

ВЛИЯНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ГИМНАСТИКИ НА ФОРМИРОВАНИЕ РЕЧЕВОГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ С ПСЕВДОБУЛЬБАРНОЙ ДИЗАРТРИЕЙ

М.А. Посохова, Н.М. Фатеева, О.А. Луценко

Тюменский государственный университет, г. Тюмень, Россия

fateevan@bk.ru

Наметившаяся в последнее время устойчивая тенденция увеличения числа детей, имеющих речевую патологию, среди которых одной из самых распространенных является дизартрия, диктует необходимость поиска механизмов, позволяющих изменить эту ситуацию.

Основными признаками дизартрии являются дефекты звукопроизношения и голоса, сочетающиеся с нарушениями речевой, прежде всего артикуляционной, моторики и речевого дыхания.

Дыхание входит в сложную функциональную речевую систему. Периферические органы слуха, дыхания, голоса, артикуляции неразрывно связаны и взаимодействуют между собой на разных уровнях под контролем ЦНС. Каждый из органов речи имеет свою функцию. По мнению А.Р. Лурия, нарушение одной из них отразится на деятельности остальных органов. Поэтому так важна роль дыхания как «пускового механизма» в начале постановки звукопроизношения, голосоподачи, голосоведения в логопедической практике [6].

Под речевым дыханием понимается способность человека в процессе высказывания своевременно производить короткий, достаточно глубокий вдох и рационально расходовать воздух при выдохе. Характер речевого дыхания подчинен внутреннему речевому программированию, а значит – семантическому, лексико-грамматическому и интонационному наполнению высказывания [1, 3, 4]. Правильное речевое дыхание дает возможность при меньшей затрате мышечной энергии речевого аппарата добиваться максимума звучности, более экономно расходовать воздух.

При псевдобульбарной форме дизартрии практически всегда страдает дыхательная функция. При этом речевое дыхание сформировано недостаточно, жизненная емкость легких снижена, речевой выдох более короткий, чем вдох, сила выдоха недостаточна [2].

Формирование речевого дыхания и коррекция псевдобульбарной дизартрии – это неотъемлемые составляющие успешного развития детей с речевой патологией. Фактически работа по развитию речевого дыхания включена во все комплексные системы коррекционной работы при дизартрии и является одним из главных направлений в ходе коррекции псевдобульбарной дизартрии [3].

В связи с этим, целью данного исследования явилось изучение особенностей формирования речевого дыхания у детей дошкольного возраста с псевдобульбарной дизартрией с использованием дыхательных методик.

Исследование проводилось в дошкольных образовательных учреждениях г. Тюмени. Обследовано 96 детей в возрасте 5–6 лет. Выделены три группы детей. Контрольная группа – дети с нормальным речевым развитием. Две экспериментальные группы детей с речевым заключением – псевдобульбарная дизартрия: группа 1 – дети, получавшие логопедическую коррекцию и дополнительные занятия по формированию речевого дыхания; группа 2 – дети, получавших только логопедическую коррекцию. Исследование проводилось дважды: до речевой коррекции (в начале года) и после речевой коррекции с целью анализа эффективности проведенной работы (в конце года).

Использовались методы исследования внешнего дыхания и методика обследования речевого дыхания Е.Ф. Архиповой с элементами методики А.И. Максакова с определением типа физиологического дыхания, умения дифференцировать ротовое и носовое дыхание, целенаправленности и силы воздушной струи, длительности внеречевого выдоха,

особенностей фонационного дыхания. Для обследования речи применялась методика с балльно-уровневой системой оценки и речевые пробы, предложенные Р.И. Лалаевой, Т.Б. Филичевой, Е.М. Мастюковой, Р.Е. Левиной, О.Б. Иншаковой, А.К. Марковой [1, 4].

Методика коррекционной работы по развитию речевого дыхания у детей с псевдобульбарной формой дизартрии включала пять этапов. Первый этап – подготовка к развитию грудно-брюшного типа дыхания; второй – обучение приемам дыхательной гимнастики, осуществляется дальнейшее развитие грудно-брюшного типа дыхания, развитие подвижности диафрагмальной мышцы, увеличение объема вдыхаемого воздуха; на третьем этапе осуществляется развитие фонационного (озвученного) выдоха; четвертый этап методики – развитие речевого дыхания, детей обучают в процессе выдоха произносить последовательно сначала слоги, отдельные слова, затем фразы из 2, а далее из 3–4 слов, а также рифмованные строки, т. е. по мере усвоения упражнений речевые задачи усложняются; пятый этап – развитие речевого дыхания осуществляется при реализации усложненных речевых задач. Дети обучаются произнесению прозаических текстов, состоящих из 3–4 коротких фраз, правильно используя речевое дыхание.

Все дыхательные движения в данной методике реализуются одновременно с выполнением двигательных упражнений, рекомендованных методикой парадоксальной дыхательной гимнастики А.Н. Стрельниковой [7].

Анализ полученных результатов показал, что после проведенной работы по формированию речевого дыхания у детей первой экспериментальной группы значения показателей, как внешнего дыхания, так и речевого заметно возросли. Так жизненная емкость легких (ЖЕЛ) у детей первой экспериментальной группы увеличилась на 12% (в начале года составляла 80% по сравнению с ДЖЕЛ, в конце года – 92%), тогда как у детей второй экспериментальной группы значения показателя ЖЕЛ возросли лишь на 2% (табл.).

Показатель минутного объема дыхания (МОД) у детей первой экспериментальной группы к концу года также увеличился по сравнению со второй экспериментальной группой (табл. 1).

Таблица 1

Результаты исследования МОД и ЖЕЛ у детей обследуемых групп

Группы обследуемых детей	МОД (М ± m) в литрах		ЖЕЛ (М ± m) в литрах	
	Начало года	Конец года	Начало года	Конец года
Экспериментальная группа 1	2,8±0,02	3,3±0,04	1,05±0,03	1,25±0,03
Экспериментальная группа 2	2,8±0,03	2,9±0,04	1,03±0,03	1,07±0,02
Контрольная группа	3,3±0,06	3,5±0,06	1,3±0,01	1,35±0,02

Повышение значений показателей внешнего дыхания в первой экспериментальной группе значительно повлияло на функцию речевого дыхания. Показатель речевого дыхания у детей первой экспериментальной группы увеличился на 44% (40% в начале года и 84% в конце года), во второй экспериментальной группе этот показатель возрос всего на 9% (от 43 до 52%).

Полученные данные свидетельствуют, что жизненная емкость легких у детей с псевдобульбарной дизартрией обследованных групп намного ниже, чем у детей контрольной группы с нормальным речевым развитием, поэтому объем воздуха легких у детей с псевдобульбарной дизартрией недостаточный для речевого выдоха. Детям приходится постоянно добирать воздух во время речи, появляются судорожные вдохи, наблюдается длительный латентный период между дыханием, голосообразованием и артикулированием.

После дополнительной коррекции к концу года у детей первой экспериментальной группы увеличение показателей внешнего дыхания, повысило объем воздуха в легких, и в результате этого сформировался длительный речевой выдох, достаточный для произнесения синтагмы. Дыхание стало более глубоким и ритмичным по сравнению с показателями в начале года, когда отмечалось поверхностное дыхание.

Кроме того, можно отметить, что до начала коррекционной работы у детей с псевдобульбарной дизартрией наблюдалось расстройство координации между дыханием и фонацией, дыхание не регулировалось смысловым содержанием речи, дети постоянно добивали воздух, часто говорили на вдохе.

После дополнительной коррекции в первой экспериментальной группе в результате формирования речевого дыхания дети стали дифференцировать носовой и ротовой вдох и выдох, увеличилась сила воздушной струи, ее целенаправленность, что важно для формирования звукопроизношения у детей, особенно с псевдобульбарной дизартрией.

Одной из задач коррекционной работы по формированию речевого дыхания является развитие диафрагмального типа дыхания.

Известно, что при речевом развитии вырабатывается специфический «речевой» механизм дыхания, а, следовательно, и специфические «речевые» движения диафрагмы. В процессе устной речи диафрагма многократно производит тонко дифференцированные движения вдоха и выдоха, причем колебательные движения идут на фоне общего непрекращающегося выдоха. В этом состоит парадокс речевого дыхания, раскрытый Н.И. Жинкиным [5]. При каждом звуке речи диафрагма модулирует с определенной амплитудой и тем самым дублирует артикуляцию речевых эффектов (губ, языка, глотки, гортани). Центральные механизмы четко регулируют и координируют движения диафрагмы в процессе речевого выдоха.

У детей дошкольного возраста ритм дыхания, т.е. чередование вдоха и выдоха, постоянный: то вдох короче выдоха, то продолжительность вдоха и выдоха одинакова. При физическом напряжении, а также при волнении частота дыхательных движений резко увеличивается. Лишь постепенно устанавливается правильное, равномерное дыхание. У здоровых детей в 4–6-летнем возрасте, не имеющих речевой патологии, грудобрюшное речевое дыхание находится в стадии интенсивного формирования. Простые речевые задачи реализуются ими на фоне сформированного речевого выдоха.

Результаты проведенного исследования показали, что до начала работы у детей с псевдобульбарной дизартрией отмечался ключичный тип дыхания, в ходе дополнительной коррекционной работы по развитию речевого дыхания у 70% детей первой экспериментальной группы постепенно сформировался диафрагмальный тип дыхания, как наиболее физиологичный и оптимальный для нормального голосообразования.

При обследовании состояния речевой функции в начале года было установлено, что наиболее слабой её стороной у детей с псевдобульбарной дизартрией, является сенсомоторная: страдает фонематическое восприятие, артикуляционная моторика, звукопроизношение и звуконаполняемость слова. Данные обследования речи подтверждают наличие фонетико-фонематического нарушения речи у детей с псевдобульбарной дизартрией.

Анализ результатов исследования речевой функции детей обследуемых групп показал, что в конце года успешность выполнения речевых проб значительно повысилась в первой экспериментальной группе по сравнению во второй. У детей первой экспериментальной группы показатель звукопроизношения повысился на 21%, в начале года он составлял 50%, в конце года увеличился до 71%. Во второй экспериментальной группе, в которой проводились только логопедические занятия, показатели звукопроизношения изменились незначительно (с 49 до 54%). Фонематическое восприятие у детей первой экспериментальной группы также улучшилось с 53 до 66%. При обследовании фонематического восприятия, фонематического анализа дети значительно меньше допускали ошибок, могли определить позицию звука в слове, наличие или отсутствие заданного звука. Обсле́дова-

ние артикуляционной моторики показало нормализацию тонуса мышц языка, повышение точности, последовательности, переключаемости движений органов артикуляционного аппарата. Улучшились показатели звукобуквенной структуры слова: отмечалось меньше ошибок в искажении звуков, опускании согласных звуков, замене и перестановке звуков, смешении звуков.

Сравнительный анализ полученных результатов проведенного исследования показал, что у детей с псевдобульбарной дизартрией в первой экспериментальной группе, где проводились и логопедические занятия, и дополнительное формирование речевого дыхания отмечается более успешное выполнение речевых проб по сравнению со второй экспериментальной группой, где дополнительная работа по формированию речевого дыхания не проводилась.

Таким образом, проведенное исследование доказало, что формирование речевого дыхания с использованием дыхательных методик у детей с псевдобульбарной дизартрией положительно влияет на речевое развитие ребенка, способствует повышению эффективности коррекционного обучения, направленного на преодоление псевдобульбарной дизартрии.

Литература

1. Алексеева, М.М. Речевое развитие дошкольников : учеб. Пособие / М.М. Алексеева. – М.: Академия, 1998. – 160 с.
2. Белякова, Л.И. Развитие речевого дыхания у дошкольников с нарушением речи : метод. Пособие / Л.И. Белякова. – М.: Книголюб, 2005. – 55 с.
3. Ермакова, И.И. Коррекция речи и голоса у детей и подростков: кн. для логопеда / И.И. Ермакова. – М.: Просвещение, 1996. – 157 с.
4. Ефименкова, Л.Н. Формирование речи у дошкольников / Л.Н. Ефименкова. – М.: Владос, 2001. – 112 с.
5. Жинкин, Н.И. К вопросу о развитии речи у детей / Н.И. Жинкин // Советская педагогика. – 1954. – № 6. – С. 15–16.
6. Лурия, А.Р. Речь и развитие психических процессов у ребенка / А.Р. Лурия. – М.: АПН РСФСР, 1956. – 287 с.
7. Щетинин, М.Н. Дыхательная гимнастика А.Н. Стрельниковой / М.Н. Щетинин. – М.: Метафора, 2006. – 128 с.