ISSN 2304-120X
КОНЦЕПТ
научно-методический электронный журнал

Кубарева Е. В. Исследование функции речевого дыхания дошкольников со стертой дизартрией // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2019. – № 2 (февраль). – 0,4 п. л. – URL: http://e-koncept.ru/2019/192004.htm.

ART 192004 **DOI 10.24411/2304-120X-2019-12004** **УДК 159.946.3**

Кубарева Екатерина Витальевна,
магистрант ФГБОУ ВО «Омский государственный педагогический университет», г. Омск
averabukate@mail.ru

Исследование функции речевого дыхания дошкольников со стертой дизартрией

Аннотация. *Речевое дыхание значительно отличается от неречевого в связи с определенными требованиями, предъявляемыми к процессу дыхания во время речи. Детям с дизартрией необходимо развивать физиологический объем легких, а ближе к старшему дошкольному возрасту формировать нижнедиафрагмальный тип дыхания, который станет базой для развития фонационного дыхания.*
Ключевые слова: *дизартрия, речевое дыхание, старшие дошкольники, фонация, устная речь.*
Раздел: *(02) комплексное изучение человека; психология; социальные проблемы медицины и экологии человека.*

Речевое дыхание у детей с дизартрией развивается патологически, что объясняется органическим повреждением речедвигательных механизмов центральной нервной системы. В процессе речи у детей со стертой дизартрией отмечаются такие особенности, как неконтролируемые задержки дыхания, чрезмерное напряжение мышц диафрагмы и грудной клетки, дополнительные вдохи [1]. Произнесение отдельных слов может происходит в разные фазы дыхания – как на вдохе, так и на выдохе. Фонационное дыхание при дизартрии характеризуется слабостью мускулатуры, участвующей в процессе дыхания и малым объемом легких [2]. У дошкольников этой категории превалирует верхнегрудное дыхание, сопровождающееся подъемом плеч. Дети этой категории не умеют рационально расходовать речевой выдох и добирают в процессе речевого высказывания [3]. Ритм дыхания не регулируется смысловым содержанием речи. В момент речи оно часто учащено. При этом активный выдох укорочен и происходит обычно через нос, несмотря на постоянно полуоткрытый рот. Рассогласованность в работе мышц, осуществляющих вдох и выдох, приводит к тому, что у ребенка появляется тенденция говорить на вдохе [4]. Это еще больше нарушает произвольный контроль над дыхательными движениями, а также координацию между дыханием, фонацией и артикуляцией.

Таким образом, показана работа над развитием объема легких при дизартрии и формированием грудобрюшного типа дыхания, что даст основу для дальнейшего развития речевого дыхания [5].

Особенности речевого дыхания рассматривали в качестве особой системы психомоторных реакций, тесно связанных с развитием речи, Д. К. Вильсон, А. П. Зильбер, А. Г. Хрипкова и др.

Изучение нарушений фонематического слуха у детей со стертой формой дизартрии получило свою разработку в исследованиях Р. Е. Левиной. Также особенности развития лексико-грамматического строя речи у дошкольников со стертой дизартрией отмечала Л. В. Лопатина. Кроме того, отсутствие временных соотнесений фазы выдоха и выполнения артикуляторной программы устного высказывания исследовала Е. С. Алмазова.

Тем не менее изучение роли речевого дыхания в развитии и предупреждении нарушений звукопроизношения у детей со стертой формой дизартрии является недостаточным, несмотря на то что имеющиеся научные данные однозначно говорят о

необходимости правильного речевого дыхания для речевого развития детей [6]. Так, в частности, ведущую роль речевого дыхания для формирования полноценного звукопроизношения и развития речевого слуха подчеркивает в своих трудах А. Г. Ипполитова. В то же время вопросами речевого выдоха занимались такие исследователи, как М. Ф. Фомичева, М. Е. Хватцев, О. В. Правдина и др.

Также концепцию гармоничного диалога с выделением характерных для него черт в виде рисунка речи, тембра и глубины, что напрямую зависит от речевого дыхания, выделяет К. Краун на основе исследований речевого поведения, которым занимался Элиот Чеппл. Он объяснял проблемы речевого дыхания в диалоге с позиции психологии, отмечая, что степень близости собеседников, а также их личностные качества открыто проявляются в особенностях такого психофизиологического процесса, как фонационное дыхание, которое корректируется только путем самоконтроля [7].

Однако имеющихся в настоящее время сведений по проблеме формирования у старших дошкольников со стертой формой дизартрии речевого дыхания посредством упражнений недостаточно. Следовательно, данная проблема является актуальной и значимой по сей день. Для формирования у старших дошкольников речевого дыхания требуется проведение регулярной логопедической работы. В структуру занятий надо включать различные упражнения как на речевом, так и на неречевом материале [8]. Важно включать в структуру занятия упражнения в статике и динамике. Нужно учить детей верно делать паузы между словами, экономно расходовать воздух.

Первоначальное обследование речевого дыхания у дошкольников с дизартрией и их сверстников с нормально развивающейся речью осуществляется по четырем диагностическим блокам, отмеченным в табл. 1.

Таблица 1

Направления работы на констатирующем этапе педагогического эксперимента

Номер	*Назначение блока*	*Кол-во заданий*
1	Определение типа дыхания	2
2	Определение умения дифференцировать ротовое и носовое дыхание	4
3	Определение целенаправленности и силы воздушной струи	3
4	Определение особенностей фонационного дыхания	4

В первую очередь необходимо подготовить условия для проведения обследования. Эксперимент проводится в хорошо проветренном, теплом, чистом помещении. Дети должны быть одеты в свободную одежду, не стесняющую движений, и должен пройти минимум час после последнего приема пищи. Методом наблюдения определяются особенности дыхания ребенка в покое и при речи. Визуально определяется характер дыхания в покое: дышит ли ребенок носом или ртом. Далее идет работа по исследованию способности дифференцировать ротовой и носовой выдох, силы и целенаправленности воздушной струи и определению особенностей фонационного дыхания.

Блок 1. Определение типа дыхания

Обследование детей по этому блоку проводится в кабинете логопеда с использованием кушетки, так как горизонтальное положение испытуемого позволяет сделать более точные выводы по типу его дыхания. Доминирующий тип дыхания определяется визуально и тактильно в процессе различных экспериментальных ситуаций: в положении лежа с мягкой игрушкой, положенной на живот, в положении сидя и стоя.

С каждым ребенком данное задание проводится трижды, и выбирается лучший результат.

Критерии оценок этого блока разделяются от 1 балла (поверхностное дыхание) до 4 баллов (грудобрюшное дыхание).

Блок 2. Исследование уровня сформированности у детей ротового выдоха

Задание № 2, направленное на исследование умения дифференцировать ротовое и носовое дыхание, показывает, насколько успешно дети различают виды дыхания, умеют ли быстро перестраиваться с одного дыхания на другое.

Оценки по этому блоку разделяются от 1 балла (не дифференцирует) до 4 баллов (без ошибок дифференцирует).

Блок 3. Исследование уровня сформированности у детей дифференцированного вдоха и выдоха ртом и носом

Задание № 3, направленное на определение целенаправленности воздушной струи, показывает, насколько точно дети подбирают ту или иную артикуляционную позицию для определенной цели (задуй свечу, задуй шарик в ворота и т. д.).

Задание № 4, целью которого является определение силы воздушной струи у детей без речевой патологии и их сверстников с дизартрией, направлено на способность определения у ребенка способности регулировать силу выдыхаемой воздушной струи посредством таких заданий, как «надуй большой мыльный пузырь» или «задуй свечу».

Так же как и в предыдущих заданиях, результаты оцениваются по критериям от 1 (воздушная струя слабая, аритмичная) до 4 (воздушная струя сильная) баллов.

Блок 4. Исследование уровня сформированности у детей фонационного дыхания

Задание № 5, направленное на исследование особенностей фонационного дыхания у групп дошкольников без речевой патологии и с дизартрией, показывает, насколько целесообразно дети используют выдыхаемый воздух в устной речи. Используются упражнения на основе речевого материала с наращиванием слов. Сначала детям предлагается на одном выдохе протянуть слог, слово, короткое предложение. Потом, также на одном выдохе, пересчитать дни недели.

Критерии оценок по данному заданию такие же: от 1 (фонационное дыхание недостаточно сформировано) до 4 (фонационное дыхание сформировано в пределах возрастной нормы) баллов.

После проведения диагностики по четырем блокам делается общий вывод на основе средних показателей детей.

По результатам заданий детям присваиваются *уровни сформированности речевого дыхания*: высокий, хороший, средний и низкий.

Высокий уровень сформированности речевого дыхания. При вдохе не отмечается напряжения мышц шеи, рук, груди. Плечи и ключицы не поднимаются в момент вдоха, а при выдохе не опускаются. Дышат свободно, избегая судорожности и толчков в дыхании. Вдох при речи короткий, легкий. Выдох длительный, плавный. На одном выдохе ребенок произносит 3–4 слова. Слова произносятся слитно. В длинных предложениях между смысловыми отрезками наблюдается остановка для добора воздуха, и продолжается фраза после вдоха.

Хороший уровень сформированности речевого дыхания. Дыхание поверхностное. Возможен дифференцированный вдох и выдох через рот и нос. Голосовые модуляции по высоте и силе доступны, но фонация быстро истощается. Преобладает ключичный тип дыхания, выдох слабый. Не всегда наблюдается дифференциация носового и ротового дыхания. Не всегда отмечается синхронность вдоха и выдоха. Периодически отмечаются нарушения слитности слов. В длинных предложениях между смысловыми отрезками не всегда наблюдается остановка для добора воздуха и продолжения фразы после вдоха.

Средний уровень сформированности речевого дыхания. Дыхание поверхностное. Дифференцированный вдох и выдох через рот и нос осложнены. Голосовые модуляции по высоте и силе не всегда доступны, фонация быстро истощается. Преобладает ключичный тип дыхания, выдох слабый.

Низкий уровень сформированности речевого дыхания. Наблюдается подъем грудной клетки вверх и втягивание живота на вдохе. Дыхание поверхностное. Могут отмечаться слишком большой вдох, учащенность дыхания. Отмечается очень слабый вдох и выдох, что ведет к тихой, едва слышимой речи. Нет дифференциации носового и ротового дыхания. Имеет место неэкономное и неравномерное распределение выдыхаемого воздуха, неумелое распределение дыхания по словам. Прослеживается торопливое произнесение фраз без перерыва и на вдохе, с «захлебыванием». Отмечается неравномерный толчкообразный выдох. Голосовые модуляции по высоте и силе недоступны. Фонация быстро истощается. Слова произносятся отрывисто. В длинных предложениях между смысловыми отрезками не отмечается остановки для добора воздуха.

Отдельно остановимся на результатах качественного и количественного анализа.

Обследование проходило на базе КОУ Омской области «Адаптивная школа – детский сад № 292» г. Омска. В обследовании принимали участие 15 дошкольников с нормально развивающейся речью и 16 дошкольников со стертой дизартрией.

Характер и качество речевого дыхания у детей со стертой дизартрией и их сверстников с нормальной речью определялись в процессе наблюдения за детьми в разных речевых ситуациях визуально, на слух и с помощью тактильных ощущений экспериментатора.

Блок 1. Исследование уровня сформированности у детей неречевого дыхания

По результатам определения типа дыхания у детей с дизартрией и их сверстников без речевой патологии получены следующие результаты, представленные в табл. 2.

Таблица 2

Типы дыхания обследуемых

Тип дыхания / *Контингент*	*Поверхностный тип дыхания*	*Грудной тип дыхания*	*Нижнереберный тип дыхания*
Дети с нормальной речью	0	40%	60%
Дети с дизартрией	81%	19%	0

При сравнении полученных результатов в наибольшем количестве наблюдений у детей без речевой патологии в спокойном состоянии выделяется нижнереберный тип дыхания. У детей с дизартрией преобладает поверхностный тип дыхания, при этом только 19% дошкольников из этой категории имеют приближенный к физиологической норме грудной тип. По результатам данного задания детям со стертой дизартрией присвоены низкий уровень – 85%, средний – 15%

Блок 2. Исследование уровня сформированности у детей ротового выдоха

Задание № 2, определяющее умение дифференцировать ротовое и носовое дыхание, показывает, что в 100% случаев дети с дизартрией затрудняются перестраиваться с одного дыхания на другое, вдох и выдох осуществляют короткий и прерывистый. Дети без речевой патологии делают плавные вдохи и выдохи, верно дифференцируют ротовое и носовое дыхание. По результатам данного задания детям с дизартрией присвоены уровни: низкий – 80%, средний – 20%.

Блок 3. Исследование уровня сформированности у детей дифференцированного вдоха и выдоха ртом и носом

Результаты проведенного задания № 3, определяющего целенаправленность воздушной струи, показывают, что дети с речевой патологией в 80% (13 детей) имеют малый объем выдоха и не способны дифференцировать ротовой и носовой выдох. Из этой категории детей только 20% (3 детей) справились со всеми заданиями с первого раза. Дети без речевой патологии показывают на 100% положительный результат, что

свидетельствует о сформированности целенаправленной воздушной струи. Детям с дизартрией присвоены уровни: низкий – 85%, средний – 15%.

По результатам задания № 4, цель которого – определение силы воздушной струи у детей без речевой патологии и их сверстников с дизартрией, получены следующие величины, представленные в табл. 3.

Таблица 3

Результаты задания № 4

Критерии / ***Контингент***	***4 балла***	***3 балла***	***2 балла***	***1 балл***	***0 баллов***
Дети без речевой патологии	53%	40%	7%	0%	0%
Дети с дизартрией	0%	0%	44%	31%	25%

Таким образом, больше половины исследуемых детей без речевой патологии в ходе выполнения задания показывают диафрагмальный тип дыхания, умение дифференцировать ротовой и носовой вдох и выдох, сильную и целенаправленную воздушную струю. Положительный результат, но со сниженным объемом и силой выдоха, показывают 40% детей данной группы.

Отметим, что 44% детей с дизартрией в ходе выполнения задания показывают верхнеключичный (поверхностный) тип дыхания, аритмичность вдоха и выдоха, его малый объем и силу, неспособность дифференцировать ротовой и носовой тип дыхания. 25% группы по разным причинам не справились с заданием. Аритмичность дыхания и недостаточную дифференциацию ротового и носового вдоха и выдоха при диафрагмальном типе дыхания показал 31% детей данной категории. По итогу данного задания детям присвоены уровни: низкий – 75%, средний – 25%.

Блок 4. Исследование уровня сформированности у детей фонационного дыхания

Результаты задания № 5 приведены ниже в табл. 4.

Таблица 4

Результаты задания № 5

Критерии / ***Контингент***	***4 балла***	***3 балла***	***2 балла***	***1 балл***	***0 баллов***
Дети без речевой патологии	20%	60%	20%	0	0
Дети с дизартрией	0	0	37%	50%	13%

Задание, целью которого является исследование особенностей фонационного дыхания, в частности установление объема речевого дыхания, показывает, что в группе детей без речевой патологии 60% дошкольников имеют слегка ограниченный объем речевого дыхания, но их речь происходит на выдохе. Хороший объем речевого дыхания имеют 20% испытуемых. Столько же детей по итогу выполненного задания имеют ослабленный речевой выдох. Простые речевые задачи реализуются ими на фоне сформированного речевого выдоха. В процессе одного такого выдоха они способны произнести простые трех-четырехсловные фразы с общеупотребительной лексикой. Усложнение речевой задачи в виде четырех-шестисловных фраз с новой лексикой приводит к некоторому сбою в использовании нижнереберного типа дыхания.

По итогам выполненного задания 50% испытуемых с дизартрией допускают дискоординацию дыхания и фонации, длинные высказывания произносят прерывисто, добирая воздух. Ослабленный речевой выдох имеют 38% детей данной группы. Не справились с заданием 13% дошкольников. Детям присвоены уровни: низкий – 90%, средний – 10%.

Более наглядно распределение уровней сформированности речевого дыхания у детей представлено на рис. 1.

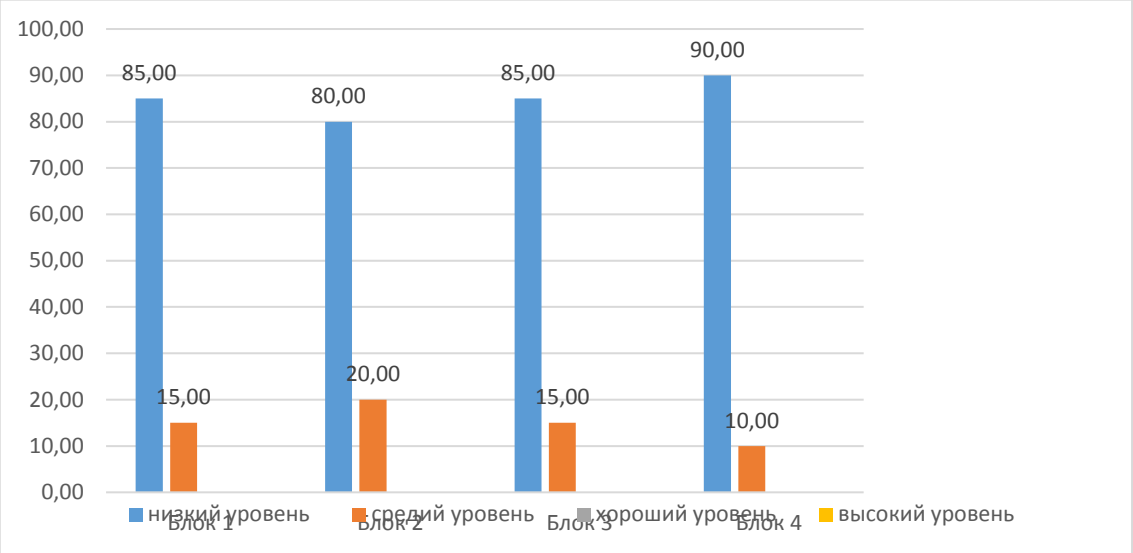

Рис. 1. Результаты распределения уровней сформированности речевого дыхания у детей с дизартрией на констатирующем этапе педагогического эксперимента

Исходя из представленного рисунка видно, что в меньшей степени у детей с дизартрией страдает неречевое дыхание. Сильнее всего нарушено фонационное дыхание.

На следующем ниже рис. 2 отражены данные об уровне сформированности у испытуемых с дизартрией речевого дыхания на основе средних показателей.

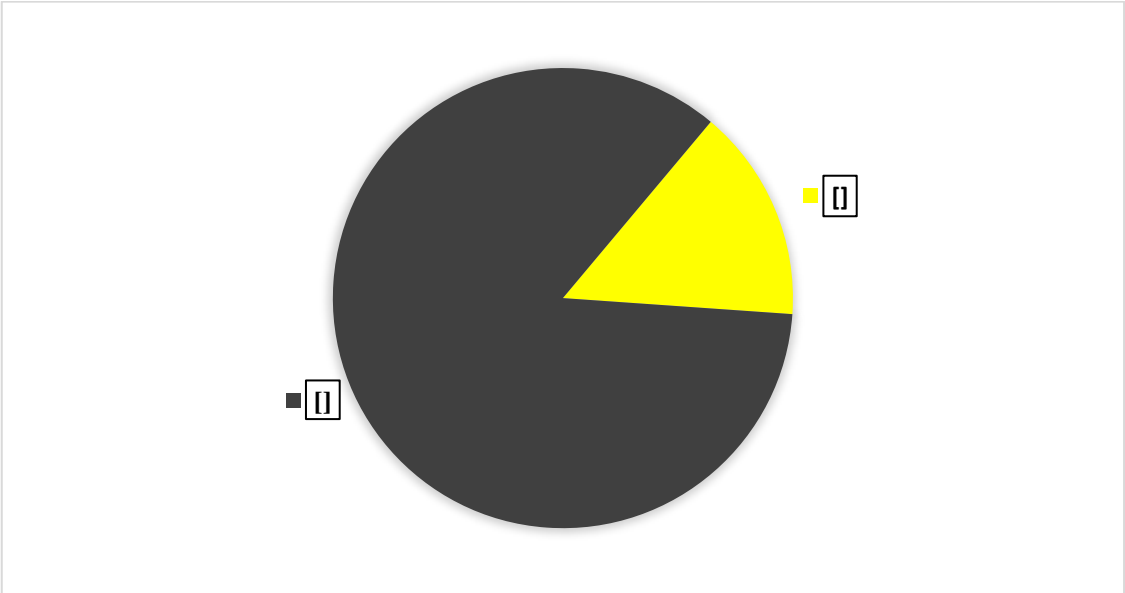

Рис. 2. Уровень сформированности у детей речевого дыхания на констатирующем этапе педагогического эксперимента

Результаты, полученные на констатирующем этапе исследования, позволяют сделать следующие выводы. Дошкольникам с дизартрией свойственна аритмичность дыхания, раскоординация вдоха и выдоха, слабая воздушная струя, в свою очередь, на фоне

этих нарушений страдает плавность речи. Из-за частых пауз, требуемых для добора воздуха, теряется понимание сказанного. Иногда фразу они начинают произносить в момент полного выдоха и в процессе вдоха. В эти моменты теряется плавность речи.

Логопедические занятия, на которых происходит развитие у детей речевого дыхания, можно структурировать следующим образом:

– постановка нижнереберного типа дыхания и формирование длительного ротового выдоха;
– дифференциация ротового и носового выдоха;
– собственно развитие полноценного речевого дыхания.

Таким образом, данное обследование позволяет выявить, что у дошкольников со стертой дизартрией относительно их сверстников без речевой патологии снижен объем воздуха в легких, что затрудняет развитие грудобрюшного типа дыхания, речевое дыхание нарушается при выполнении простых речевых задач и характеризуется нерациональным использованием выдоха, прерыванием речевого выдоха для дополнительного вдоха, отсутствием рационального соотнесения фазы выдоха и реализации артикуляторной программы высказывания.

Ссылки на источники

1. Архипова Е. Ф. Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стертой дизартрии у детей. – СПб.: АСТ: Астрель, 2008.
2. Давыдова М. П. Коррекция речи у детей с дизартрией. – Курск: Курский областной институт усовершенствования учителей, 2014.
3. Каше Г. А. Подготовка к школе детей с недостатками речи. – М.: Просвещение, 1985.
4. Коррекция речевых и неречевых расстройств у дошкольников: диагностика, занятия, упражнения, игры / авт.-сост. Н. П. Мещерякова, Е. В. Зубович, С. В. Леонтьева. – Волгоград: Учитель, 2014.
5. Лалаева Р. И. Логопедическая работа в коррекционных классах. – М.: Владос, 2011.
6. Там же.
7. Crown C., Feldstein S. Conversational congruence: Measurement and meaning: Paper read at the Eastern Psychological Association. – N.-Y., 1981.
8. Лопатина Л. В., Серебрякова Н. В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников: [учеб. пособие]. – СПб.: Изд. РГПУ им. А. И. Герцена; Изд-во «Союз», 2011.

Ekaterina Kubareva,
Graduate Student, Omsk State Pedagogical University, Omsk
averabukate@mail.ru

Study of speech breathing function in preschool children with erased dysarthria

Abstract. Speech breathing is significantly different from physiological breathing, due to the special requirements for the respiratory act during speech. Preschoolers with dysarthria first of all have to develop lung volume, and in senior preschool age to develop the type of chest breathing. It will be the basis for the development of proper phonation breathing.

Key words: dysarthria, speech breathing, senior preschoolers, phonation, oral speech.

References

1. Arhipova, E. F. (2008). Korrekcionno-logopedicheskaya rabota po preodoleniyu stertoj dizartrii u detej, 2008, AST: Astrel', St. Petersburg (in Russian).
2. Davydova, M. P. (2014). *Korrekciya rechi u detej s dizartrie*j, Kurskij oblastnoj institut usovershenstvovaniya uchitelej, Kyrsk (in Russian).
3. Kashe, G. A. (1985). *Podgotovka k shkole detej s nedostatkami rechi,* Prosveshchenie, Moscow (in Russian).
4. Meshcheryakova, N. P., Zubovich, E. V. & Leont'eva, S. V. (2014). *Korrekciya rechevyh i nerechevyh rasstrojstv u doshkol'nikov: diagnostika, zanyatiya, uprazhneniya, igry*, Uchitel', Volgograd (in Russian).
5. Lalaeva, R. I. (2011). *Logopedicheskaya rabota v korrekcionnyh klassah*, Vlados, Moscow (in Russian).
6. Ibid.
7. Crown, C. & Feldstein, S. (1981). *Conversational congruence: Measurement and meaning: Paper read at the Eastern Psychological Association*, N.-Y. (in English).
8. Lopatina, L. V. & Serebryakova, N. V. (2011). *Preodolenie rechevyh narushenij u doshkol'nikov: [ucheb. posobie]*, Izd. RGPU im. A. I. Gercena; Izd-vo “Soyuz”, St. Petersburg (in Russian).

ISSN 2304-120X
Концепт
научно-методический электронный журнал

Кубарева Е. В. Исследование функции речевого дыхания дошкольников со стертой дизартрией // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2019. – № 2 (февраль). – 0,4 п. л. – URL: http://e-koncept.ru/2019/192004.htm.

Рекомендовано к публикации:
Утёмовым В. В., кандидатом педагогических наук;
Горевым П. М., кандидатом педагогических наук,
главным редактором журнала «Концепт»

ISSN 2304-120X

www.e-koncept.ru

Поступила в редакцию *Received*	26.11.18	Получена положительная рецензия *Received a positive review*	25.12.18
Принята к публикации *Accepted for publication*	25.12.18	Опубликована *Published*	27.02.19

Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)
© Концепт, научно-методический электронный журнал, 2019
© Кубарева Е. В., 2019