикуляционного [5].

При дизартрии прежде всего ограничен в движениях основной орган артикуляции – язык. Он становится неловким, непослушным, при высовывании может отклоняться в сторону. Затруднено движение и других частей речевого аппарата (губ, неба, голосовых связок, диафрагмы). Мышцы лица тоже малоподвижны, поэтому мимические движения невыразительные и однообразные. Ребенок с трудом надувает щеки, хмурит и поднимает брови. Часто наблюдаются содружественные движения (синкинезии), например, когда ребенок пытается поднять язык с помощью нижней губы и челюсти. При выполнении движений обычно усиливается слюнотечение, которое тоже является одним из характерных признаков дизартрии.

Характерным признаком дизартрии является нарушение проприоцептивной афферентной импульсации от мышц артикуляционного аппарата. Дети слабо ощущают положение языка, губ, направление их движений, они затрудняются по подражанию воспроизвести и сохранить артикуляционный уклад, что задерживает развитие артикуляционного праксиса [26].

Также при дизартрии за счет нарушения иннервации дыхательной мускулатуры нарушается речевое дыхание. Ритм дыхания не регулируется смысловым содержанием речи. В момент речи дыхание обычно учащенное, активный выдох укорочен и происходит через нос, несмотря на постоянно полуоткрытый рот.

Рассогласованность в работе мышц, осуществляющих вдох и выдох, приводит к появлению тенденции говорить на вдохе, что еще больше нарушает произвольный контроль над дыхательными движениями, а также координацию между дыханием, фонацией и артикуляцией.

Следующая характерная особенность дизартрии – нарушения голоса и мелодико-интонационные расстройства, которые связаны с парезами

мышц языка, губ, мягкого неба, голосовых складок, мышц гортани, нарушениями их мышечного тонуса и ограничением их подвижности. Спастическое сокращение мышц голосового аппарата может полностью исключить возможность вибрации голосовых складок, что будет резко нарушать процесс образования звонких согласных. Вибрация голосовых складок нарушается также при слабости и паретичности мышц голосового аппарата, в результате чего сила голоса становится минимальной [26].

При дизартрии нарушается двигательный механизм речи, артикуляция, фонация, речевое дыхание, возникающее в результате органического поражения центральной нервной системы. В зависимости от локализации поражения клинические проявления дизартрии будут неодинаковыми. Структура дефекта при дизартрии составляет нарушение всей произносительной стороны речи и неречевых процессов: общей и мелкой моторики, пространственных представлений и другие [2].

А. Н. Корнев определяет это расстройство как избирательные, негрубые, но довольно стойкие нарушения звукопроизношения, которые сопровождаются легкими, своеобразными нарушениями иннервационной недостаточности артикуляционных органов. При них нет тотальных полиморфных нарушений звукопроизношения (как при дизартрии у детей с ДЦП), нет выраженных нарушений тонуса и сократительной способности артикуляционных мышц [21].

Л. В. Лопатина отмечает, что дизартрия является нарушением речи, которое проявляется в расстройствах фонетического и просодического компонентов речевой функциональной системы и возникает вследствие невыраженного микро органического поражения головного мозга [28].

Частой особенностью дизартрии у детей младшего школьного возраста является ее смешанный характер с сочетанием различных клинических синдромов с другими речевыми расстройствами. В связи с этим в период интенсивного развития ребенка поражение отдельных звеньев речевой функциональной системы может привести к сложной

дезинтеграции всего речевого развития в целом включая и нарушения кинестетического восприятия артикуляционных поз и движений [6].

У ребёнка 7–8 лет может отмечаться от 3,5 до 12 тысяч слов, кроме этого у школьников полностью сформирована произносительная сторона речи, поскольку к этому возрасту у ребенка полностью развито фонематическое восприятие. Благодаря этому дети младшего школьного возраста могут сами исправлять ошибки собственного произношения, а также замечать ошибки произношения сверстников.

Развиваются навыки словоизменения и словообразования. Возрастает количество слов с обобщённым значением, используются слова всех частей речи, а также синонимы, антонимы. Ребёнок начинает дифференцировать значения слов, а в соответствии с этим, употреблять многозначные слова.

Детям младшего школьного возраста доступно употребление в речи разнообразных типов предложений, а также различных грамматических форм слов в предложениях. Это связано с усложнением содержания речи и её объёма. Это свидетельствует об овладении им более сложным видом речи - монологической речью.

К началу школьного возраста ребёнок почти овладевает родным языком, развёрнутой фразовой речью, фонетикой, 32 лексикой, грамматикой, что необходимо и достаточно для устного общения на доступные младшему школьнику темы. Уровень развития его фонематического слуха позволяет овладеть навыками звукового анализа и синтеза, что является необходимым условием усвоения грамоты в школьный период [18].

Поскольку в младшем школьном возрасте у детей в процессе речевого развития формируется связная речь, то при дизартрии отмечаются трудности развернутого высказывания, проявляющаяся не только моторными затруднениями, но и нарушениями языковых операций на уровне процессов, связанных с выбором нужного слова – лексических единиц, и построением сложных логико-грамматических отношений [13].

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 с дизартрией 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.

Названные нарушения проявляются в разной степени и в различных комбинациях в зависимости от локализации поражения в центральной и периферической нервной системе, от тяжести нарушения, от времени возникновения дефекта.

Клиническое, психологическое и логопедическое изучение детей с дизартрией показывает, что эта категория детей очень неоднородна с точки зрения двигательных, психических и речевых нарушений. Причинами дизартрии являются органические поражения ЦНС, в результате воздействия различных неблагоприятных факторов на развивающийся мозг ребенка во внутриутробном и раннем периодах развития. Чаще всего это внутриутробные поражения, являющиеся результатом острых, хронических инфекций, кислородной недостаточности (гипоксии), интоксикации, токсикоза беременности и ряда других факторов, которые создают условия для возникновения родовой травмы. В значительном числе таких случаев при родах у ребенка возникает асфиксия, ребенок рождается недоношенным.

Причиной дизартрии может быть несовместимость по резус-фактору. Несколько реже дизартрия возникает под воздействием инфекционных заболеваний нервной системы в первые годы жизни ребенка.

Дизартрия нередко наблюдается у детей, страдающих детским церебральным параличом (ДЦП). По данным Е. М. Мастюковой, дизартрия при ДЦП проявляется в 65–85% случаев [33].

Клинико-физиологические аспекты дизартрии определяются локализацией и тяжестью поражения мозга. Анатомическая и функциональная взаимосвязь в расположении и развитии двигательных и речевых зон и проводящих путей определяет частое сочетание дизартрии с двигательными нарушениями различного характера и степени выраженности.

Нарушения звукопроизношения при дизартрии возникают в результате поражения различных структур мозга, необходимых для управления двигательным механизмом речи.

К таким структурам относятся:

- периферические двигательные нервы к мышцам речевого аппарата (языка, губ, щек, нёба, нижней челюсти, глотки, гортани, диафрагмы, грудной клетки);
- ядра этих периферических двигательных нервов, расположенные в стволе головного мозга;
- ядра, расположенные в стволе и в подкорковых отделах мозга и осуществляющие элементарные эмоциональные безусловно-рефлекторные речевые реакции типа плача, смеха, вскрикивания, отдельных эмоционально-выразительных восклицаний и др.

Поражение перечисленных структур дает картину периферического паралича (пареза): нервные импульсы к речевым мышцам не поступают, обменные процессы в них нарушаются, мышцы становятся вялыми, дряблыми, наблюдается их атрофия и атония, в результате перерыва спинальной рефлекторной дуги рефлексы с этих мышц исчезают, наступает арефлексия.

Двигательный механизм речи обеспечивается также более высоко расположенными следующими мозговыми структурами:

- подкорково-мозжечковыми ядрами и проводящими путями, которые осуществляют регуляцию мышечного тонуса и последовательность мышечных сокращений речевой мускулатуры, синхронность

(координированность) в работе артикуляционного, дыхательного и голосового аппарата, а также эмоциональную выразительность речи. При поражении этих структур наблюдаются отдельные проявления центрального паралича (пареза) с нарушениями мышечного тонуса, усилением отдельных безусловных рефлексов, а также с выраженным нарушением просодических характеристик речи — ее темпа, плавности, громкости, эмоциональной выразительности и индивидуального тембра;

- проводящими системами, обеспечивающими проведение импульсов от коры мозга к структурам нижележащих функциональных уровней двигательного аппарата речи (к ядрам черепно-мозговых нервов, расположенных в стволе головного мозга). Поражение этих структур вызывает центральный парез (паралич) речевой мускулатуры с повышением мышечного тонуса в мышцах речевого аппарата, усилением безусловных рефлексов и появлением рефлексов орального автоматизма с более избирательным характером артикуляторных расстройств;

- корковыми отделами головного мозга, обеспечивающими как более дифференцированную иннервацию речевой мускулатуры, так и формирование речевого праксиса. При поражении этих структур возникают различные центральные моторные расстройства речи [26].

Двигательные нарушения обычно проявляются на более поздних сроках формирования двигательных функций, особенно таких, как развитие возможности самостоятельно садиться, ползать с попеременным одновременным выносом вперед руки и противоположной ноги и с легким поворотом головы и глаз в сторону вперед вынесенной руки, ходить, захватывать предметы кончиками пальцев и манипулировать с ними.

Эмоционально-волевые нарушения проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости и истощаемости нервной системы. На первом году жизни такие дети беспокойны, много плачут, требуют к себе постоянного внимания. У них отмечаются нарушения сна, аппетита, предрасположенность к срыгиванию и рвотам, диатезу, желудочно-

кишечным расстройствам. Они плохо приспосабливаются к изменяющимся метеорологическим условиям.

В дошкольном и школьном возрасте дети с дизартрией двигательны беспокойны, склонны к раздражительности, колебаниям настроения, суетливости, часто проявляют грубость, непослушание. Двигательное беспокойство усиливается при утомлении, некоторые склонны к реакциям истероидного типа: бросаются на пол и кричат, добиваясь желаемого. Другие пугливы, заторможены в новой обстановке, плохо к ней приспосабливаются, избегают трудностей.

Несмотря на то что у детей не наблюдаются выраженные параличи и парезы, моторика их отличается общей неловкостью, недостаточной координированностью, они беспомощны в навыках самообслуживания, отстают от сверстников по ловкости и точности движений, у них с задержкой развивается готовность руки к письму, поэтому долго не проявляется интерес к рисованию и другим видам ручной деятельности, в школьном возрасте отмечается плохой почерк. Выражены нарушения интеллектуальной деятельности: низкая умственная работоспособность, нарушения памяти, внимания.

Для многих детей характерно замедленное формирование пространственно-временных представлений, оптико-пространственного гнозиса, фонематического анализа, конструктивного праксиса [26].

Таким образом, основные симптомы дизартрии — нарушения звукопроизношения и просодической стороны речи — определяются характером и степенью выраженности проявлений артикуляционных, дыхательных и голосовых расстройств. При дизартрии нарушается низший фонологический уровень языка.

1.4 Специфика речевого дыхания у детей младшего школьного возраста с дизартрией

Главным признаком, отличающим дизартрию от других нарушений произношения, является то, что в этом случае страдает вся произносительная сторона речи, а не произношение отдельных звуков. У детей наблюдается ограниченная подвижность мимической и речевой мускулатуры. Речь такого ребенка характеризуется смазанным, нечетким звукопроизношением; голос у него слабый, тихий, а в редких случаях, наоборот, резкий; ритм дыхания нарушен, темп речи может быть замедленным или ускоренным, речь теряет свою плавность [29].

Нарушения дыхания обусловлены недостаточностью центральной регуляции дыхания. Нарушен ритм дыхания: в момент оно учащается. Отмечается нарушение координации вдоха и выдоха (поверхностный вдох и укороченный слабый выдох). Выдох обычно происходит через нос, несмотря на полуоткрытый рот. Дыхательные нарушения особенно выражены при гиперкинетической форме дизартрии [4].

Причинами возникновения дизартрии, как правило, являются различные вредоносные факторы, которые могут воздействовать внутриутробно во время беременности (патология плаценты, токсикозы, вирусные инфекции), в момент рождения (стремительные или затяжные роды, вызывающие кровоизлияние в мозг младенца) и в раннем возрасте (инфекционные заболевания мозговых оболочек и мозга: менингоэнцефалит, менингит и прочее) [38].

Дизартрия— это такое расстройство звукопроизношения, которое является следствием нарушения в системе иннервации речевого аппарата. Дизартрия проявляется клинически выраженной недостаточностью звуковых и просодических характеристик речи, связанных с органическим поражением центральных и периферических структур нервной системы. Среди других характерных особенностей этой группы расстройств можно отметить:

- 1) нарушение голоса, он становится слабым, неблагозвучным и сопровождается заменой звонких согласных на глухие;

2) расстройства ритма и глубины дыхания;

3) нарушение координации между артикуляцией и дыханием [46].

Е. Ф. Архипова выделяет так называемую функциональную дизартрию, как результат ослабления нейронных связей в мозговых центрах, отвечающих за речь и слух, поражение которых приводит к плохому восприятию речи и её продукции [3].

Дефект дизартрии заключается в расстройствах формирования системы фонетических средств произношения и образования звуков. В структуре речевого дефекта у детей с дизартрией ведущими нарушениями выступают расстройства формирования системы фонетических средств языка, используемых для образования звуковых единиц родного языка. Несмотря на негрубый характер нарушений звукопроизношения лексический запас, грамматическая структура находятся на грани нормы. В дальнейшем такие дети имеют проблемы при обучении в школе и освоении письменной речи [23].

Для таких детей характерно нарушение просодической стороны устной речи. Отсутствует интонация высказывания, наблюдается слияние фраз, страдает темпоритмичная организация устной речи. Тщательное обследование позволяет выявить природу нарушений и установить форму дизартрии.

Нарушено дыхание — ребёнок делает дополнительные дыхательные движения. Обучение осознанному управлению всеми фазами акта дыхания через тренировку дыхательных мышц, а также регулировку работы дыхательного центра благотворно влияет на оздоровление всего организма в целом. Перед логопедом возникает задача построить свою работу наиболее интересно для детей с дизартрией и с максимальной результативностью [41].

Физиологическое дыхание у детей, как правило, поверхностное, ритм его неустойчив и нарушается даже при небольшом эмоциональном и физическом напряжении. Речевое дыхание представляет собой высоко-

координированный акт, во время которого дыхание и артикуляция строго соотносятся в процессе речевого высказывания. Перед вступлением в речь дети с диагнозом дизартрия делают недостаточный по объёму вдох, что не обеспечивает возможности закончить фразу до конца. Фраза обрывается для добора воздуха, либо произносится на вдохе, что ведёт к множественным искажениям, а иногда и невозможности воспроизвести высказывание или звук из-за слабой и неправильно направленной воздушной струи.

Для коррекции речевого дыхания при дизартрии используются дыхательные упражнения. Цель применения дыхательных упражнений — научить детей быстро, бесшумно производить вдох и рационально, экономно расходовать воздух на выдохе при произнесении отрезка фразы или высказывания, то есть при ротовом выдохе. Примерами дыхательных упражнений являются приёмы установления плавности речи, голосовых модуляций, силы и громкости, а также темпа, ритма и тона голоса [46].

С. А. Токарева так представляет псевдобульбарную дизартрию: «Речевое нарушение при псевдобульбарной дизартрии более массивное, чем при открытой ринолалии. Речь неясная, смазанная, часто с гнусавым оттенком. Звукопроизношение нечленораздельное. Темп речи чаще замедленный. Голос в большинстве случаев слабый, монотонный, иногда хриплый. Дыхание нарушается, становится поверхностным» [44].

М. А. Посохова и Н. М. Фатеева указывают что объем легких у детей с псевдобульбарной дизартрией недостаточен для речевого выдоха, воздушная струя нецеленаправленна, дети добирают воздух во время речи, появляются и судорожные вдохи, не дифференцированы носовой и ротовой вдох и выдох, существует длительный латентный период между дыханием, голосообразованием и артикулированием. Дети с псевдобульбарной дизартрией остро нуждаются в коррекции дыхания, если она была проведена, результаты гораздо выше проведенной обычной коррекционной работы логопеда, этот факт подтвержден данными исследованиями [40].

При экстрапирамидной форме О. В. Елецкая и А. А. Тараканова отмечают выраженные расстройства координации дыхания, голосоподачи и артикуляции, вследствие чего речь строится как на выдохе, так и на вдохе [16].

При минимальных проявлениях дизартрии Е. С. Алмазова отмечает помимо нарушения звукопроизношения, нарушения голоса и его модуляций, слабость речевого дыхания, выраженные просодические нарушения, моторную неловкость [1].

Эти сведения подтверждаются Е. Ф. Архиповой, которая, описывая стертую дизартрию, фиксирует следующие нарушения: «Наблюдаются трудности произвольного расслабления мышц и произвольного дыхания с изменениями по речевой инструкции длительного вдоха и выдоха, направления воздушной струи то через рот, то через нос» [4].

Но существуют также и сочетанные патологии, например, как описывает А. М. Щацкова, при сочетанной речевой патологии в виде алалии и минимальных проявлений дизартрии имеются нарушения тонуса мышц и другими речевыми нарушениями, а также расстройство речевого дыхания [45].

Е. Ф. Мухамедьярова заключает, что речевое дыхание страдает у детей с дизартрией из-за нарушения иннервации дыхательной мускулатуры. Возникающая вялость артикуляционного аппарата способствует растечению воздушной струи по всей ротовой полости, это приводит к нарушению звукопроизношения. Как указывает автор, ритм дыхания чаще учащен, не регулируется смысловым содержанием речи, ребенок после произнесения слогов или слов совершает поверхностные, судорожные вдохи, активный выдох укорочен, обыкновенно происходит через нос, несмотря на полуоткрытый рот. Тенденция говорить на вдохе, по Е. Ф. Мухамедьяровой, обусловлено рассогласованностью в работе вдыхательных и выдыхательных мышц. Произвольный контроль над

дыханием нарушен, как и весь комплекс координации между дыханием, фонацией и артикуляцией [32].

Р. И. Мартынова, описывая особенности дислалии и дизартрии отмечает, что при дизартрии, в отличие от дислалии, помимо нарушений звуковой стороны речи, наблюдаются дополнительные моменты со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем, что, по мнению автора, говорит о вовлечении в процесс системы блуждающего нерва [31].

Как указывают О. В. Елецкая и А. А. Тараканова, при функциональной дислалии диафрагмально-речевое дыхание в норме, а при дизартрии дыхание поверхностное, ключичное, диафрагмально-речевое дыхание не сформировано [16].

Как справедливо отмечают Н. Ю. Григоренко и С. А. Цыбульский, надо иметь в виду, что у детей с нетяжелыми аномалиями, такими как дистальный прикус с ретрузекцией может возникнуть патологическое ротовое дыхание, при открытом прикусе дыхание может затрудняться. Также необходимо учесть, что назализация речи может наблюдаться как при нарушении иннервации мягкого неба, так и при полипах, аденоидах, опухолях, хронических воспалительных процессах носа, которые затрудняют подъем и смыкание мягкого неба с задней стенкой глотки, а также препятствуют нормальному прохождению воздушной струи через носовую полость, что часто приводит к наличию носового оттенку при произнесении ротовых звуков и отсутствию назализации у носовых звуков [14].

Таким образом, изучение состояния речевого дыхания является одним из ведущих критериев дифференциальной диагностики детей со сходными нарушениями произносительной стороны речи.

Выводы по I главе

Анализ современной литературы позволил нам сделать вывод, что речевое дыхание – это координированный акт, при котором осуществляется

короткий вдох и продолжительный плавный выдох, необходимый для возможности свободно говорить в процессе речевого высказывания, является основным источником энергии при образовании звуков речи.

Правильное звукопроизношение, необходимые условия для поддержания громкости речи, четкого соблюдения пауз, сохранения плавности и интонационной выразительности речи обеспечивается благодаря правильной работе речевого дыхания.

Полноценное становление процесса речевого дыхания происходит к десяти годам. Правильное речевое дыхание у школьников обеспечивает правильное усвоение звуков, способно изменять силу их звучания, помогает верно соблюдать паузы, сохранять плавность речи, менять громкость, использовать речевую мелодику.

Дизартрия— это такое расстройство звукопроизношения, которое является следствием нарушения в системе иннервации речевого аппарата. Главным признаком, отличающим дизартрию от других нарушений произношения, является то, что в этом случае страдает вся произносительная сторона речи, а не произношение отдельных звуков.

По клинико-психолого-педагогической характеристике дети с дизартрией представляют собой неоднородную группу. Двигательные нарушения обычно проявляются на более поздних сроках формирования двигательных функций. Эмоционально-волевые нарушения проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости и истощаемости нервной системы. Выражены нарушения интеллектуальной деятельности: низкая умственная работоспособность, нарушения памяти, внимания.

Речевое дыхание у младших школьников с дизартрией нарушается из-за расстройств в иннервации дыхательной мускулатуры или из-за недостаточной регуляции данного процесса. Для многих детей характерно замедленное формирование пространственно-временных представлений, оптико-пространственного гнозиса, фонематического анализа, конструктивного праксиса.

Таким образом, проведенный теоретический анализ позволит нам определить содержание логопедической работы.

ГЛАВА II. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО КОРРЕКЦИИ РЕЧЕВОГО ДЫХАНИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

2.1 Методика изучения речевого дыхания детей младшего школьного возраста

Для обследования уровня сформированности навыков речевого дыхания у детей младшего школьного возраста с дизартрией необходимо изучение всех компонентов данного навыка. Следовательно, мы использовали в нашей работе методику Е. Ф. Архиповой.

Методика обследования речевого дыхания Е. Ф. Архиповой.

Начинают исследование речевого дыхания с оценки координации вдоха и выдоха. Определяют характер дыхания ребенка в покое и при речи. Визуально определяют характер дыхания в покое: дышит ли ребенок носом или ртом. Выделяют 3 типа дыхания:

- поверхностное,
- грудное,
- нижнереберное.

При поверхностном (ключичном) дыхании живот на вдохе втягивается, а плечи поднимаются. При грудном - расширяется грудь на вдохе. При межреберном (диафрагмальном) - при вдохе выпячивается живот, а при выдохе опадает живот. Нижнереберное, диафрагмальное дыхание считается наиболее физиологичным.

1. Определение типа дыхания

Материал для исследования: состояние покоя, при котором ребенок может сидеть, лежать, стоять.

Процедура: ребенку предлагается спокойно посидеть, постоять или полежать на кушетке. Руки логопеда располагаются одна на плечах, а другая на животе. При спокойном дыхании ребенка определяется, какая часть туловища поднимается. Если поднимаются плечи, то это дыхание относится к

поверхностному ключичному. Если поднимается при вдохе живот, то это диафрагмальное дыхание. Если расширяется грудь, то это относится к грудному типу дыхания.

Инструкция: «Полежи на кушетке спокойно. Мои руки будут проверять, как ты дышишь».

2. Исследование умения дифференцировать носовое и ротовое дыхание

Инструкция: «Покажи, как ты умеешь дышать: вдыхать и выдыхать. Слушай внимательно и выполняй».

Вдохни носом (понюхай цветок) — выдохнуть носом (2~3 раза). Рот при этом закрыт.

Вдохни носом, а выдохни ртом (погрей руки) (2–3 раза).

Вдохни ртом (как рыба) — выдохни ртом (погрей руки).

Вдохни ртом, а выдохни носом.

3. Исследование целенаправленности воздушной струи

Материал для исследования: пузырек, ватный шарик, маленькая свечка для дня рождения.

Инструкция: «Покажи, как ты умеешь дуть».

— Вот мяч, а вот ворота. Подуй на шарик и забей мяч в ворота.

— Вот пузырек. Подуй в него так, чтобы пузырек свистел.

— Вот свеча, ее зажгли в день рождения ребенка, задуй свечу с первого раза.

4. Исследование силы воздушной струи.

Материал для исследования, граненый карандаш, губная гармошка,

Инструкция: «Проверим, как ты сильно умеешь дуть».

— Вот карандаш (на расстоянии 20 см), подуй на него так, чтобы он прокатился по столу. Для этого вдохни носом и сильно выдохни на карандаш. Губы вытяни трубочкой.

— Вот губная гармошка, подуй в нее сильно, чтобы появился звук.

Критерии сценки:

4 балла — диафрагмальный тип дыхания, дифференцирует ротовой и носовой вдох и выдох, выдыхаемая воздушная струя сильная и целенаправленная.

3 балла — диафрагмальный тип дыхания, дифференцирует носовой и ротовой вдох и выдох, снижен объём и сила выдоха.

2 балла — диафрагмальный тип дыхания, аритмичность вдоха и выдоха, малый объём и сила выдоха, недостаточная дифференциация ротового и носового вдоха и выдоха.

1 балл — поверхностный ключичный тип дыхания, аритмичность вдоха и выдоха, малый объём и сила выдоха, не дифференцирует ротовой и носовой вдох и выдох.

0 баллов — задание не выполняет.

5. Исследование особенностей фонационного дыхания.

1) Воспроизведение на одном выдохе предложений с увеличением количества слов.

Процедура: ребенку предлагается вдохнуть через нос и на выдохе произносить предложение.

Инструкция: «Послушай внимательно предложение и повтори его. Старайся сказать предложение плавно, на одном выдохе».

1. Девочка рисует цветок.
2. Девочка рисует цветок карандашами.
3. Девочка рисует красивый цветок карандашами.
4. Девочка рисует красивый цветок цветными карандашами.

2) Воспроизведение на одном выдохе чистоговорки.

Процедура: ребенку предлагается вдохнуть через нос и на выдохе произносить чистоговорку. Экспериментатор показывает образец выполнения задания.

Инструкция: «Послушай внимательно чистоговорку. Сделай вдох носом и на выдохе произнеси ее, как я».

Жу-жу-жу — я все лужи обхожу.

Ша-ша-ша — наша Маша хороша.

Ко-ко-ко — мне до речки далеко.

3) Воспроизведение на одном выдохе автоматизированного ряда.

Инструкция: «Посчитай от одного до десяти на одном выдохе».

4) Воспроизведение короткого стихотворения.

Процедура: при прочтении короткого стихотворения фиксируется, в какой фазе дыхания ребенок начинает речь. Отмечается наличие координации фонации и дыхания. Определяется также дискоординация фонации и дыхания.

Инструкция: «Прочитай стихотворение красиво, выразительно, с паузами, как на празднике».

Осень наступила,

Высохли цветы.

И глядят уныло

Голые кусты.

Критерии оценки:

4 балла — речь на выдохе, объем речевого дыхания хороший.

3 балла — речь на выдохе, объем речевого дыхания ограничен.

2 балла — речь на выдохе, но ослаблен речевой выдох.

1 балл — речь возможна на вдохе, дискоординация дыхания и фонации.

0 баллов — не справляется с заданиями.

Таким образом, нами определена методика, на основании которой будет проведено обследование речевого дыхания у младших школьников с дизартрией.

2.2 Результаты обследования речевого дыхания детей младшего школьного возраста с дизартрией

Экспериментальная работа по коррекции речевого дыхания у детей младшего школьного возраста с дизартрией состояла из 2 этапов:

1. Констатирующий эксперимент (01.09.2023 г. – 13.09.2023 г.). Цель – выявление особенностей коррекции речевого дыхания у детей младшего школьного возраста с дизартрией.

2. Формирующий эксперимент (16.09.2023 г. – 16.02.2024 г.). Цель – планирование и проведение коррекционной работы по развитию речевого дыхания у детей младшего школьного возраста с дизартрией.

Экспериментальной базой исследования послужило МОАУ «СОШ №19», г. Оренбурга. В экспериментальную группу вошли 7 детей младшего школьного возраста 8 лет с дизартрией.

Детям экспериментальной группы было предложено выполнить ряд заданий по направлениям, представленных в методике Е. Ф. Архиповой:

1. Определение типа дыхания.
2. Исследование умения дифференцировать носовое и ротовое дыхание.
3. Исследование целенаправленности воздушной струи.
4. Исследование силы воздушной струи.
5. Исследование особенностей фонационного дыхания.

Результаты обследования были внесены в протоколы, на основании которых были составлены сводные таблицы с результатами всей экспериментальной группы.

Таблица 1 – Результаты обследования типа речевого дыхания у детей младшего школьного возраста с дизартрией

№ п/п	Имя ребенка	Баллы	Критерии оценки
1.	Арсений	2	Диафрагмальный тип дыхания, ритмичность вдоха и выдоха
2.	Амир	2	Диафрагмальный тип дыхания
3.	Альбина	2	Диафрагмальный тип дыхания, ритмичность вдоха и выдоха
4.	Данис	2	Диафрагмальный тип дыхания
5.	Юлия	2	Диафрагмальный тип дыхания, ритмичность вдоха и выдоха
6.	Анна	2	Диафрагмальный тип дыхания, ритмичность вдоха и выдоха
7.	Сергей	3	Диафрагмальный тип дыхания, снижен объём и сила выдоха

Проанализировав результаты исследования, мы пришли к такому выводу, что у всех детей экспериментальной группы наблюдается диафрагмальный тип дыхания. Для четырех детей (Анна, Юлия, Альбина, Арсений) характерна ритмичность вдоха и выдоха. У одного ребенка (Сергей) снижен объём и сила выдоха.

Таблица 2 – Результаты обследования умения дифференцировать носовое и ротовое дыхание у детей младшего школьного возраста с дизартрией

№ п/п	Имя ребенка	Баллы	Критерии оценки
1.	Арсений	2	Недостаточная дифференциация ротового и носового вдоха и выдоха
2.	Амир	3	Дифференцирует носовой и ротовой вдох и выдох
3.	Альбина	1	Не дифференцирует ротовой и носовой вдох и выдох
4.	Данис	2	Недостаточная дифференциация ротового и носового вдоха и выдоха
5.	Юлия	2	Недостаточная дифференциация ротового и носового вдоха и выдоха
6.	Анна	1	Не дифференцирует ротовой и носовой вдох и выдох
7.	Сергей	3	Дифференцирует носовой и ротовой вдох и выдох

Анализ результатов обследования показал, что у трех детей (Арсений, Данис, Юлия) отмечаются нарушения в умении дифференцировать ротовой и носовой вдох и выдох. У двух детей (Анна, Альбина) не сформировано различение ротового и носового вдоха и выдоха. Иногда детям было сложно понять инструкцию с первого раза, требовалось повторное ее озвучивание. Проговаривая сколько раз необходимо выполнить задание, младшие школьники не всегда выполняли столько раз, сколько нужно. Двое детей (Сергей, Амир) умеют дифференцировать носовой и ротовой вдох и выдох.

Таблица 3 – Результаты обследования целенаправленности воздушной струи у детей младшего школьного возраста с дизартрией

№ п/п	Имя ребенка	Баллы	Критерии оценки
1.	Арсений	1	Воздушная струя нецеленаправленная
2.	Амир	2	Недостаточная целенаправленность воздушной струи
3.	Альбина	2	Недостаточная целенаправленность воздушной струи
4.	Данис	3	Целенаправленность воздушной струи снижена
5.	Юлия	1	Воздушная струя нецеленаправленная
6.	Анна	2	Недостаточная целенаправленность воздушной струи
7.	Сергей	2	Недостаточная целенаправленность воздушной струи

Проанализировав результаты проведенного обследования, можно отметить, что у всех детей экспериментальной группы отмечается недостаточная целенаправленность воздушной струи. В процессе выполнения заданий

у младших школьников изучаемой группы периодически сильно надувались щеки. Воздушная струя была не плавная, осуществлялся постоянный добор воздуха. Детям с трудом давалось целенаправленно подуть на предметы обследования, требовалось несколько попыток, чтобы приблизиться к нормальному выполнению.

Таблица 4 – Результаты обследования объема и силы воздушной струи у детей младшего школьного возраста с дизартрией

№ п/п	Имя ребенка	Баллы	Критерии оценки
1.	Арсений	2	Малый объем и сила выдоха
2.	Амир	2	Малый объем и сила выдоха
3.	Альбина	2	Малый объем и сила выдоха
4.	Данис	2	Малый объем и сила выдоха
5.	Юлия	1	Малый объем и сила выдоха
6.	Анна	1	Малый объем и сила выдоха
7.	Сергей	2	Малый объем и сила выдоха

По результатам таблицы можно сделать вывод, что для всех детей экспериментальной группы характерен малый или сниженный объем речевого дыхания, сила выдоха недостаточная. Несколько обучающихся (Юлия, Анна) изучаемой категории не могли вытянуть губы трубочкой. У детей возникали трудности с тем, чтобы сдвинуть с помощью сильного выдоха графический карандаш.

Таблица 5 – Результаты обследования фонационного дыхания у детей младшего школьного возраста с дизартрией

№ п/п	Имя ребенка	Баллы	Критерии оценки
1.	Арсений	2	Речь на выдохе, но ослаблен речевой выдох
2.	Амир	2	Речь на выдохе, но ослаблен речевой выдох
3.	Альбина	1	Речь возможна на вдохе, дискоординация дыхания и фонации
4.	Данис	3	Речь на выдохе, объем речевого дыхания ограничен
5.	Юлия	1	Речь возможна на вдохе, дискоординация дыхания и фонации
6.	Анна	2	Речь на выдохе, но ослаблен речевой выдох
7.	Сергей	3	Речь на выдохе, объем речевого дыхания ограничен

Результаты экспериментального изучения фонационного дыхания показывают, что у всех детей имеются различные особенности в изучаемом процессе. У двух обучающихся (Альбина, Юлия) обследуемой группы речь иногда начинается на вдохе, характерна дискоординация дыхания и фона-

ции. У других детей (Арсений, Амир, Данис, Анна, Сергей) речь осуществляется на выдохе, но речевой выдох слабый или ограниченный. Представленные детям задания на изучение фонационного дыхания вызвали трудности. Особую сложность у обучающихся представляли задания на воспроизведение короткого стихотворения. При выполнении данного задания у детей возникли трудности с прочтением на одном речевом выдохе и, не забывая при этом про выразительность чтения. Выполняя задание по прочтению стихотворений, наблюдалась дискоординация голосообразования и дыхания.

Таблица 6 – Результаты обследования речевого дыхания у детей младшего школьного возраста с дизартрией

№ п/п	Имя ребенка	Направление обследования				
		№ 1(балл)	№ 2(балл)	№ 3(балл)	№ 4(балл)	№ 5(балл)
1.	Арсений	2	2	1	2	2
2.	Амир	2	3	2	2	2
3.	Альбина	2	1	2	2	1
4.	Данис	2	2	3	2	3
5.	Юлия	2	2	1	1	1
6.	Анна	2	1	2	1	2
7.	Сергей	3	3	2	2	3
Средний балл		2, 1	2	1, 8	1,7	2

Обобщив полученные данные, можно сделать вывод, что наибольшие затруднения вызвало задание по обследованию объема и силы воздушной струи (задание 3 и 4). Дети с большим интересом выполняли все предложенные задания, внимательно слушали и выполняли инструкции.

Характеристика состояния речевого дыхания детей экспериментальной группы на момент констатирующего эксперимента представлена на рисунке 1.



Рисунок 1 – Состояние речевого дыхания детей экспериментальной группы на момент констатирующего эксперимента

Анализ результатов констатирующего эксперимента позволил нам определить особенности речевого дыхания у детей младшего школьного возраста с дизартрией. С помощью диагностической методики мы выявили различные нарушения физиологического и речевого дыхания детей экспериментальной группы. Преимущественно нарушена дифференциация ротового и носового вдоха и выдоха, речевой выдох ослаблен или снижен, при этом младшие школьники с дизартрией иногда могут начать речь на вдохе. У детей иногда отмечается дискоординация дыхания и фонации, аритмичность вдоха и выдоха.

Таким образом, можно сделать вывод, что выявленные нами расстройства речевого дыхания у детей младшего школьного возраста с дизартрией нуждаются в коррекционно-развивающей работе.

2.3 Содержание работы по коррекции речевого дыхания у детей младшего школьного возраста с дизартрией

На основании данных, полученных в ходе констатирующего эксперимента о состоянии развития речевого дыхания у детей младшего школьного

возраста с дизартрией, мы пришли к необходимости проведения формирующего эксперимента.

Цель формирующего эксперимента заключалась в планировании и проведении коррекционной работы по развитию речевого дыхания у детей младшего школьного возраста с дизартрией.

Формирующий эксперимент был проведен в период с 16.09.2023 г. – 16.02.2024 г.

В процессе логопедической работы важным разделом является развитие речевого дыхания у детей младшего школьного возраста с дизартрией, так как именно речевое дыхание является базой устной речи.

Анализ результатов констатирующего эксперимента показал, что дети изучаемой группы нуждаются в коррекционной работе по развитию речевого дыхания. При проведении логопедической работы с детьми младшего школьного возраста, имеющими дизартрию, мы опирались на следующие принципы:

1) принцип единства диагностики и коррекции – на основании экспериментального исследования речевого дыхания детей были определены направления коррекционной работы;

2) принцип дифференцированного и индивидуального подхода – создание благоприятных для развития условий обучения и воспитания, благодаря которым, учитываются особенности каждого ребенка, а также специфику изучаемой группы детей в целом;

3) принцип учета зоны ближайшего развития – мы учитывали уровень развития детей младшего школьного возраста, весь речевой материал и задания подбирались в соответствии возрасту;

4) принцип личностного подхода – подход к ребенку как к полноценной личности и учет его интересов;

5) принцип постепенного усложнения материала – постепенное включение в коррекционный процесс более сложных заданий.

Содержание предложенной логопедической работы соответствует

ФГОС НОО (федеральному государственному образовательному стандарту начального общего образования) и АООП НОО варианту 5.2 (адаптированной основной общеобразовательной программе начального общего образования). При подборе методических приемов по развитию речевого дыхания у детей младшего школьного возраста с дизартрией нами были использованы работы Л. И. Беляковой, Н. Н. Гончаровой, Т. Г. Шишковой, Е. Ф. Архиповой.

Коррекционная работа по развитию речевого дыхания состоит из следующих пяти этапов:

I. Подготовка к развитию грудобрюшного типа дыхания по традиционной методике.

II. Развитие грудобрюшного типа дыхания с включением элементов дыхательной гимнастики А. Н. Стрельниковой.

III. Развитие фонационного выдоха.

IV. Развитие речевого дыхания.

V. Развитие речевого дыхания в процессе произнесения прозаического текста.

Выделенные нами этапы должны реализовываться в строгой последовательности. Продолжительность работы на каждом этапе определяется только результатами работы. Развитие дыхательной функции и речевого дыхания проводится с помощью специальных методических приемов и парадоксальной дыхательной гимнастики А. Н. Стрельниковой [9].

В логопедической работе над речевым дыханием детей с дизартрией используют дыхательную гимнастику А. Н. Стрельниковой. Эту гимнастику называют парадоксальной вследствие того, что она противоречит классическому варианту утренней зарядки.

Данная гимнастика - единственная в мире, где короткий и резкий вдох делается носом на движениях, которые сжимают грудную клетку. Упражнения активно включают в работу все части тела и вызывают общую физио-

логическую реакцию организма в целом и повышенную потребность в кислороде.

Все упражнения данной гимнастики выполняются одновременно с коротким и резким вдохом через нос, что в свою очередь усиливает тканевое дыхание и повышает усвояемость кислорода тканями и раздражает зону рецепторов на слизистой оболочке носа, которая обеспечивает рефлекторную связь полости носа почти со всеми органами. Заниматься гимнастикой А. Н. Стрельниковой могут дети с четырех лет и взрослые.

В использованной нами гимнастике упражнения ориентированы на активное включение в работу всех частей тела. Это содействует общей физиологической реакции организма, повышенной потребности в кислороде. Все упражнения необходимо выполнять одновременно с коротким и резким вдохом через нос, но при абсолютно пассивном выдохе. При таком выполнении возникает более сильное внутреннее тканевое дыхание, это способствует лучшему усваиванию кислорода. Такая дыхательная гимнастика необходима при различных заболеваниях органов и систем, в том числе и в коррекции речевого дыхания при дизартрии [25].

Далее представим содержание коррекционной работы по этапам [9].

I этап – подготовка к развитию грудобрюшного типа дыхания по традиционной методике. На данном этапе развиваются ощущения движений органов дыхания, в большей степени диафрагмы и передней стенки живота, что необходимо для постановки грудобрюшного типа дыхания.

Данный этап включает четыре упражнения. Длительность каждого 4–5 минут. В течение дня упражнения повторяются 2–3 раза. Каждое задание отрабатывается на протяжении одной недели. Дети последовательно выполняют упражнения вначале в положении лежа, затем сидя и стоя. Длительность всего этапа определяется временем развития грудобрюшного типа дыхания. Внимание детей на этом этапе акцентируется не на длительности вдоха и выдоха, а на работе диафрагмы, т. е. на ощущениях сокращений этой мышцы. Сформированность грудобрюшного типа дыхания определяется

визуально и тактильно, то есть с помощью ладони, расположенной на диафрагме ребенка.

II этап – развитие грудобрюшного типа дыхания с включением элементов дыхательной гимнастики А. Н. Стрельниковой. На этом этапе развивается сократительная активность диафрагмы, а также согласованность отношений между дыханием и движениями туловища. Этап включает в себя три комплекса упражнений, в которых последовательно усложняются двигательные задачи.

Акцент в работе ставится на методике «быстрых вдохов», которые осуществляются через нос. При выполнении упражнений воздух должен проходить через носовые ходы и сопровождаться наибольшим шумом и примыканием ноздрей к носовой перегородке.

Первый комплекс, состоящий из шести упражнений, направлен на обучение детей выполнению двойных носовых «быстрых вдохов» в положении стоя, а также в сочетании с движениями головы и рук. Каждое упражнение необходимо закреплять неделю. Перед разучиванием каждого нового упражнения важно повторить все ранее усвоенные. Это необходимо для формирования у детей умения последовательно выполнять к концу обучения полный комплекс упражнений. В первые дни упражнение выполняется 4 раза подряд. Со временем увеличивают их количество до 12 раз.

Второй комплекс упражнений используют для развития грудобрюшного дыхания при ходьбе. В первые дни упражнения выполняются 4–5 минут, постепенно время увеличивается до 8–10 минут. Дальнейшие упражнения выполняются под музыку, так как она способствует ритмизации многих функций ребенка и позволяет овладеть навыками речевого дыхания в более быстрые сроки.

Третий комплекс направлен на развитие грудобрюшного дыхания и увеличение объема легких. С этой целью применяют приемы парадоксальной дыхательной гимнастики в процессе возрастания двигательной нагрузки. Первые дни проводят упражнения не более четырех раз за одно

занятие. Постепенно увеличивают повторения до 8–10 раз. Каждое упражнение в среднем усваивается за 6 дней. Упражнения проводятся на индивидуальных и подгрупповых занятиях.

III этап – развитие фонационного выдоха. Данный этап состоит из семи упражнений, при выполнении которых внимание детей направляется на звучание голоса в процессе выдоха, а не на «быстрый вдох». При пропевании гласных вначале рука логопеда быстро поднимается вверх, что служит сигналом к выполнению пары «быстрых вдохов», затем в процессе пения звуков рука медленно опускается. При возникновении затруднений детям предлагается выполнить упражнения перед большим зеркалом, чтобы было видно артикуляцию.

IV этап – развитие речевого дыхания. Четвертый этап считается базовым. Он тесно связан с логопедической работой по формированию планирования речевого высказывания.

Сначала дети произносят слоги и отдельные слова, затем фразы и потом переходят к коротким стихотворениям и текстам, выполняя все задания на выдохе. На первых занятиях используется невербальная инструкция, то есть быстрое движение руки вверх, что означает начало быстрого вдоха через рот.

Затем количество инструкций сокращается, когда дети начинают выполнять вдох перед речью самостоятельно. Каждое упражнение длится не более пяти минут и повторяется 3–4 раза в день.

V этап – развитие речевого дыхания в процессе произнесения прозаического текста. На данном этапе тренируется речевое дыхание в процессе произнесения прозаического текста. При выборе текстов учитывается возраст и речевые возможности детей. Варьирование текста и постепенный переход на самостоятельное высказывание способствуют автоматизации речевого дыхания.

Предложенное содержание работы по развитию речевого дыхания ориентировано на детей дошкольного возраста, поэтому для обучающихся

младшего школьного возраста мы выбрали соответствующий возрасту речевой материал, но с соблюдением последовательности этапов коррекционной работы. При проведении логопедической работы нами были опущены первый и второй этапы, по причине того, что у детей экспериментальной группы грудобрюшной тип дыхания уже был сформирован, и дети нуждались в развитии собственно речевого дыхания.

Подгрупповые логопедические занятия по развитию речевого дыхания проводились 2 раза в неделю. Их продолжительность составляла 40 минут. На каждом занятии выделялся отдельный этап для проведения отдельных методических приемов по развитию речевого дыхания у детей экспериментальной группы. Примеры используемых методических приемов представлены в Приложениях 1–3.

Далее представим методические приемы и их содержание на каждом этапе работы.

Таблица 7 – Методические приемы по развитию речевого дыхания у детей младшего школьного возраста с дизартрией для логопедических занятий

Этап работы	Название методического приема	Описание
III этап – Развитие фонационного выдоха	1. Пропевание гласных отрывисто.	Делаем вдох и затем отрывисто пропеваем различные гласные
	2. Пропевание на одной высоте изолированных гласных.	Делаем вдох и на одном речевом выдохе плавно пропеваем гласные сначала тихим, а затем громким голосом и наоборот.
	3. Пропевание на выдохе цепочки гласных звуков.	Делаем глубокий вдох и пропеваем цепочки гласных, чтобы они сливались и плавно переходили один в другой. Необходимо следить за тем, чтобы при произнесении звуков раскрытие рта было достаточно полным, а артикуляция активной и четкой.
IV этап – Развитие речевого дыхания	1. Произнесение слогов.	Делаем вдох и проговариваем слоги на одном речевом выдохе, постепенно ускоряя темп.
	2. Пропевание слогов и слов в стихотворном тексте.	Делаем вдох и на одном речевом выдохе пропеваем стихотворный текст.
	3. Произнесение фраз (скороговорки, пословицы).	Делаем вдох и произносим фразы на одном речевом выдохе. Важно разбирать с детьми значение пословиц и непонятных слов.

	4. Произнесение предложений с мячом.	Педагог произносит предложение, а дети делают вдох и по памяти произносят предложения на одном речевом выдохе. Каждое слово предложения сопровождается броском мяча об пол. Педагог произносит предложение, а дети делают вдох и по памяти произносят предложения на одном речевом выдохе. Каждое слово предложения сопровождается броском мяча об пол.
	5. Чтение стихотворений	Делаем вдох и на одном речевом выдохе читаем стихотворение, соблюдая при этом выразительное чтение.
	6. Пропевание песни	Пропеваем песню, деля ее на смысловые части, чтобы осуществлять необходимый вдох. Используем логопедические распевки Т. С. Овчинниковой.
V этап – развитие речевого дыхания в процессе произнесения прозаического текста	1. Чтение прозаического текста.	Читаем текст и делим его на смысловые части, чтобы в процессе осуществлять необходимый вдох.
	2. Пересказ прозаического текста.	Педагог читает текст, разбираются все непонятные слова. Затем ребенок пересказывает прозу, следя за речевым дыханием.

На третьем этапе логопедической работы у детей развивался фонационный выдох. Предложенные речевые упражнения совмещались с движением, то есть использовались артикуляторные жесты [37].

Звук [А] – показать ладонь с широко расставленными напряженным и пальцами, имитирующим и широко раскрытый рот.

Звук [О] – все пальцы собраны в кольцо. Имитация артикуляции при звуке [О].

Звук [У] – кисть сильно сжата в кулак. Имитация очень маленького ротового отверстия.

Звук [И] – «Улыбка». Большой палец и мизинец выставлены, тогда как остальные пальцы сжаты в кулак.

Звук [Э] – мягкие свободные руки показать ладошками вверх. Имитация открытого, но не столь напряженного рта как при звуке [А].

Вышеперечисленные жесты помогают следить за артикуляцией звуков, развивать мелкую моторику, а также координировать речь с движением. Дети экспериментальной группы с большим интересом выполняли

упражнения третьего этапа. Некоторым было проще повторять задания перед зеркалом. Дидактический материал, используемый на третьем этапе, представлен в Приложении 4.

Четвертый этап коррекционной работы был направлен на развитие собственно речевого дыхания. Произнесение и пропевание слогов и слов не вызывали у младших школьников особых трудностей.

Пословицы произносились на одном речевом выдохе, но с их пониманием возникали проблемы, поэтому каждая из них пояснялась. Появлялись трудности с одновременным запоминанием предложения и броском мяча об пол на каждое слово. Периодически забывались предлоги и не воспринимались, как отдельное слово. Предложения проговаривались на одном фонационном выдохе.

При чтении стихотворений дети младшего школьного возраста часто не могли одновременно прочитать выразительно и на одном речевом выдохе. Чтение было либо не выразительным, либо не хватало выдоха на весь стихотворный текст.

В ходе проведения занятий дети постепенно начали справляться с предложенными заданиями. У детей экспериментальной группы в процессе пропевания логопедических распевок были сложности с делением песни на смысловые части, иногда прослеживались дополнительные ненужные вдохи.

На пятом этапе развивалось речевое дыхание в процессе произнесения прозаического текста. На последнем этапе главной целью являлся постепенный переход к самостоятельному высказыванию, чтобы автоматизировать речевое дыхание в спонтанной речи. Поэтому текст прочитывался детьми, разбирались непонятные слова, затем проза пересказывалась.

Из всех предложенных заданий детям экспериментальной группы больше всего понравилось петь распевки Т. С. Овчинниковой, несмотря на некоторые сложности. Песенки расслабляли и в то же время мотивировали

детей на последующие задания [37]. Примеры используемых распевок представлены в Приложении 5.

Все проведенные занятия способствовали не только коррекции речевого дыхания, но и развитию других компонентов звукопроизносительной стороны речи, обогащению словарного запаса, развитию общей моторики, памяти, мышления детей младшего школьного возраста с дизартрией.

Предложенная нами коррекционная работа также предполагала взаимодействие с другими специалистами. Развитие речевого дыхания осуществлялось не только на логопедических занятиях, но и на уроках литературного чтения под руководством учителя начальных классов. Также предложенные методические приемы можно рекомендовать учителю по физической культуре и музыкальному руководителю.

В процессе логопедической работы также осуществлялось взаимодействие с родителями детей экспериментальной группы. Все навыки, полученные на логопедических занятиях, необходимо закреплять в домашних условиях, поэтому для родителей были разработаны памятки по развитию речевого дыхания.

Для организации логопедической работы по развитию речевого дыхания младших школьников с дизартрией необходимо комбинировать различные приемы и методы дыхательной гимнастики, целью которой является увеличение длительности и силы внеречевого выдоха, а затем и выдоха в процессе фонации звуков, слогов, произнесения слов, фраз и текстов.

Таким образом, коррекционная работа по развитию речевого дыхания у детей младшего школьного возраста с дизартрией была проведена последовательно и комплексно. Работа была направлена на развитие всех дыхательных мышц, тренировки грудобрюшного дыхания, увеличении объема легких посредством различных упражнений. Активно развивались координаторные отношения между дыханием и движениями туловища. В дальнейшем проводилась работа над собственно речевым дыханием, при этом дети

экспериментальной группы выполняли комплексы упражнений на пропевание слогов, слов и фраз.

Выводы по 2 главе

Таким образом, нами была организована экспериментальная работа по изучению и развитию речевого дыхания у детей младшего школьного возраста с дизартрией. Обследование речевого дыхания у изучаемой категории детей проводилось по методике, предложенной Е. Ф. Архиповой. Анализ результатов констатирующего эксперимента показал, что у всех детей выявлены особенности речевого дыхания.

Для детей экспериментальной группы характерны нарушения дифференциации ротового и носового вдоха и выдоха, ослабление речевого выдоха, дискоординация дыхания и фонации, иногда встречалась речь на вдохе. Кроме того, дети не всегда могли справиться с выполнением предложенных заданий, некоторые обучающиеся допускали большое количество ошибок, задания выполняли в замедленном темпе, а также неоднократно нуждались в помощи взрослого.

Наибольшие затруднения возникли с заданиями по обследованию объема и силы воздушной струи. Всё это свидетельствовало о том, что выявленные нарушения речевого дыхания у детей младшего школьного возраста с дизартрией необходимо преодолевать в процессе специально организованной коррекционно-логопедической работы. Коррекционная работа по развитию речевого дыхания у детей изучаемой категории осуществлялась последовательно и комплексно.

Проводилась поэтапная работа по развитию дыхательных мышц, тренировки диафрагмального дыхания, увеличению объема легких. Для автоматизации речевого дыхания детьми выполнялись комплексы упражнений на пропевание слогов, слов и фраз, а также осуществлялся постепенный переход к самостоятельному высказыванию.

Таким образом, предложенные нами методические приемы способствовали развитию речевого дыхания у детей младшего школьного возраста с дизартрией. Возникающие в процессе работы трудности не мешали детям выполнять задания с большим интересом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для детей с дизартрией характерно нарушение всей звукопроизводительной стороны речи, в том числе речевого дыхания, которое характеризуется малым объемом и силой выдоха, недостаточной дифференциацией ротового и носового вдоха и выдоха. Одним из важных разделов логопедической работы при дизартрии является развитие речевого дыхания. Изучаемая нами проблема исследования является достаточно актуальной.

Целью исследования заключалась в теоретическом изучении и практическом обосновании содержания логопедической работы по развитию речевого дыхания у детей младшего школьного возраста с дизартрией на логопедических занятиях.

Для решения первой задачи мы изучили и проанализировали психолого-педагогическую и медицинскую литературу по проблеме исследования и выяснили, что речевое дыхание – это координированный акт, при котором происходит короткий вдох и продолжительный плавный выдох, необходимый для возможности свободно говорить в процессе речевого высказывания.

Анализ специальной литературы по теме исследования помог выявить основные особенности, которые наблюдаются у детей младшего школьного возраста с дизартрией: нарушение моторики и мышечного тонуса, расстройства физиологического и речевого дыхания, различные нарушения звукопроизношения, трудности в овладении навыками самообслуживания и эмоционально-волевые нарушения.

Для решения второй задачи нами была проанализирована диагностическая методика Е. Ф. Архиповой по изучению речевого дыхания у детей младшего школьного возраста с дизартрией, на основе которой был проведен констатирующий эксперимент. Обследование включало в себя следующие направления:

- 1) определение типа дыхания;

- 2) исследование умения дифференцировать носовое и ротовое дыхание;
- 3) исследование целенаправленности воздушной струи;
- 4) определение силы воздушной струи;
- 5) исследование особенностей фонационного дыхания.

Анализ полученных данных позволил сделать вывод о том, что у всех детей экспериментальной группы недостаточно сформировано речевое дыхание. У детей отмечается недостаточная целенаправленность воздушной струи, наблюдается малый или сниженный объем речевого дыхания, сила выдоха недостаточная, дискоординация дыхания и голосообразования, а также трудности с произнесением прозаического текста на одном речевом выдохе.

Для решения третьей задачи с учетом результатов обследования мы определили содержание работы по развитию речевого дыхания у детей младшего школьного возраста с дизартрией. Коррекционная работа по развитию речевого дыхания проводилась в соответствии с этапами, указанными в методике Л. И. Беляковой, Н. Н. Гончаровой, Т. Г. Шишковой.

Для каждого этапа работы мы подобрали и систематизировали по этапам методические приемы, представив их описание. На логопедических занятиях использовались такие приемы, как пропевание гласных, проговаривание пословиц, чтение стихотворений, пение песен. Речевой материал подбирался с учетом возрастных особенностей детей младшего школьного возраста с дизартрией. Важно отметить, что в процессе коррекционного воздействия у детей изучаемой категории развивалось не только речевое дыхание, но и высшие психические функции, мелкая и общая моторика, а также обогащался словарный запас.

Логопедическая работа по развитию речевого дыхания проводилась не только на логопедических занятиях, но и на уроках литературного чте-

ния. Также важным направлением в работе учителя-логопеда являлось взаимодействие с родителями, поэтому для них были разработаны памятки для закрепления приобретенных детьми навыков.

Таким образом, цель нашего исследования достигнута, задачи решены в полном объеме.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Алмазова, Е. С. Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей: практ. пособие / Е. С. Алмазова. - Изд. 2-е, испр. - Москва: Айрис-Пресс: Айрис-Дидактика, 2005 (Твер. полигр. комб, дет. лит.). - 190, [2] с.: ил., табл.; 22 см. - (Библиотека логопеда-практика).; ISBN 5-8112-1240-2 (в пер.)
2. Архипова, Е. Ф. Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стертой дизартрии у детей / Е. Ф. Архипова. - Москва: АСТ: Астрель, 2008. - 254, [1] с.: ил., табл.; 21 см. - (Высшая школа).; ISBN 978-5-17-052722-9
3. Архипова, Е. Ф. Логопедический массаж при дизартрии / Е. Ф. Архипова. - Москва: АСТ; Владимир: Астрель; 2008. - 123, [1] с.: ил., табл.; 20 см. - (Библиотека логопеда).; ISBN 978-5-17-047849-1 (АСТ)
4. Архипова, Е. Ф. Стертая дизартрия у детей / Е. Ф. Архипова. — М.: АСТ: Астрель, 2007. — 343 с.
5. Архипова, Е. Ф. Стертая дизартрия у детей: учебное пособие / Е. Ф. Архипова. — М.: АСТ: Астрель, 2006. — 319 с. — (высшая школа)
6. Бабина, Г. В. Логопедия. Дизартрия [Текст]: учебно-методическое пособие / Г. В. Бабина, Л. И. Белякова, Р. Е. Идес; Министерство образования и науки Российской Федерации, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Московский педагогический государственный университет". - Москва: МПГУ, 2016. - 102, [1] с.; 21 см.; ISBN 978-5-4263-0452-9: 500 экз.
7. Белякова, Л. И. Логопедия. Дизартрия: учебное пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальности 050715.65 (031800) - "Логопедия" / Л. И. Белякова, Н. Н. Волоскова. - Москва: ВЛАДОС, 2009. - 286, [1] с.: ил.; 21 см. - (Коррекционная педагогика) (Учебное пособие для вузов).; ISBN 978-5-691-01781-0

8. 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. (Логопедические технологии.) ISBN 978–5–4441–0233–6

9. Белякова, Л. И., Гончарова Н. Н., Шишкова Т. Г. Методика развития речевого дыхания у дошкольников с нарушениями речи / Под ред. Л. И. Беляковой. - М.: Книголюб, 2004. - 55 с.: ил.; 21 см. - (Серия "Логопедические технологии"); ISBN 5-93927-098-0: 5000

10. Белякова, Л. И. Заикание [Текст]: Учебное пособие для студентов педагогических институтов по специальности "Логопедия" / Л. И. Белякова, Е. А. Дьякова. - Москва, 1998. - 301 с.: ил.; 21 см. - (Логопедия); ISBN 5-88923-019-0

11. Белякова, Л.И. Методика развития речевого дыхания у дошкольников с нарушениями речи / Л. И. Белякова, Н. Н. Гончарова, Т. Г. Шишкова. - Москва: Книголюб, 2005. - 55 с.: ил.; 21 см. - (Серия "Логопедические технологии"); ISBN 5-93927-098-0

12. Большой медицинский словарь. 2000 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://dic.academic.ru/dic.nsf/medic2/16852>.

13. Выготский, Л. С. Мышление и речь / Л. С. Выготский. - 5. изд., испр. - Москва: Лабиринт, 1999. - 350, [1] с.; 21 см. - (Философия риторики. Риторика философии); ISBN 5-87604-097-5

14. Григоренко, Н. Ю. Диагностика и коррекция звукопроизносительных расстройств у детей с нетяжелыми аномалиями органов артикуляции / Н. Ю. Григоренко, С. А. Цыбульский. - [Москва]: Книголюб, 2003 (Домодедово: ДПК). - 143 с.: ил., табл.; 21 см. - (Развитие и коррекция: Сер.); ISBN 5-93927-087-5 (в обл.)

15. Дудьев, В. П. Психомоторика: словарь-справочник / В. П. Дудьев. - Москва: Владос, 2008. - 366 с.; 22 см. - (Коррекционная педагогика); ISBN 978-5-691-01684-4 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://psychomotor.academic.ru/9808>.

16. Елецкая, О. В. Психолого-педагогическая диагностика детей с нарушениями речи [Текст]: учебно-методическое пособие / О. В. Елецкая, А. А. Тараканова; Ленинградский гос. ун-т им. А. С. Пушкина. - Санкт-Петербург: Ленинградский гос. ун-т им. А. С. Пушкина, 2012. - 311 с.: ил., табл.; 21 см.; ISBN 978-5-8290-1160-4

17. Ермакова, И.И. Коррекция речи и голоса у детей и подростков: Кн. для логопеда / И. И. Ермакова. - 2-е изд., перераб. - Москва: Просвещение: АО "Учеб. лит.", 1996. - 141,[2] с.; 22 см.; ISBN 5-09-007811-4: Б. ц.

18. Жукова, Н. С. Логопедия: Преодоление общ. недоразвития речи у дошкольников / Н. С. Жукова, Е. М. Мастюкова, Т. Б. Филичева. - Екатеринбург: Литур, 2003. - 317 с.; 21 см. - (Учимся играя); ISBN 5896481411

19. Ивановская, О. Г. Семантический резонанс и понимание текстов: моногр. – СПб.: Речь, 2011. – 301 с. ISBN: 978-5-9268-0997-5

20. Князев, А. А. Журналистика и средства массовой информации: краткий словарь. М.: Киргизско-российский Славянский Университет им. Бориса Ельцина, 2002. - 159 с. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://smi.academic.ru/80>.

21. Корнев, А.Н. Нарушения чтения и письма у детей / А.Н. Корнев. - СПб.: Речь, 2003 (ГПП Печ. Двор). - 330 с.: ил., табл.; 22 см. - (Детская психология); ISBN 5-9268-0234-2 (в обл.)

22. Красногорский, Н.И. К физиологии становления детской речи // Журнал высшей нервной деятельности им. И. П. Павлова. 1952. Вып. 4. С. 474–480.

23. Кубарева, Е. В. Исследование функции речевого дыхания дошкольников со стёртой дизартрией / Е. В. Кубарева // Концепт. — 2019. — №2. — С. 1–7.

24. Леонтьев, А.А. Внутренняя речь и процессы грамматического порождения высказывания // Вопросы порождения речи и обучения языку/

А. А. Леонтьев. – М., 1967. – 144 с. [Электронный ресурс: <http://www.philology.ru/linguistics1/leontyev-70.htm>]

25. Логопедия: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998. – 680 с.

26. Логопедия: учебник для студ. дефектол. фак. пед. высш. учеб. заведений/под ред. Л. С. Волковой. —5-еизд., перераб. и доп. — М.: Гуманитар, изд. центр ВЛАДОС, 2006. — 703 с.: ил. — (Коррекционная педагогика); ISBN 5-691-01357-2.

27. Логопедия: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998. — 680 с. [Электронный ресурс: <https://pedlib.ru/Books/2/0049/index.shtml>]

28. Лопатина, Л. В. Дифференциальная диагностика стёртой дизартрии и функциональных расстройств звукопроизношения // Нарушение голоса и звукопроизносительной стороны речи. М., 2003. – С. 293–300.

29. Лопатина, Л. В. Преодоление речевых нарушений у школьников (коррекция стертой дизартрии): Учеб. пособие / Л. В. Лопатина, Н. В. Серебрякова. - СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена: Союз, 2001. - 100, [1] с.; 20 см.; ISBN 5-8064-351-3

30. Лыхенко, Ю.В. Особенности и этапы формирования просодической стороны речи в онтогенезе / Ю.В. Лыхенко // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2016. – Т. 11. – С. 3361–3365. – (URL: <http://e-koncept.ru/2016/86709.htm>). [Электронный ресурс]

31. Мартынова, Р. И. О психолого-педагогических особенностях детей — дислаликов и дизартриков / Р. И. Мартынова // Очерки по патологии речи и голоса; под ред. С. С. Ляпидевского — М.: Просвещение, 1967. — Выпуск 3. — С. 98–110.

32. Мухамедьярова, Е. Ф. Дыхательная гимнастика младших школьников с тяжелыми нарушениями речи: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Мухамедьярова Елена Фаритовна. — Омск, 2002. — 158 с. [Электронный ресурс]. Режим доступа:

<https://viewer.rsl.ru/ru/rsl01002647730?page=1&rotate=0&theme=white>

33. Методы обследования речи детей. Пособие по диагностике речевых нарушений [Текст] / Под общ. Ред. Проф. Г. В. Чиркиной. – Москва: АРКТИ, 2003. – 440 с. [Электронный ресурс]. Режим доступа:

<https://sdo.mgaps.ru/books/K6/M2/file/6.pdf>

34. Новоторцева, Н. В. Коррекционная педагогика и специальная психология: словарь: учеб. пособие / Н. В. Новоторцева. - Изд. 4-е, перераб. и доп. - Санкт-Петербург: Изд-во КАРО, 2006 (М.: Типография "Наука" РАН). - 136, [2] с.; 21 см.; ISBN 5-89815-688-7 (В пер.)

35. Нейман, Л.В. Анатомия, физиология и патология органов слуха и речи: [Учеб. для вузов] / Л. В. Нейман, М. Р. Богомильский; Под ред. В. И. Селиверстова. - Москва: ВЛАДОС, 2003. - 220,[1] с.: ил.; 23 см. - (Коррекционная педагогика).; ISBN 5691005731

36. Орлова, О. С. Нарушения голоса: учебное пособие: [для студентов педвузов] / О. С. Орлова. - Москва: АСТ; Владимир: Астрель, 2008. - 220, [1] с.: ил., табл.; 20 см. - (Высшая школа).; ISBN 978-5-17-050574-6 (АСТ)

37. Овчинникова, Т. С. Логопедические распевки / Т. С. Овчинникова. - Санкт-Петербург: КАРО, 2009. - 61, [1] с.: ноты; 21 см. - (Популярная логопедия).; ISBN 978-5-9925-0286-2

38. Практикум по дисциплине "Логопедия" (раздел "Дизартрия") [Текст] : код и направление подготовки 050700.62 "Специальное (дефектологическое) образование", профиль: "Логопедия", квалификация (степень) выпускника: "Бакалавр" / Г. В. Бабина, Л. И. Белякова, Р. Е. Идес ; М-во образования и науки Российской Федерации, Федеральное гос. бюджетное образовательное учреждение высш. проф. образования "Моск.

пед. гос. ун-т". - Москва: МПГУ: Изд-во Прометей, 2012. - 103 с.: табл.; 20 см.; ISBN 978-5-7042-2352-8

39. Петрова, А.А. Развитие речи в онтогенезе/ А. А. Петрова// Вестник Волгоградского государственного университета, сер. 2: Языкознание, № 1, 2009. – С. 17–18.

40. Посохова, М. А. Развитие речевого дыхания у детей дошкольного возраста с псевдобульбарной дизартрией / М. А. Посохова, Н. М. Фатеева // Здоровье и образование в XXI веке. — 2012.- Т. 14. — №1. — С. 163.

41. Посохова, М. А. Коррекция нарушений речи у дошкольников с помощью дыхательных методик / М. А. Посохова, Н. М. Фатеева // Проблемы современного педагогического образования. — 2016. — №53–7. — С. 181–187. [Электронный ресурс: https://elibrary.ru/download/elibrary_27385231_43245675.pdf]

42. Савкова З. В. Воспитание речевого голоса [Текст] / М-во культуры РСФСР. Ленингр. гос. ин-т культуры им. Н. К. Крупской. Кафедра сцен. речи. - Ленинград: [б. и.], 1973-. - 20 см.

43. Сохин, Ф.А. Развитие речи детей дошкольного возраста [Текст]: Пособие для воспитателя дет. сада / [Н. Ф. Виноградова, А. И. Максаков, М. И. Попова и др.]; под ред. Ф. А. Сохина. - Москва: Просвещение, 1979. - 223 с., 4 л. цв. ил.: ил.; 22 см.

44. Токарева, О. А. Расстройства письма у детей с тяжелыми нарушениями речи (при нарушении речедвигательного анализатора) / О. А. Токарева // Очерки по патологии речи и голоса под ред. С. С. Ляпидевского. — М.: Просвещение, 1967. — Выпуск 3. — С. 111–127.

45. Шацкова, А. М. Дифференциальная диагностика минимальных проявлений речевой патологии у детей при сходных нарушениях произносительной стороны речи: диссертация ... кандидата педагогических наук: 13.00.03 / Шацкова Анна Михайловна; [Место защиты: Моск. пед. гос. ун-т]. - Москва, 2009. - 220 с.

46. Шмидт, Е. В. Методика коррекции речевого дыхания при дизартрии / Е. В. Шмидт, Е.Н. Стрыгина // Современные проблемы образования, науки и технологий: сборник научных трудов по материалам международной научно-практической конференции, 30 апреля 2019 г. / Под общ. ред. А.В. Туголукова – Москва: ИП Туголуков А.В., 2019 – 308 с. ISBN 978-5-6042097-3-8

ПРИЛОЖЕНИЕ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Методические приемы по развитию речевого дыхания у младших школьников с дизартрией на III этапе (развитие фонационного выдоха)

– Пропевание гласных отрывисто.

Вдох – А А

Вдох – А А А

Вдох – А А А А

– Пропевание на одной высоте изолированных гласных.

Вдох – оooooooooo

Вдох – OOOOOOOO

– Пропевание на выдохе цепочки гласных звуков.

oooooooooooooooo

ииииииииииииии

ээээээээээээээээ

уууууууууууууууу

ааааааааааэээээээ

ааааааииииииии

иииииииааааааа

ааааааииииоооооо

ииииииээээээааааа

ааааииииииээээоооооо

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Методические приемы по развитию речевого дыхания у младших школьников с дизартрией на IV этапе (развитие речевого дыхания)

1. Произнесение слогов.

СА – СА – СО

АС – УС – АС

ИС – ЯС – АС

СО – СО – СУ

ОС – ОС – УС

ЕС – ЮС – ЮС

СА – СУ – СУ

ОС – УС – УС

ИС – ЁС – ЁС

СО – СЫ – СЫ

ЯС – ИС – ИС

ЁС – ЕС – ЕС

2. Пропевание слогов и слов в стихотворном тексте.

«Игра»

Ас-ас-ас-ас,

Ах, как весело у нас.

Ус-ус-ус-ус,

Выбирай игру на вкус.

Ос-ос-ос-ос,

Мчится быстрый паровоз.

Ис-ис-ис-ис,

А теперь поем на бис.

«Караси»

Си-сиси, си-си-си,

В водоеме караси.

Ся-ся-ся, ся-ся-ся,

Вот поймать бы карася!

Се-се-се, се-се-се,

Карасей ловили все.

Ся-ся-ся, ся-ся-ся,

Не поймали карася.

3. Произнесение фраз (скороговорки, пословицы).

Пословицы:

– У каждой ягодки своя косточка.

– Весна красна цветами, осень – грибами.

– Береги платье снову, а здоровье смолоду.

– Из спасибо шапки не сошьешь.

– Два сапога пара, и оба на левую ногу.

Скороговорки:

– Корабли лавировали, лавировали, да не вылавировали.

– Расскажите про покупки,

Про какие про покупки?

Про покупки, про покупки,

Про покупочки мои.

4. Произнесение предложений с мячом.

– Земляника очень вкусная.

– Подосиновик растет под осиной.

– Синяя футболка в полоску.

– Панама защищает от солнца.

– Галоши надо носить в огороде.

5. Чтение стихотворений.

– Клюква зреет на болотах –

Собирай, кому охота!

Посмотри: всё в красных точках

На болотных мшистых кочках...

– Белый гриб Боровик
Всех грибов отличное:
Богатырь-лесовик
С головой коричневой.
– Я сам себя в пальто одел
И рукавом свой нос задел.
Решил пальто я наказать
И без пальто пошел гулять.

6. Пропевание песни.

«Кольцо»

Ца-ца-ца-ца,
Нет у Олечки кольца.
Цо-цо-цо-цо,
Укатилось под крыльцо.
Цу-цу-цу-цу, цу-цу-цу,
Надо Ване молодцу.
Цо-цо-цо-цо, цо-цо-цо,
Достать Олечке кольцо.

«Жираф». Чтоб жираф не был простужен,
В стужу шарф жирафу нужен,
И жена жирафу вяжет
Шесть шарфов из рыжей пряжи.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Методические приемы по развитию речевого дыхания у младших школьников с дизартрией на V этапе (развитие речевого дыхания в процессе произнесения прозаического текста)

– Многие насекомые плохо видят, а у некоторых и вовсе нет никаких глаз. Зато глаза стрекозы занимают почти всю голову, и каждый глаз состоит из величайшего множества глазков, каждый из них может давать самостоятельное изображение. Во все стороны смотрит стрекоза и, не поворачивая головы, хватает добычу своими длинными ногами.

– Посуда – хозяйственные предметы, предназначенные для хранения продуктов, а также для еды, питья. В старину словами посуда, посудина называли небольшую лодку, судно. А различные столовые принадлежности изготавливали из дерева, придавая им затейливую форму лодки, ладьи, суденышка.

– Животные, одомашненные человеком, называются домашними. Люди их содержат, предоставляют пищу, кров и необходимый уход. Для человека такие животные предоставляют различные материальные блага, услуги, однако могут быть и компаньонами, которые скрашивают досуг.

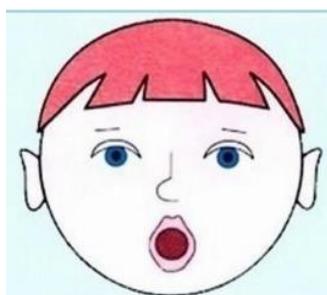
ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Дидактический материал, используемый на III этапе логопедической работы по развитию речевого дыхания у младших школьников с дизартрией

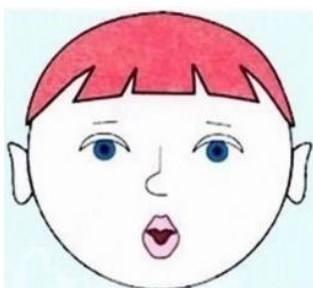
Звук [А]



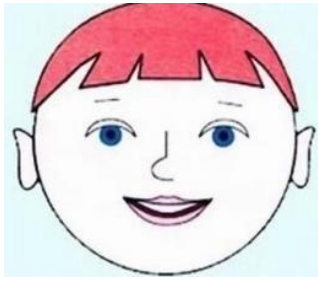
Звук [О]



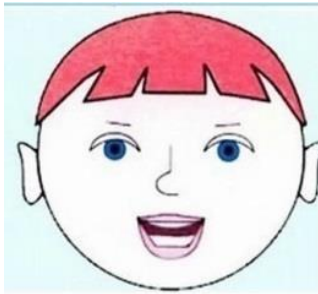
Звук [У]



Звук [И]



Звук [Э]



ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Логопедические распевки Т. С. Овчинниковой по развитию речевого дыхания у младших школьников с дизартрией

«Три крокодила»

Жили в долине Нила

Три больших крокодила.

Первый – просто большой,

Второй – с прекрасной душой,

А третий – ну просто милый!..

Но все их зовут – крокодилы.

«Песня волка»

У-У-У-У!

Тянет песню волк в лесу.

У-У-У-У!

Про луну, ее красу.

Волку скучно одному.

Песню слышно, но кому?

Не догадывался волк –

Песню слышал Светлячок.

«Прозрачный шарик»

Прозрачный красный шарик

На нитке я держу,

Через прозрачный шарик

На все вокруг гляжу.

Я вижу речку красную,

И красный солнца шар,

И много-много красного,

Как будто все – пожар.

«Лошадки»

Игривые лошадки, красивые лошадки

Играют, будто в прятки, пасутся на лугу.
Любезные лошадки,
К вам подкрадусь украдкой.
И лучшую лошадку я быстро запрягу.
Резвый конь молодой, мы поскачем с тобой
По полям, по степям, по дремучим лесам.
Будет ветер свистеть, будем быстро лететь.
Через луг, через сад мы вернемся назад.
Эй-эй-эй-эй-эй. (4 раза)
«Трубач»
Трубач играет, трубач играет.
Па-па-ра, па-па-па.
Па-па-ра, па-па-па.
Всех собирает.
Всех собирает.
Па-па-ра, па-па.
Па-па-ра, па-па-па.
Пусть будут радостными лица.
Давайте петь и веселиться.
Давайте в танце все кружиться.
Па-па-ра-па, па-па-ра-па.
С бедой и грустью распростимся,
В веселом смехе растворимся,
В страну здоровья устремимся.
Па-па-ра-па, па-па-ра-па.

