



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

ФАКУЛЬТЕТ ИНКЛЮЗИВНОГО И КОРРЕКЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КАФЕДРА СПЕЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКИ, ПСИХОЛОГИИ И ПРЕДМЕТНЫХ МЕТОДИК

КОРРЕКЦИЯ ГОЛОСА У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С
ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ III УРОВНЯ НА ИНДИВИДУАЛЬНЫХ
ЗАНЯТИЯХ

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

Направленность (профиль) «Логопедия»

Выполнила:
Студентка группы ОФ-406/101-4-1
Магадеева Гульнара Ринатовна

Научный руководитель:
к.п.н., доцент кафедры СПП и ПМ
Щербак Светлана Геннадьевна

Проверка на объем заимствований:

19, 13% авторского текста
Работа рекоменд. к защите
рекомендована/не рекомендована

«14» 02 2018 г. ир. н.б

зав. кафедрой специальной педагогики,
психологии и предметных методик

к.п.н., доцент Л.А. Дружинина

Л.А. Дружинина

Челябинск
2018

Содержание

Введение.....	3
Глава 1. Теоретические основы изучения голосовой функции у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи III уровня	
1.1. Развитие голоса у детей в онтогенезе.....	7
1.2. Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи III уровня.....	11
1.3. Нарушение голоса у детей старшего дошкольного возраста при нарушениях речи.....	14
1.4. Индивидуальные логопедические занятия по коррекции голоса у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи.....	18
Выводы по первой главе.....	24
Глава 2. Экспериментальное изучение голосовой функции и коррекция ее нарушений у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи III уровня.....	25
2.1. Организация и содержание экспериментального изучения нарушений голоса у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи III уровня.....	25
2.2. Особенности голоса у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи.....	29
2.3. Содержание индивидуальной логопедической работы по коррекции голоса у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи.....	46
Выводы по второй главе.....	52
Заключение.....	54
Список литературы.....	56
Приложения.....	60

Введение

Голос важен для полноценного общения между людьми. В процессе коммуникации человек пользуется вербальными и невербальными средствами. Но без голоса, используя лишь мимику, зрительный контакт, жесты, общение становится скудным и малоинформативным. Также нарушение голоса у человека способно значительно затруднить и исказить восприятие речи другими людьми.

В современном мире изучение нарушений голосовой функции является важной и актуальной проблемой, которой занимаются как специалисты медицинского профиля, так и психолого-педагогического. О.С. Орлова утверждает, что число детей, имеющих выраженные нарушения тембра, не снижается [1]. Несомненно, это оказывает существенное влияние на общее и речевое развитие ребенка. Отмечается неполноценное развитие фонетического, фонематического, лексического и грамматического компонентов речи. Голосовые нарушения оказывают влияние на формирование личности ребенка, способны снизить мотивацию к речевой деятельности, а при тяжелых расстройствах голосовой функции возможно возникновение трудностей в социальной адаптации. Дети испытывают затруднения в овладении правильным звукопроизношением, их словарь беден, а это, в свою очередь, сказывается на обучении в школе. Ребенок может чувствовать себя неполноценным, капризным, замкнутым и с трудом вступать в контакт с окружающими вследствие нарушения голосовой функции. Так, у детей может отмечаться наличие назального оттенка голоса, различные нарушения тембра, силы и интонационной выразительности.

Изучением нарушений голосовой функции занимались: Д.К. Вильсон, В.И. Филимонова, Е.В. Лаврова, Е.С. Алмазова, Э.Я. Золотарева, О.С. Орлова, С.Л. Таптапова, И.И. Ермакова.

В логопедии одним из разделов, занимающимся изучением нарушений голоса и их коррекцией, является фонопедия. Е.В. Лаврова определяет понятие «фонопедия» как логопедическое воздействие при расстройствах голоса, которое подразумевает коррекцию дыхания, развитие силы голоса, постановку правильного голосообразования посредством выполнения специальных упражнений для нервно-мышечного аппарата гортани. Также логопед подбирает наиболее эффективные методы и приемы коррекции голоса у детей, учитывая имеющееся речевое нарушение [11]. В то же время уделяется внимание и проблеме нарушений голоса у детей при различных сложных речевых патологиях, таких как общее недоразвитие речи. Важно своевременное исправление этих нарушений в дошкольном возрасте, во избежание осложнений в дальнейшем развитии.

Цель исследования – теоретически изучить и практически определить содержание логопедической работы по коррекции голоса у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи III уровня.

Объект исследования – процесс развития голоса у детей старшего дошкольного возраста.

Предмет исследования – особенности логопедической работы по коррекции голоса у детей старшего дошкольного возраста с ОНР III уровня с учетом причин и механизма его нарушения.

Задачи исследования:

1. Проанализировать специальную литературу по теме исследования.
2. Изучить особенности голоса у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи III уровня.

3. Определить методы и приемы индивидуальной логопедической работы по коррекции голоса у детей с общим недоразвитием речи III уровня.

Методы исследования:

- анализ психолого-педагогической и специальной литературы по проблеме исследования
- изучение медико-психолого-педагогической документации
- проведение педагогического эксперимента
- качественный анализ данных исследования
- подбор методов и приемов коррекции на основании литературных источников

Экспериментальная работа проводилась на базе дошкольной группы №7 МБДОУ ДС №426 г. Челябинск. В исследовании приняло участие 8 детей с общим недоразвитием речи III уровня и с голосовыми нарушениями.

Квалификационная работа состоит из двух глав.

В первой главе теоретически раскрываются онтогенетические аспекты развития голоса у детей. Представлена клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с общим недоразвитием речи. В главе подробно рассматриваются нарушения голоса, входящие в структуру речевого дефекта. Также рассматриваются цели, задачи и формы работы, используемые учителем-логопедом на индивидуальных занятиях по коррекции голоса.

Во второй главе представлен анализ специальной методической литературы по исследованию нарушений голоса у детей, представлены результаты констатирующего эксперимента. Описано содержание логопедической работы по коррекции нарушений голоса у детей дошкольного возраста и проведен анализ работы по коррекции голоса у детей экспериментальной группы.

После каждой главы даются выводы. В заключении представлен общий вывод по проделанной работе, список литературы и приложения.

Глава 1. Теоретические основы изучения голосовой функции у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи III уровня
1.1. Развитие голоса у детей старшего дошкольного возраста в онтогенезе

Понятие «голос» подразумевает под собой совокупность разнообразных звуков, которые производятся голосовым аппаратом человека. Именно голосом человек производит множество самых разных звуков, иногда довольно сложных, а также выражает свое эмоциональное состояние.

Голосообразование – это особенность человека при помощи голосового аппарата издавать самые различные по высоте, тембральной окраске и силовому диапазону звуки. Вне фонации голосовые связки расслаблены и образуют широкий треугольник. При произнесении звука, голосовые складки напрягаются, сдвигаются и образуют узкий просвет. Струя воздуха, выдыхаемая из легких, проходит через сомкнутые голосовые связки, вызывая их колебания. В результате этого образуется слабый звук, который усиливается в полостях носа, глотки и рта, которые в данном случае являются резонаторами. В артикуляционном аппарате в ходе движений губ, языка, щек и челюсти формируются звуки, из которых складывается связная речь.

Всего различают три типа голосообразования:

- придыхательный тип. Сначала идет легкий выдох, затем смыкаются и колеблются голосовые складки, голос начинает свое звучание после легкого шума.
- при твердой атаке сначала смыкаются голосовые связки, а затем осуществляется выдох, приводя их в колебания.
- при мягкой атаке смыкание голосовых складок и начало выдоха будут совпадать.

Мягкая голосовая атака считается для человека физиологически правильной, обеспечивает хороший тембр голоса, интонационную выразительность и точность.

Основными свойствами голоса являются: тоновый диапазон, сила, тембральная окраска, высота.

Тоновый диапазон – это последовательность тонов, находящихся в границе между самым низким и самым высоким звуками, которые могут быть воспроизведены человеческим голосовым аппаратом. Частота основного тона голоса у детей до 1 года составляет 350-800 Гц (в среднем 400 Гц). А от 8 до 10 лет – 320-512 Гц [32].

Помимо основного тона голоса во время колебаний голосовых складок образуются обертона, резонаторами для которых служат околоносовые пазухи, отсюда у голоса и появляется индивидуальная окраска – тембр.

Интенсивность амплитуды колебаний голосовых складок, измеряемая в децибелах, определяет силу голоса. Чем больше амплитуда колебательных движений, тем сильнее будет звучать голос. Сила голоса находится в прямой зависимости от давления воздуха, выдыхаемого из легких. При нарушении координационных взаимоотношений между натяжением голосовых складок и воздушным давлением голос может потерять силу, нарушится его тембр и звучность. При разговоре сила голоса находится между интервалом «пиано» и «форте».

Высота издаваемого звука измеряется в герцах и зависит от числа колебаний голосовых складок в секунду. Частота колебания у одних и тех же голосовых складок различна: примерно от 80 до 10 000 колебаний в секунду и более.

Первая фонация у новорожденного – это крик, который может различаться по силе. У детей с нарушениями центральной нервной системы крик либо слишком громкий, пронзительный, либо тихий. Исследователи И.М. Кононова, Е.М. Мастюкова отводят немаловажную и

прогностическую роль в формировании детского голоса именно крику при рождении. Далее назначение и способ голосообразования различается: когда младенец испытывает какой-либо дискомфорт, то крики становятся более резкими, при бодрствовании голос более мягкий. В течение первого года жизни наблюдается увеличение голосовой активности ребенка, а интонацией ребенок овладевает уже на стадии гуления. От 1 года до 2 лет устанавливается тембр и диапазон голоса, когда у ребенка появляются первые артикуляции, то есть при лепете [1].

Л. С. Волкова выделяет несколько периодов в развитии детского голоса: дошкольный до 6-7 лет, домутационный от 6-7 до 13 лет, мутационный - 13-15 лет и послемутационный – 15-17 лет [16].

О. В. Правдина [2] указывает, что детский голос характеризуется следующими качествами: голос звонкий, в нем мало обертонов, диапазон его невелик (не более 1-2 звуков одной октавы), сила голоса небольшая. Как отмечает Л. В. Нейман, в детском возрасте диапазоны голосов мальчиков и девочек почти не отличаются друг от друга.

Развитие любого органа голосового аппарата характеризуется тремя приблизительными степенями роста: интенсивным, обычным и пониженным. Гортань новорожденных обоего пола интенсивно растет в первый год жизни. У мальчиков это наблюдается в первые три месяца, а также на 8—9-м месяцах, а у девочек в 1-й месяц, затем на 4—7-м месяцах. Носовая полость, придаточные пазухи и носоглотка интенсивно растут в первые шесть месяцев жизни. Затем они продолжают развиваться в обычном темпе: придаточные пазухи до трех лет. Установлено, что носоглотка активно растет до 6 лет. Согласно медицинским анатомическим исследованиям, гортань у детей расположена несколько выше, чем у взрослых и начинает опускаться ближе к 7 годам, голосовая мышца не сформирована примерно до 12 лет [1]. Колебание голосовых складок у детей обычно происходит только краями, так как мышцы основания голосовых связок еще малоразвиты.

У новорожденных детей преобладает диафрагмальное дыхание, в силу ослабленности дыхательной мускулатуры грудной клетки, ребра, ключица и весь плечевой пояс находятся несколько выше. Со второй половины первого года жизни, когда ребенок начинает сидеть, дыхание приобретает смешанный или грудной тип, вплоть до 7-летнего возраста, это связано с увеличением мускулатуры плечевого пояса, опущением грудной клетки вниз и косым положением ребер [35]. С 7-8 лет у детей можно наблюдать половые различия в типе дыхания: у мальчиков – брюшной, а у девочек грудной. Количество вдыхаемого воздуха у детей с возрастом постепенно увеличивается. Н.Н. Каминская отмечает, что в 6-летнем возрасте у мальчиков жизненная емкость легких составляет примерно 1200 мл, у девочек 1100 [34].

Отмечается, что у детей до 7-летнего возраста преобладает фальцетное голосообразование за счет перстнещитовидных мышц. У детей дошкольного возраста осуществление фонации происходит посредством краевого натяжения коротких тонких голосовых связок, состоящих из соединительной ткани и желез. С пяти лет начинают формироваться отдельные пучки вокальных мышц. Голос имеет высокое звучание, его диапазон составляет 5—6 нот. По мнению Л. В. Неймана, в детском возрасте диапазоны голосов мальчиков и девочек почти не отличаются друг от друга. Голос у детей меняется на протяжении его жизни по многим основным его свойствам: силе, высоте, тембру и т.д.

Становление голоса ребенка осуществляется до 7 лет и зависит не только от индивидуальных анатомических и физиологических данных, но и от подражания манере использования окружающих: воспитателей, семьи, сверстников [33].

По мнению О.С. Орловой, в ясельном и дошкольном возрасте дети путем подражания легко осваивают интонации окружающих, имея хороший музыкальный слух, напевают и передают голосом музыкальные мотивы [1].

Таким образом, на основе вышеизложенной информации можно проследить анатомо-физиологические особенности становления голоса у детей с нормой в онтогенезе: неоднородный рост органов речевого и дыхательного аппарата, изменение типа дыхания, постепенное увеличение объема жизненной емкости легких и длительности звучания голоса, развитие голосовых модуляций и интонаций.

1.2. Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи III уровня

Термин «общее недоразвитие речи» (ОНР) подразумевает собой наличие сложных речевых расстройств, при которых у детей нарушается формирование всех компонентов, относящихся к звуковой и смысловой стороны речи при нормальном слухе и интеллекте [37]. Одним из главных признаков общего недоразвития речи является более позднее появление речи: у детей слова могут появиться к 3-4 годам, иногда и к 5.

Проблематикой общего недоразвития речи занимались: Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина, Л.Ф. Спирова, А.В. Ястребова, Н.А. Никашина, Г.А. Каше, Р.Е. Левина.

Р.Е. Левина отмечает, что при одной и той же речевой патологии языковая сторона может страдать по-разному, а одни и те же симптомы могут наблюдаться при разных формах нарушения речи. Это указывает на то, что при общем недоразвитии речи у детей могут встречаться и даже быть сочетанными такие речевые патологии, как: моторная или сенсорная алалия, сенсомоторная алалия, детская афазия, дизартрия и минимальные дизартрические расстройства.

У детей с общим недоразвитием речи отмечается неустойчивость внимания, вследствие чего уменьшается объем вербальной памяти и

качества запоминаемой информации, словесно-логическое мышление отстает в своем развитии – все это оказывает отрицательное влияние на учебную и игровую деятельность [33, 25].

Существует клиническое разнообразие проявлений общего недоразвития речи. В связи с этим, в классификации Е.М. Мастюковой выделяются три группы детей.

В первой группе у детей не наблюдается нарушений нервно-психической деятельности, отсутствует локальное поражение центральной нервной системы, отсутствуют парезы и параличи, отсутствуют выраженные подкорковые и мозжечковые нарушения. Из этого следует вывод, что первичные зоны речедвигательного анализатора сохранены.

Во второй группе у детей отмечается ярко-выраженная неврологическая симптоматика, которая характеризуется негрубым нарушением отдельных мозговых структур. Есть неврологические синдромы, например, синдром ВСД, повышенной нервно-психической истощаемости, эмоциональной неустойчивости.

В третьей группе – дети с органическими поражениями речевых отделов головного мозга, например, с моторной алалией.

В анамнезе детей с общим недоразвитием речи можно увидеть наличие следующих патологий: рефлекс-конфликт, внутриутробная гипоксия, рефлекс-конфликт и асфиксия. В раннем возрасте: инфекционные заболевания, черепно-мозговые травмы, хронические заболевания [5].

При общем недоразвитии речи III уровня обиходная фразовая речь более развернута, грубые явные лексико-грамматические и фонетические нарушения отсутствуют. Дети используют распространенные простые предложения, однако допускают перестановки или пропуски главных и второстепенных членов предложения в собственной речи. Вместе с тем, наблюдаются аграмматические фразы и неточное употребление некоторых слов, например, не зная названия частей предметов, могут заменять слово названием самого предмета, испытывают трудности при употреблении

предлогов, согласовании прилагательных с существительными и числительными. У детей могут быть выявлены лексические ошибки, например, заменяют название профессий названием действий. Могут не совсем правильно понимать слова с абстрактным и переносным значением [6]. Практически не заинтересованы в коммуникации. Звуки, изолированно произносимые детьми правильно, в связной речи могут иметь нечеткое звучание [38]. Также могут сокращать количество слогов в слове, состоящего из трех-четырех слогов. В речи практически не используют антонимы и подменяют понятия (например, воробей – птица).

Отмечается недостаточная сформированность связной речи, выражающаяся в диалогах, при попытках пересказа содержания текста нарушается последовательность и связность рассказа. Ребенок не способен выделить в тексте главные и второстепенные элементы, упускает причинно-следственные и временные связи. О чем можно судить по тому, что в самостоятельной речи дети используют скудные короткие фразы, заменяют сложные предлоги более простыми, трудные слова повторить не могут, словарь отстает от возрастной нормы. Затрудняются при пересказе и составлении рассказов с опорой на сюжетные картинки.

Также при общем недоразвитии речи III уровня фонематическое восприятие недостаточно и выражается в том, что дети не могут выполнить задание на придумывание слова на заданный звук, затрудняются в выделении первого и последнего согласного, гласного звука в середине и конце слова. Звукопроизношение недостаточно, нарушается слоговая структура слова, возможно нарушение произношения шипящих.

По мнению В.И. Селиверстова [16], у детей с общим недоразвитием речи отмечается недостаточная устойчивость внимания, трудности его включения и переключения и повышенная отвлекаемость, из-за чего ребенок не способен выполнить задания до конца, не способен

сосредоточиться на конкретном предмете. Вдобавок характерна общая соматическая ослабленность, отставание в развитии двигательной сферы.

Из всего этого следует, что при общем недоразвитии речи III уровня у детей могут быть различными как речевые нарушения, так и соматическое состояние. Учителю-логопеду требуется знать клиническую и психолого-педагогическую характеристику для выявления особенностей речевого развития детей с ОНР III уровня и определения коррекционного маршрута.

1.3. Нарушение голоса у детей старшего дошкольного возраста при нарушениях речи

Нарушения голоса – группа голосовых расстройств, характеризующихся частичным или полным отсутствием фонации. Они бывают функциональными и органическими. Д.К. Вильсон выделяет четыре причины нарушения голоса у детей: органические изменения; органические изменение вследствие перенапряжения голоса; функциональные; факторы, которые способствовали голосовому нарушению [13]. Функциональные нарушения голоса не сопровождаются воспалительными процессами и анатомическими изменениями гортани.

Д.К. Вильсон считает, что наиболее часто нарушения голоса у детей встречаются при дизартрии, риноплазии и алалии и имеют органическую природу.

При тяжелых речевых патологиях на слух обязательно выявляются нарушения тембра голоса, которые будут определяться следующими факторами: нарушение строения голосового аппарата (полостей глотки, носа и рта, состояния мышц гортани), эмоциональные перегрузки, стрессы, неправильные использованием голосового аппарата.

Д.К. Вильсон выделяет разновидности нарушений тембра: охриплость, огрубление, придыхание. Нарушение громкости также относится к голосовым расстройствам и чаще всего может встречаться при дизартрии: такие дети в силу привычки могут говорить либо слишком громко, либо слишком тихо.

Нарушение голоса чаще всего наблюдается при таких речевых патологиях как дизартрия, ринолалия, алалия.

Рассмотрим особенности голосовой функции при дизартрии. Дизартрия – это нарушение произносительной стороны речи, обусловленное поражением центрального отдела речедвигательного анализатора и нарушением иннервации мышц артикуляционного аппарата. Основным признаком является нарушение просодической стороны речи: ее малоразборчивость, эмоциональная выразительность, интонационная окраска и мелодичность. Нарушения голоса при дизартрии связаны с парезами мышц языка, губ, мягкого неба, голосовых складок, мышц гортани, нарушениями их мышечного тонуса и ограничением их подвижности. Движение голосовых складок нарушается также при слабости и паретичности мышц голосового аппарата, сила голоса в этих условиях становится минимальной. При неврологических нарушениях часто страдает речевое дыхание, а далее иннервация дыхательной мускулатуры. Жизненная емкость легких у детей с дизартрией значительно снижена: ребенок не в полном объеме выдыхает набранный воздух, что сказывается на времени максимальной фонации [9]. С.Л. Таптапова указывает на то, что при акте фонации у детей дыхание учащенное, ларингоскопическое исследование показывает неполное смыкание голосовых связок и их быструю истощаемость [10].

Нарушения голоса зависят от формы дизартрии. У детей может наблюдаться: недостаточная сила голоса (голос слабый, тихий, иссякающий в процессе речи), нарушение тембра голоса (глухой, назализованный, хриплый, монотонный, сдавленный, тусклый; может быть

гортанным, форсированным, напряженным, прерывистым и т.д.), слабая выраженность или отсутствие голосовых модуляций (ребенок не способен произвольно менять высоту тона).

Для бульбарной дизартрии характерна назализация тембра голоса, дисфония или афония, его слабость, глухость и истощаемость. При псевдобульбарной форме голос имеет носовой оттенок, его недостаточная сила, осиплость, охриплость, грубо нарушено воспроизведение соноров, что связано со спастическим параличом и мышечным гипертонусом. При подкорковой дизартрии отмечается нарушение тембра и силы голоса, он может быть напряженным, резким, иногда вырываются произвольные гортанные выкрики, либо затухающий и переходящий в шепот. При мозжечковой дизартрии может наблюдаться затухание голоса к концу фразы, речь скандированная, замедленная, в речи присутствуют лишние паузы, звуковысотные модуляции и изменения по силе могут быть недоступны. Таким образом, при дизартрии нарушения голоса имеют неврологическую основу, однако при таком нарушении речи, как ринолалия, будет совершенно другая причина.

Ринолалия – нарушение звукопроизношения и тембра голоса вследствие анатомо-физиологических дефектов артикуляционного аппарата. Характеризуется выраженным нарушением акта дыхания и тембра голоса, который оказывается назализованным, вследствие того, что при фонации выдыхаемая струя проходит в полость носа и в ней получает резонанс. У детей с ринолалией дыхание учащенное, поверхностное, преимущественно дышат ключицами, фонационный выдох (проба времени максимальной фонации) укорочен. Носовой и ротовой выдох не дифференцируются. Нарушения тембра голоса при ринолалии называют ринофонией, при этом существуют явления гиперназализации и гипоназализации. Встречается также наложение дополнительного шума (шипение, свист, гортанность, придыхание, храп) [7].

Ринолалия обычно сочетается с ринофонией – избыточным назальным оттенком голоса. Причины тому могут быть разными: хронические риниты, искривление носовой перегородки, аденоидные образования в носоглотке, полипы, парезы или параличи мягкого неба, укорочение мягкого неба, механические дефекты твердого и мягкого неба. При врожденных незаращениях твердого и мягкого неба голос, помимо назального оттенка, может быть монотонным, сдавленным, глухим и слабым, это обусловлено речевым поведением ребенка. Дети с такой патологией после пластической операции часто говорят с таким же назальным тембром голоса, для устранения данной проблемы и необходима логопедическая коррекция. Следует отметить, что в фонетике ринолалию и ринофонию относят к голосовым расстройствам.

При ринолалии часто присутствуют такие явления как гиперназализация и гипоназализация и связаны с резонаторными нарушениями. Гиперназализация – это нарушения баланса резонирования, при котором ротовые звуки произносятся с носовым оттенком. Она чаще всего сопровождается слышимой утечкой воздуха через носовые ходы. Гипоназализация – это нарушение баланса резонирования, при котором носовые звуки произносятся с ротовым оттенком. Недостаток носового резонирования проявляется при произнесении слов, содержащих звуки [м, н]. При резко выраженной гипоназализации [м] произносится как [б], а [н] как [д]. При закрытии носовых ходов гипоназальность не меняется.

Таким образом, при ринолалии причина нарушения голоса будет основываться на грубых механических патологиях речевого аппарата.

Нарушения голоса у детей при алалии имеет другой характер. Алалия – недоразвитие или отсутствие речи при нормальном слухе и сохранном интеллекте. Причиной алалии является поражение речевых областей головного мозга во внутриутробном периоде, заболевания и травмы, перенесенные в младенческом возрасте. У детей с сенсорной алалией голос нормальный, звуки произносятся с нормальной интонацией

и модуляцией, а нарушение голоса чаще всего встречается при моторной форме.

В.А. Ковшиков и Е.Ф. Собонович рассматривают моторную алалию как языковое нарушение развития экспрессивной речи, характеризующееся сочетанием фонологических, синтаксических, морфологических и лексических нарушений [38]. Обычно голосовые нарушения у детей с данной речевой патологией проявляются в недостаточной модулированности голоса, его глухом, тихом, тусклом и иногда затухающем оттенке, интонация отсутствует или слабо выражена, высота, сила, эмоциональный тон голоса и логическое ударение. Дети с алалией иногда не способны дифференцировать эмоции и выразить их в экспрессивной речи, нарушено восприятие и воспроизведение ритма. Итак, при алалии у детей наблюдаются нарушения модуляции голоса, вследствие недоразвитости фонематического и музыкального слуха.

Таким образом, выраженность нарушений голосовой функции напрямую будет зависеть от тяжести речевой патологии. Ярко выраженные проявления голосовых нарушений у детей чаще всего выявляются при таких речевых патологиях как дизартрия и ринопалия и носят различную этиологию.

1.4. Индивидуальные занятия по коррекции голоса у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи

В основу логопедической работы входит проведение коррекционных занятий, которые повышают коммуникабельность ребенка и подготавливают его к дальнейшему обучению в школе [36]. Так, существует три разновидности логопедических занятий: фронтальные, подгрупповые и индивидуальные. Фронтальные проводятся со всеми

детьми группы одновременно, дети выполняют одинаковый перечень заданий. Подгрупповые занятия характеризуются тем, что логопедическая работа ведется с детьми примерно одного возраста в группе до 6 человек. При условии, что дети в подгруппе имеют сходные речевые нарушения. Индивидуальные занятия проводятся по отдельности с каждым ребенком и более эффективны, в сравнении с подгрупповыми и фронтальными.

Т.Б. Филичева, Н.А. Чевелева и Г.В. Чиркина полагают, что основной целью индивидуальных логопедических занятий является использование артикуляционных упражнений и различных заданий, ориентированных на устранение нарушений звуковой стороны речи, которые относятся к различным формам речевой патологии – к дизартрии, дислалии, ринолалии и др [36].

Для детей с тяжелыми речевыми патологиями на индивидуальных занятиях учителю-логопеду необходимо корректировать имеющиеся у них голосовые нарушения, в связи с этим, Л.В. Лопатина [39] выделяет следующий ряд задач:

- 1) Ведение работы по развитию фонематических процессов
- 2) Осуществление коррекции нарушений голосовой и дыхательной функции
- 3) Совершенствование процессов слухового восприятия

Проведение индивидуальных занятий учителем-логопедом возможно в следующих учреждениях: при детских поликлиниках, на логопунктах при общеобразовательной школе или общеразвивающем детском саду, при центрах развития ребенка, в детском саду компенсирующего или комбинированного видов. Отметим, что с детьми, имеющими нарушение голоса, коррекционная работа будет осуществляться чаще всего при детских поликлиниках логопедом-фонопедом.

На индивидуальных логопедических занятиях проводится работа по развитию мелкой моторики, обогащению словарного запаса, коррекции и развитию голоса, совершенствованию звукопроизношения.

Продолжительность индивидуальных занятий обычно составляет не более двадцати минут и зависит от возраста ребенка, от его психоэмоционального состояния. Задания, которые даются логопедом на занятии могут быть различными: артикуляционная гимнастика, развитие фонематического слуха и восприятия, упражнения на правильное произнесение звуков и автоматизацию, на постановку правильного дыхания, на коррекцию голоса. С целью устранения голосовых нарушений на индивидуальных занятиях формируют и закрепляют нижне-диафрагмальный тип дыхания, обучают правильному и длинному речевому выдоху, совершенствуют силу, высоту и тембр голоса, и закрепляют ее мягкую атаку. Многократные повторения материала составляют суть коррекционной работы, поэтому логопеду важно стимулировать и мотивировать ребенка на продуктивную работу, а также уметь разнообразить задания.

Интерес ребенка зависит от того, в какой форме преподнести коррекционный материал. Е.А. Борисова описала различные приемы индивидуальных занятий и их организацию:

«Приход гостя», к примеру, сказочного героя на занятие, который хочет посмотреть, что умеет делать ребенок, либо просит научить ребенка какому-либо умению. И в качестве варианта – гость принес с собой разные задания и просит их выполнить.

«Идем в гости». Ребенок отправляется в гости к сказочному герою, чтобы обойти препятствия, нужно выполнить задания, которые дает ему логопед. В конце ребенок показывает сказочному герою свои умения.

«Посылка». Логопед приносит на задание посылку, разбирая ее, ребенок делает упражнения, приготовленные для него отправителем.

«Письмо». Эта форма индивидуального занятия аналогична предыдущей, только задания даются в письменном варианте, а ребенок выполняет их пользуясь предоставленным наглядно-дидактическим материалом.

«План». В плане указывается о находящихся в кабинете логопеда конвертах, ребенок ищет конверты и делает приготовленные для него задания.

«Путь по карте». Ребенку предлагают настольно-печатную игру в виде карты. Передвижение по карте осуществляется с использованием фишек и выполнением заданий, а в конце игры дается поощрительный приз.

«Поле чудес». Выкладывается слово из букв разрезной азбуки, и ребенку необходимо сделать задание, чтобы перевернуть букву и отгадать слово.

«Стройплощадка». Ребенок из элементов разрезной картинке или деталей конструктора строит здание, чтобы получить деталь для постройки, он должен выполнить задание.

«Проявляющаяся картинка». Выкладывается разрезная картинка изображением вниз, переворачивая элемент картинке, ребенок делает упражнения, подготовленные логопедом.

«Цирк». Ребенок помогает выполнить задания цирковым артистам (в виде игрушек или на картинках).

«Веселая школа». При этой игре ребенок сам может выступать в роли учителя и помогать ученикам, показывая им правильное выполнение упражнений.

«Занятие-сказка». В ходе рассказывания какой-либо известной сказки специалист предлагает ребенку помочь персонажам, делая вместе с ними задания. Более того, логопед может самостоятельно придумать сказку и разыграть ее с помощью картинок и игрушек.

В результате применения таких форм организации занятий логопед вызывает желание к их дальнейшему посещению, обеспечивает ребенку хороший эмоциональный настрой, делает оригинальной и эффективной коррекционную работу.

Необходимо помнить, что при различных нарушениях речи будет и разная структура дефекта, а, следовательно, будут отличаться и голосовые нарушения. Вместе с тем, при проведении индивидуальных занятий логопеду необходимо сформировать цель, определить этапы работы и их последовательность, постепенно усложнять материал, четко и понятно формулировать инструкции, даваемые ребенку. Но самое главное – осуществлять индивидуальный подход к каждому ребенку с учетом его возраста и структуры дефекта [8].

Так, для детей с дизартрией большая роль отводится дыхательной гимнастике в сочетании с голосовыми упражнениями: длительное произнесение гласных звуков громким и тихим голосом, наращивание объема выдыхаемого воздуха при произнесении гласного, что в дальнейшем способствует правильному использованию голоса при речи. Ведь, как говорилось ранее, у ребенка с дизартрическими нарушениями речевое дыхание учащенное, с присутствием судорожных вздохов. Скоррегировать это явление позволяют упражнения, направленные на снятие напряжения в легких и улучшение их вентиляции. Логопедом также проводятся и упражнения на расслабление мышц шейного и плечевого отделов. На развитие силы голоса направлены упражнения, укрепляющие мышцы языка и шеи, глотки и голосовых связок мягкого неба, лицевых мышц. Особую роль играют в логопедическом воздействии вокальные упражнения, они способствуют развитию разговорного голоса, обогащению тембра. Основная цель – коррекция, нормализация и развитие голоса ребенка. При дизартрических нарушениях необходимо выработать звонкость и гибкость звучания, развить модуляции и диапазон, устранить горловую зажатость, охриплость и сдавленность.

К дооперационным мероприятиям по коррекции голоса у детей с ринолалией относится: постановка физиологического и речевого дыхания, укрепление мышц глотки и неба [12]. Также после активизации небно-глоточного смыкания, постановки диафрагмального дыхания и

произнесению гласных звуков без носового оттенка дальнейшая работа сводится к воспитанию правильного навыка голосообразования, выполнению дыхательной гимнастики, расширению диапазона и силы голоса, что достигается вокальными упражнениями. Дети без отклонений в голосовом аппарате и развитым фонематическим слухом достаточно быстро осваивают правильное голосообразование. Самым эффективным и действенным способом устранения носового оттенка для детей с ринолалией является постановка фонации на мягкой атаке в грудном регистре [10].

Логопедическая работа для детей с алалией будет направлена на развитие интонации и интонационных конструкций, которые используются в речевом общении, диапазона и силы голоса, восприятия и воспроизведения ритмических рисунков, формирование и закрепление вопросительной, повествовательной и восклицательной интонаций.

Успешность и продуктивность коррекционной работы зависят от совместных усилий логопеда и родителей ребенка. Благодаря занятиям с учителем-логопедом достигается желаемый результат. Однако должна быть преобладающей в выполнении заданий между логопедом и родителями. Последним, в свою очередь, следует понимать необходимость коррекции речевых и голосовых нарушений и выполнять логопедические задания дома с ребенком для стойкого закрепления полученных результатов.

Итак, индивидуальные занятия по коррекции и развитию голоса учитель-логопед проводит в соответствии с вышеуказанными целями и задачами, а также использует различные подходы к проведению занятий с детьми.

Выводы по первой главе

В первой главе в теории представлены онтогенетические аспекты развития детского голоса. Изучая особенности развития детского голоса, узнаем о норме роста и развития голосового и дыхательного аппарата в дошкольном возрасте, который характеризуется неоднородным ростом органов речевого и дыхательного аппарата, изменением типа дыхания, постепенным увеличением объема жизненной емкости легких и длительности звучания голоса, развитием голосовых модуляций и интонаций.

Изучение речевых нарушений и клинико-психолого-педагогической характеристики помогло узнать об особенностях речевого и физического развития детей с общим недоразвитием речи, что будет учитываться при проведении и оформлении результатов обследования и позволит соотнести с нарушением речи, при котором встречаются нарушения голоса.

Специфика голосовых нарушений при разных видах речевой патологии напрямую зависит от структуры дефекта. При тяжелых речевых патологиях на слух обязательно выявляются нарушения тембра голоса, которые определяются следующими факторами:

1. Тембр может измениться вследствие нарушения строения голосового аппарата: полостей глотки, носа и рта, состояния мышц гортани.
2. На тон голоса влияют эмоциональные перегрузки, стрессы.
3. Тембр голоса зависит от использования голосового аппарата.

Посредством проведения индивидуальных занятий с ребенком учитель-логопед осуществляет коррекцию нарушений голоса и нарушений речи. При этом важно сделать разнообразными сами индивидуальные занятия и подачу материала.

Глава 2. Экспериментальное изучение голосовой функции и коррекция ее нарушения у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи III уровня

2.1. Организация и содержание экспериментального изучения нарушений голоса у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи III уровня

Экспериментальная работа по изучению особенностей голосовой функции у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи проводилась на базе МБДОУ №426 г. Челябинска. В исследовании приняли участие 8 детей 5-6 летнего возраста (старшая группа), которые имеют логопедическое заключение: общее недоразвитие речи III уровня.

Исследование голосовых функций у детей с общим недоразвитием речи проводилось по методикам: О.С. Орловой и В.И. Филимоновой. Также в экспериментальной работе были включены данные о прошедших и текущих соматических заболеваниях, индивидуальной характеристики ребенка и поставленных логопедических заключениях.

По методике, предложенной О. С. Орловой [1], проводили:

1. Исследование речевого слуха.
2. Изучение дыхания.
3. Оценка тембра голоса.

Также обследование проводили по методу аудитивной оценки, который предложила В.И. Филимонова [14]:

1. Оценка силы голоса и его динамического диапазона.
2. Оценка звучания голоса по качественным признакам.
3. Оценка интонации.
4. Исследование голоса и интонационной стороны речи с использованием специальных проб.

При определении нарушений голосовой функции исследовали такие показатели как, продолжительность звучания голоса, его высота, сила, способность к модуляции, оцениваются показатели дыхания. При обследовании обратили внимание на интенсивность, атаку голоса, тональность звучания, тембр. Произносится ли ребенком вопросно-ответная форма речи, присутствует ли интонационная окраска. Также важно оценить, соответствует ли строение артикуляционного аппарата норме, дефекты, чтобы исключить либо подтвердить механическую дислалию, ринолалию или же дизартрию.

В процессе логопедического обследования детей выявляют выраженность отклонений в строении артикуляционного аппарата у ребенка, далее специалист направляет его на консультацию к ортодонту, который, используя клинические методы, оценивает степень выраженности нарушений и назначает соответствующее лечение.

Логопед также должен выяснить, как ребёнок жуёт и глотает твёрдую и жидкую пищу, наблюдаются ли «поперхивания», не имелись ли в раннем возрасте расстройства глотания. Обязательно логопедическое обследование начинается со сбора анамнестических данных, изучаются особенности просодической стороны речи и физиологический слух и обязательно должен быть уведомлен о наличии соматических заболеваний у детей.

При обследовании артикуляционного аппарата важно выяснить, отмечаются ли отклонения в строении мягкого неба (укороченное мягкое небо, расщелины мягкого неба, парез мягкого неба), носоглотки, ротовой полости и глотки (носовые полипы, аденоиды, опухоли носовой полости, искривление носовой перегородки, гипертрофия носовых раковин, увеличение парных небных миндалин, непарной язычной миндалины, непарной глоточной миндалины) [40].

Собственно методику по исследованию нарушения голоса у детей описывает О.С.Орлова [1].

Исследуя речевой слух, проводили изучение состояния фонематического слуха и слухового восприятия: изучают восприятие и воспроизведение интонационных конструкций. Ребенку давали различные стимулы (речевые, неречевые, музыкальные), которые он должен воспроизвести. Определяли точность восприятия испытуемым интенсивности и высоты звучания стимула. Данные обследования записывали в протокол. При ошибках в выполнении заданий давали несколько попыток, ребенок оценивал правильность воспроизведения им стимула. Если обследуемый слышит, что задание выполнил неверно, то предполагают, что речевой слух сохранен, но выявляются проблемы с воспроизведением задания.

При обследовании дыхания наблюдали скоординированность у ребенка вдоха и выдоха, каков характер дыхания (через нос или рот), частоту вдохов, равномерно ли распределяется выдыхаемый воздух во время речи. Также немаловажное внимание уделяют типу дыхания (грудной, ключичный или брюшной).

При оценивании функций внешнего дыхания, записывались следующие данные: жизненная емкость легких (ЖЕЛ), время максимальной фонации (ВМФ), коэффициент С/З, коэффициент фонации (КФ).

Жизненная емкость легких – это максимальное количество воздуха, выдыхаемое после самого глубокого вдоха. Его величина зависит от возраста, пола и веса. При наличии некоторых соматических заболеваний она может снижаться, что ведет к ослаблению и болезням органов дыхания. Наиболее точно измерить жизненную емкость легких можно в медицинских учреждениях специальным прибором – спирометром. Но приблизительно посчитать жизненную емкость легких можно по формулам, приведенным ниже.

ЖЕЛ для мужчин = $40 \cdot \text{рост (см)} + 30 \cdot \text{вес (кг)} - 4400$;

ЖЕЛ для женщин = $40 \cdot \text{рост (см)} + 10 \cdot \text{вес (кг)} - 3800$.

У ребенка в 5-6 лет ЖЕЛ примерно равна 900-1200мл в соответствии с половыми различиями.

Для определения времени максимальной фонации, обследуемому требуется после вдоха как можно дольше произнести гласный звук. Проводится три раза и высчитывается средний показатель.

По мнению М.Р. Богомильского и В.Р. Чистяковой [15], коэффициент звуков «с» и «з» определяется по аналогии с ВМФ гласных звуков. Этот коэффициент позволяет определить функциональное состояние голосовых складок. При их нормальном состоянии коэффициент С/З приближается к 1. Также в пределах нормы считается коэффициент С/З от 0.8 до 1.2. Если же он больше данного показателя, то следует говорить о гипертонусных состояниях, если коэффициент меньше 1, то возможно недосмыкание голосовых складок.

Следует отметить, что время максимальной фонации и коэффициент С/З субъективный критерий и зависят от: эмоционального состояния ребенка, времени исследования, степени нагрузки и от того, насколько обследуемый подготовлен к заданиям.

Коэффициент фонации (КФ) измеряется по следующей формуле:

$$\text{КФ} = \text{ЖЕЛ} : \text{ВМФ}.$$

Тембр голоса у ребенка оценивали при первичной беседе по пятибалльной шкале:

- 1 – нормальный голос
- 2 – легкая степень нарушения тембра
- 3 – умеренные нарушения тембра
- 4 – выраженные нарушения тембра
- 5 – афония

При обследовании тембра голоса особое внимание обратили на наличие добавочных призвуков, осиплость голоса, стабильность звучания, придыхание и назализацию.

Для определения гипоназализации или гиперназальности использовали слова и предложения, в которых есть звуки «м» и «н» (Приложение 1). При явлении гипоназализации «м» звучит как «б», звук «н» как «д». У человека с нормальной назализацией закрытие ноздрей вызовет небно-глоточный резонанс, тогда как при гипоназализации закрытие ноздрей не будет влиять на резонанс. Индекс гипоназализации подсчитывается по числу слов или звуков, при которых не произошло изменения резонанса.

Гиперназальность определяют с помощью специальных тестов на гласный и согласные звуки. Тест проводится дважды: с открытыми и закрытыми ноздрями. Предполагается, что при закрытии ноздрей гиперносовой резонанс будет нарастать.

Аудитивным методом, предложенным В.И. Филимоновой [14] оценивали: силу и динамический диапазон голоса, звучание голоса по качественным признакам, темп речи, мелодику и тембр голоса. Интонационная сторона речи исследовалась при помощи специальных проб (Приложение 1).

Таким образом, логопедическое обследование голосовой функции позволяет выявить имеющиеся нарушения голоса, описать их, и с помощью этого направить ребенка на дальнейшее более тщательное обследование у отоларинголога и фониатра. А также подобрать подходящую для ребенка методику преодоления расстройств голоса.

2.2. Особенности голоса у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи.

Нарушение голосовой функции и интонации у детей исследовались: В.И. Филимоновой, Т.В. Колпак, Л.А. Колпачевской. Ими было

подтверждено, что нарушения голоса часто могут входить в структуру речевого дефекта. Развитое слуховое восприятие и воспроизведение влияет на то, насколько модулированным будет голос у ребенка. При недоразвитии музыкального и фонематического слуха голос у детей может звучать монотонно, не быть интонированным. По мнению Е.М. Малининой, М.Ф. Заринской, Седлачковой (1963) одной из причин расстройств голоса у детей является недоразвитие или отсутствие музыкального слуха.

Таблица 1.

Результаты исследования речевого слуха

ФИ	Исследование	
	Стимул	Высота звучания
Александр С.	Речевой	+
	Неречевой	+
	Музыкальный	+
Ярослав П.	Речевой	+
	Неречевой	+
	Музыкальный	+
Илья Н.	Речевой	+
	Неречевой	+
	Музыкальный	+
Александр Б.	Речевой	-
	Неречевой	-
	Музыкальный	-
Егор М.	Речевой	+ (частично справился с заданием)
	Неречевой	+
	Музыкальный	+ (частично справился с

		заданием)
Алексей Ш.	Речевой	+
	Неречевой	+
	Музыкальный	+
Иван Д.	Речевой	+
	Неречевой	+
	Музыкальный	+
Юрий Р.	Речевой	+
	Неречевой	+
	Музыкальный	+

При исследовании речевого слуха выяснилось, что пятеро детей (Александр С., Ярослав П., Илья Н., Юрий Р., Иван Д.) хорошо определяют высоту звучания речевого, неречевого и музыкального стимулов. У двоих детей (Егор М., Алексей Ш.) возникли трудности с заданиями на определение высоты звучания, в силу недостаточной развитости фонематического слуха, музыкальный слух находится на стадии развития. Ребенок (Александр Б.) не справился с заданиями, что может говорить о том, что речевой, неречевого и музыкальный слух не развит.

Исследование восприятия темпа показало, что четверо детей (Александр С., Ярослав П., Юрий Р., Алексей Ш.) воспринимают и правильно называют все заданные темпы звучания музыкального стимула. Четыре ребенка (Илья Н., Александр Б., Егор М., Иван Д.) с заданиями на восприятие темпа справились частично, умеют определять медленный и быстрый темпы звучания.

При исследовании восприятия и воспроизведения музыкального ритма всего детям было показано пять ритмических рисунков на изолированные удары, простые удары и акцентированные удары. Трое детей (Александр С., Иван Д., Юрий Р.) правильно определили и

воспроизвели четыре из пяти показанных ритмических рисунка (включая акцентированные удары), трое детей в точности повторили три ритмических рисунка из пяти (Алексей Ш., Егор М., Илья Н.). Правильно воспроизвел два ритмических рисунка (простые и изолированные удары) один ребенок (Александр Б.)

Таблица 2.

Анализ результатов изучения типа дыхания

ФИ	Изучение типа дыхания
Александр С.	брюшной
Ярослав П.	грудной
Илья Н.	грудной
Александр Б.	смешанный
Егор М.	брюшной
Алексей Ш.	смешанный
Иван Д.	смешанный
Юрий Р.	смешанный

При изучении типа дыхания было выявлено, что двое детей (Ярослав П., Илья Н.) используют грудной тип. Брюшной тип, который считается полезным и наиболее правильным, используют двое детей (Александр С., Егор М.). Четыре ребенка (Александр Б., Алексей Ш., Иван Д., Юрий Р.) дышат смешанным типом, речевой выдох укороченный.

Патология любого из органов (включая легкие), принимающих участие в голосообразовании, оказывает негативное влияние на качество голоса. Часто нарушения голоса и речи у детей сопровождаются с нарушением дыхания. По мнению Е.В. Лавровой [14], в основном это неумение набрать достаточное количество воздуха и неэкономное его использованием. Вследствие чего может наблюдаться укороченный выдох,

частые доборы воздуха ртом, что отражается на речи ребенка. Жизненная емкость легких в норме для ребенка старшего дошкольного возраста составляет 900-1200 мл.

Таблица 3.

Анализ результатов исследования жизненной емкости легких (ЖЕЛ)

ФИ	Рост (см)/Вес (кг)	ЖЕЛ (мл)
Александр С.	124/29	1430
Ярослав П.	119/28	1200
Илья Н.	109/16	440
Александр Б.	109/18	500
Егор М.	106/17	350
Алексей Ш.	112/19	650
Иван Д.	124/26	1340
Юрий Р.	117/25	1030

Исследование жизненной емкости легких показало, что у четверых детей (Александр С., Ярослав П., Иван Д., Юрий Р.) отмечаются максимальные показатели объема вдыхаемого и выдыхаемого кислорода. У других детей (Илья Н., Александр Б., Егор М., Алексей Ш.) данные показатели ниже возрастной нормы, что может быть обусловлено типом дыхания (преимущественно грудной и смешанный) и индивидуальным физиологическим развитием (у Егора М.).

Таблица 4.

Анализ результатов исследования фонационного дыхания

ФИ	Исследование		
	Коэффициент С/З	ВМФ	КФ
Александр С.	4 сек/6 сек = 0.6	4 сек	357,5 мл/сек

Ярослав П.	3 сек/4 сек = 0.75	5 сек	240 мл/сек
Илья Н.	4 сек/4 сек = 1	4 сек	110 мл/сек
Александр Б.	4 сек/7 сек = 0.5	4 сек	125 мл/сек
Егор М.	3 сек/3 сек = 1	4 сек	87 мл/сек
Алексей Ш.	3 сек/5 сек = 0.6	4 сек	162,5 мл/сек
Иван Д.	4 сек/3 сек = 1	3 сек	446,6 мл/сек
Юрий Р.	4 сек/3 сек = 1,3	4 сек	257,5 мл/сек

При исследовании времени максимальной фонации было замечено, что у многих детей среднее значение ВМФ составляет 4 секунды при разных показателях ЖЕЛ. Сопоставляя КФ и ЖЕЛ, четверо детей (Егор М., Илья Н., Александр Б., Алексей Ш.), имея маленькие показатели ЖЕЛ, умеют экономно использовать воздух при фонации.

Значительное снижение времени максимальной фонации может быть связано с неадекватным голосообразованием. ВМФ отражает общее состояние функции гортани, а также напряжение гортани и нервно-мышечные нарушения. Короткое время фонации с большой утечкой воздуха (коэффициент фонации) может говорить о нервно-мышечной недостаточности.

Коэффициент С/З при нормальном состоянии голосовых связок приближается к 1. При гипертонусных состояниях голосовых связок и мышц гортани этот показатель больше 1, соответственно при гипотонусных состояниях коэффициент меньше 1.

Коэффициент фонации – это средняя скорость воздушного потока. Увеличение скорости воздушного потока свидетельствует о гипотонии мышц гортани, несмыкании голосовых связок.

Таблица 5.

Анализ результатов обследования тембра голоса

ФИ	Обследование				
	наличие добавочных призвуков	осиплость голоса	назализация	стабильность звучания	тембр голоса
Александр С.	отсутствуют	не выявлено	отсутствует	голос звучит стабильно	2
Ярослав П.	отсутствуют	не выявлено	отсутствует	голос звучит стабильно	1
Илья Н.	отсутствуют	не выявлено	отсутствует	голос затухающий	3
Александр Б.	отсутствуют	не выявлено	имеется, не сильно выражена	нет стабильности звучания	3
Егор М.	отсутствуют	не выявлено	отсутствует	голос звучит стабильно	1
Алексей Ш.	отсутствуют	не выявлено	отсутствует	голос затухающий	3
Иван Д.	отсутствуют	не выявлено	отсутствует	голос звучит стабильно	1
Юрий Р.	отсутствуют	не выявлено	отсутствует	голос звучит стабильно	1

При обследовании тембра голоса у одного ребенка (Александр С.) отмечается легкая степень нарушения тембра, так как голос глухой, ближе к тихому. Умеренные нарушения тембра отмечаются у троих: у Ильи Н. глухой, тихий, затухающий голос, а у Александра Б. имеется не сильно выраженная назализация, голос тихий, глухой, у Алексея Ш. голос тихий, тусклый, затухающий. У четверых детей (Ярослав П., Егор М., Иван Д., Юрий Р.) тембр голоса в норме.

Таблица 6.

Анализ результатов обследования силы голоса, его динамического диапазона и звучания по качественным характеристикам

ФИ	Обследование		
	сила голоса	динамический диапазон	звучание голоса
Александр С.	ближе к тихому	изменяет по силе	глухой
Ярослав П.	громкий, резкий, с непроизвольными выкриками	хорошо изменяет по силе	звонкий, чистый
Илья Н.	тихий	изменяет по силе	глухой, затухающий
Александр Б.	тихий	не изменяет по силе	глухой, назализованный
Егор М.	ближе к громкому	хорошо изменяет по силе	звонкий, чистый
Алексей Ш.	тихий	не изменяет по силе	глухой, затухающий
Иван Д.	громкий, резкий, с непроизвольными выкриками	хорошо изменяет по силе	звонкий, чистый
Юрий Р.	ближе к громкому	хорошо изменяет по силе	звонкий, чистый

При обследовании силы и звучания голоса выяснилось, что четверо детей (Ярослав П., Егор М., Иван Д., Юрий Р.) обладают громкими, звонкими, чистыми голосами. У четверых детей (Александр С., Илья Н.,

Александр Б., Алексей Ш.) голоса тихие. Один ребенок (Александр Б.) имеет глухой голос, с назальным оттенком, а у детей (Илья Н., Алексей Ш.) голос глухой, затухающий.

Обследование динамического диапазона показало, что шесть детей (Александр С., Ярослав П., Илья Н., Егор М., Иван Д., Юрий Р.) способны изменять голос по силе – от слабого до громкого. Двое детей (Александр Б., Алексей Ш.) с данным заданием не справился, голос не модулирует.

Таблица 7.

Анализ результатов обследования голоса и интонационной стороны речи с использованием специальных проб

ФИ	Обследование		
	мелодика голоса	темп речи	интонация
Александр С.	ближе к высокому, модулированный	медленный, достаточно развитое умение изменять темп речи	употребляет основные виды интонации
Ярослав П.	высокий, модулированный	нормальный, достаточно развитое умение изменять темп речи	употребляет основные виды интонации
Илья Н.	высокий, монотонный	медленный, достаточно развитое умение изменять темп речи	затруднения и неточности в употреблении основных видов интонации
Александр Б.	высокий, монотонный	медленный, неумение изменять	неумение употреблять

		темп речи	некоторые виды интонации
Егор М.	высокий, модулированный	нормальный, хорошо развитое умение изменять темп речи	затруднения и неточности в употреблении основных видов интонации
Алексей Ш.	высокий, монотонный	медленный, слабо развитое умение изменять темп речи	неумение употреблять основные виды интонации
Иван Д.	высокий, модулированный	нормальный, хорошо развитое умение изменять темп речи	употребляет основные вид интонации
Юрий Р.	высокий, модулированный	нормальный, хорошо развитое умение изменять темп речи	употребляет основные виды интонации

При обследовании мелодики голоса увидели, что пятеро детей (Александр С., Ярослав П., Егор М., Иван Д., Юрий Р) хорошо умеют модулировать свой голос. У троих детей (Илья Н., Александр Б., Алексей Ш.) наблюдается монотонный, немодулированный голос.

При обследовании темпа речи у четверых детей (Ярослав П., Егор М., Иван Д., Юрий Р.) отмечается нормальный темп речи, у остальных – медленный. Шесть детей (Александр С., Ярослав П., Илья Н., Егор М., Иван Д., Юрий Р.) на задании показали умение ускорять и замедлять темп речи. Два ребенка (Александр Б., Алексей Ш.) не умеют изменять темп речи.

Обследование интонационной стороны речи показало, что четверо детей (Александр С., Ярослав П., Иван Д., Юрий Р.) умеют употреблять основные виды интонации (утвердительную, вопросительную и восклицательную). У двоих детей (Илья Н., Егор М.) возникли трудности в употреблении восклицательной интонации. Не умеют использовать в речи вопросительные, восклицательные интонации два ребенка (Александр Б., Алексей Ш.).

Таблица 8.

Анализ результатов сбора анамнестических данных

ФИ	Соматические заболевания	Логопедическое заключение
Александр С.	деформация грудной клетки	ОНР III уровня, стертая дизартрия
Ярослав П.	были удалены аденоиды; соматически ослаблен, тугоухость I степени	ОНР III уровня, дизартрия
Илья Н.	отсутствуют	ОНР III уровня, дизартрия
Александр Б.	аденоиды II степени	ОНР III уровня, моторная алалия
Егор М.	соматически ослаблен	ОНР III уровня, дизартрия
Алексей Ш.	отсутствуют	ОНР III уровня, дизартрия + алалия
Иван Д.	синдром эмоциональных расстройств, гидроцефалия	ОНР III-IV уровня, дизартрия
Юрий Р.	вегетативные и двигательные нарушения, гипоксическо-ишемическое поражение	ОНР III-IV уровня, моторная алалия

	ЦНС II степени, синдром мышечной дистонии, гидроцефалия, другие уточненные экстрапирамидные и двигательные нарушения	
--	--	--

При обследовании была собрана информация о соматических заболеваниях и логопедическом заключении каждого ребенка. Так, в связи с аденоидами II степени у одного ребенка (Александра Б.) наблюдается назальный оттенок голоса и укороченный речевой выдох. У двоих детей (Александр С., Иван Д.) при исследовании времени максимальной фонации, учитывая достаточную для продолжительной фонации жизненную емкость легких, был выявлен низкий показатель, это может быть связано с деформацией грудной клетки.

Таблица 9.

Анализ результатов обследования голосовой функции

ФИ	Соматические заболевания	ЖЕЛ	ВМФ	Характеристика звучания голоса
Александр С.	деформация грудной клетки	1430	4 сек	ближе к тихому, глухой, ближе к высокому, модулированный
Ярослав П.	были удалены аденоиды; соматически ослаблен, тугоухость I степени	1200	5 сек	громкий, резкий, звонкий, чистый, высокий, модулированный

Илья Н.	отсутствуют	440	4 сек	тихий, глухой, затухающий, высокий, МОНОТОННЫЙ
Александр Б.	аденоиды II степени	500	4 сек	тихий, глухой, назализованный, высокий, МОНОТОННЫЙ
Егор М.	соматически ослаблен	350	4 сек	ближе к громкому, звонкий, чистый, высокий, модулированный
Алексей Ш.	отсутствуют	650	4 сек	тихий, глухой, тусклый, затухающий, высокий, МОНОТОННЫЙ
Иван Д.	отсутствуют	1340	3 сек	громкий, резкий, звонкий, чистый, высокий, модулированный
Юрий Р.	отсутствуют	1030	4 сек	ближе к громкому, звонкий, чистый, звучный, модулированный

Таблица 10

Сводная таблица результатов исследования голосовой функции

ФИ	Соматические заболевания	Логопедическое заключение	стабильность звучания	тембр голоса	
Александр С.	деформация грудной клетки	ОНР III уровня, стертая дизартрия	голос звучит стабильно	2 легкие нарушения тембра	
Ярослав П.	были удалены аденоиды; соматически ослаблен, тугоухость I степени	ОНР III уровня, дизартрия	голос звучит стабильно	1 нормальный голос	
Илья Н.	отсутствуют	ОНР III уровня, дизартрия	голос затухающий	3 умеренные нарушения тембра	
Александр Б.	аденоиды II степени	ОНР III уровня, моторная алалия	нет стабильности звучания	3 умеренные нарушения тембра	
Егор М.	соматически ослаблен	ОНР III уровня, дизартрия	голос звучит стабильно	1 нормальный голос	
Алексей Ш.	отсутствуют	ОНР III уровня, дизартрия + алалия	голос затухающий	3 умеренные нарушения тембра	
Иван Д.	синдром эмоциональных	ОНР III-IV уровня,	голос звучит стабильно	1 нормальный	

	расстройств, гидроцефалия	дизартрия		ГОЛОС	
Юрий Р.	вегетативные и двигательные нарушения, гипоксическо- ишемическое поражение ЦНС II степени, синдром мышечной дистонии, гидроцефалия, другие уточненные экстрапирамид ные и двигательные нарушения	ОНР III-IV уровня, моторная алалия	голос звучит стабильно	1 нормальный голос	

У детей с дизартрией часто может наблюдаться тихий или же громкий, резкий голос, нарушения ритма дыхания, темп речи может быть замедлен. Также тихий голос отмечается при ослаблении мышечного тонуса голосовых связок, при аденоидных разрастаниях и у соматически ослабленных детей. Психологи отмечают, что тихий голос характерен также стеснительным, робким детям.

Так, у одного ребенка (Александр С.) при стертой дизартрии голос глухой, ближе к тихому, пользуется брюшным типом дыхания, жизненная емкость легких превышает возрастную норму, однако слишком низкий

показатель времени максимальной фонации (4 сек.) с большой утечкой выдыхаемого воздуха, что может говорить о несмыкании голосовых связок, нервно-мышечной недостаточности. Александр С. тихий ребенок, родители в домашней обстановке говорят спокойным голосом

Те же проявления выявились и у другого ребенка с дизартрией (Иван Д.). При этом у Ивана Д. звучание голоса достаточно громкое и модулированное, темп речи нормальный, но имеются произвольные выкрики. При высоком показателе жизненной емкости легких, время максимальной фонации имеет минимальный показатель – 3 сек, использует смешанный тип дыхания. Тембр голоса у ребенка приближен к норме..

У Ярослава П. при дизартрии отмечается громкий, излишне резкий голос с произвольными выкриками, при подсчётах выявили, что жизненная емкость легких в пределах возрастной нормы, но может быть снижена из-за пользования грудным типом дыхания, время максимальной фонации – 5 сек. Ребенок соматически ослаблен. Тембр голоса приближен к норме. Ребенок громкий, дома речь родителей эмоциональна.

У ребенка (Илья Н.) при дизартрии голос тихий, затухающий к концу фразы, монотонный. Жизненная емкость легких гораздо ниже возрастной нормы, использует грудной тип дыхания, сила выдоха быстро истощается при речи, время максимальной фонации – 4 сек., отмечается умеренное нарушение тембра голоса. Ребенок тихий, родители в домашней обстановке говорят тихим и спокойным голосом.

У Александра Б. при моторной алалии выявлен тихий, глухой, монотонный, назализованный голос. Жизненная емкость легких ниже нормы, использует смешанный тип дыхания, наблюдается укороченный речевой выдох, время максимальной фонации – 4 сек. Из-за наличия аденоидных наростов наблюдается не сильно выраженный назальный оттенок голоса, также аденоидные разрастания могут не позволять ребенку физиологически правильно дышать. Отмечается умеренное нарушение

тембра голоса. Эмоциональный ребенок, в домашней обстановке родители говорят спокойным голосом.

У Егора М. при дизартрии голос ближе к громкому, звонкий, модулированный. Жизненная емкость легких гораздо ниже возрастной нормы, время максимальной фонации – 4 сек., использует брюшной тип дыхания. Ребенок соматически ослаблен и часто болеет, что, возможно, сказывается на жизненной емкости легких. Тембр голоса приближен к норме. Ребенок болтливый (пед.запущенность), не замкнутый.

У Юрия Р. при моторной алалии тембр голоса приближен к норме. Обладает громким, звонким и достаточно модулированным голосом. Жизненная емкость легких превышает норму, время максимальной фонации мало – 4 сек, дышит смешанным типом. Ребенок коммуникабельный, хорошо рассказывает стихи. Дома родители говорят тихо, спокойно.

У Алексея Ш. при сочетанной дизартрии и алалии обнаруживается выраженное нарушение тембра: голос тусклый, тихий, затухающий к концу фразы, интонационная выразительность и эмоциональная окраска отсутствует, не модулирует голос. Показатель жизненной емкости легких ниже возрастной нормы. Не поет, не рассказывает стихи. Родители способствуют тихому и замкнутому характеру ребенка.

У Ивана Д. при дизартрии тембр голоса в норме. Однако время максимальной фонации мало – 3 секунды. Голос громкий, иногда излишне резкий, модулированный, интонационно-выразительный. Ребенок эмоциональный, хорошо рассказывает стихи. В домашней обстановке родители говорят громко, эмоционально.

Таким образом, данные, полученные в ходе экспериментальной работы, помогут нам представить основные нарушения голосовой функции у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи III уровня. Можно отметить различный уровень сформированности у детей речевого слуха, темп речи нормальный, либо медленный. Исследование

речевого слуха у детей позволило изучить способность к модуляции голоса. Способны хорошо модулировать голос пятеро детей (Александр С., Ярослав П., Илья Н., Иван Д., Юрий Р.). При исследовании жизненной емкости легких у Александра С., Ярослава П., Иван Д., Юрий Р.) показатели превышали физиологическую норму данного возраста, у остальных детей (Илья Н., Александр Б., Егор М., Алексей Ш.) этот показатель оказался гораздо ниже нормы, что может быть связано с типом дыхания или же с физиологическими особенностями ребенка. Исходя из представленных результатов обследования, обратили внимание, что у троих детей (Илья Н., Александр Б., Алексей Ш.) отмечаются умеренные нарушения тембра. Восприятие и воспроизведение интонации показало, что многим детям (Александр С., Ярослав П., Илья Н., Егор М., Юрий Р., Иван Д.) доступны для воспроизведения все виды интонации.

Исходя из проведенной экспериментальной работы, можно определить основные направления логопедической работы по преодолению нарушений голоса у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи III уровня: развитие правильного типа дыхания, тембра голоса, силы голоса, длительности у устойчивости звучания основного тона, развитие интонационно-выразительной стороны речи.

2.3. Содержание логопедической работы по коррекции голоса у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи

Проведя обследование детей с речевыми патологиями при общем недоразвитии речи III уровня, мы выявили, что наиболее выраженные нарушения голоса при алалии и дизартрии встречаются у Алексея Ш., Александра Б., Ильи Н., у остальных детей голос либо нормальный, либо

имеются незначительные нарушения тембра. На основании результатов исследования мы определили содержание дальнейшей коррекционной работы, в которой будут учитываться особенности соматического состояния ребенка и его речевой патологии.

У ребенка (Александр Б.) при моторной алалии тихий, глухой и назализованный оттенок голоса связан с соматическим заболеванием, а именно с аденоидными разращениями, которые также мешают выработке правильного типа дыхания. При коррекции нарушений голоса в первую очередь необходимо избавление от анатомо-физиологического дефекта, далее должна быть проведена работа по постановке дыхания, в том числе речевого, развитию фонематического и музыкального восприятия. Далее следует постановка голоса и его автоматизация на речевом материале.

Имея в своем анамнезе сочетание дизартрии и алалии, у Алексея Ш. наблюдается тихий, немодулированный и затухающий к концу фразы голос. В связи с низким показателем жизненной емкости легких, рекомендуется развитие речевого дыхания. Для развития голоса, вызывания голосовых модуляций и интонационной выразительности можно применить вокальные упражнения, игры, направленные на развитие фонематического и слухового восприятия и театрализованные игры-драматизации.

У ребенка (Илья Н.) при дизартрии выявлен тихий, затухающий к концу фразы, монотонный голос. Так как ребенок использует грудной тип, то рекомендуется постановка правильного типа дыхания, требуется постановка звучного, модулированного голоса и его автоматизация с помощью вокализаций и разных голосовых упражнений.

Легкие нарушения тембра наблюдаются лишь у одного ребенка (Александр С.): голос несколько тихий и глухой. Целесообразно использование упражнений, которые будут направлены на развитие громкости голоса и его модуляций.

У остальных детей (Юрий.Р, Ярослав П., Егора М и Ивана Д.) отмечается нормальный тембр голоса. Рекомендованы упражнения, отведенные на регулирование громкости голоса, и игры на эмоциональную и интонационную выразительность.

При логопедическом воздействии всегда присутствует этапность работы. Как правило, I этап – подготовительный, представляет собой подготовку голосового и дыхательного аппарата для постановки голоса, развитие слухового восприятия и способности слышать собственный голос.

Логопедическая работа всегда начинается с развития правильного речевого дыхания, ведь нормальные колебания голосовых связок невозможны без сильной воздушной струи. Развитие дыхания целесообразно начинать, тренируя умение набирать как можно больше воздуха и плавно выдыхать. Также просят ребенка лечь на спину, при этом на животике лежит мягкая игрушка, ребенок вдыхает («надув животик, как шарик, чтобы поднялась игрушка») и выдыхает («сдуй шарик»). Далее приступают к формированию длинного выдоха, для этого дуют на пламя свечи (игра «Задуй свечу»), в различные свистульки и дыхательные тренажеры [39].

В коррекционной работе важное внимание уделяется дифференцированному ротовому и носовому выдоху, подготовке к фонации и преодолению назализации, такие дыхательные упражнения можно найти в комплексе А.Г. Ипполитовой (Приложение 4).

Также в развитии речевого дыхания можно использовать следующие упражнения из парадоксальной дыхательной гимнастики А.Н. Стрельниковой, где динамические движения туловища сочетаются с фазами дыхания (Приложение 3). Упражнения способствуют восстановлению носового дыхания, укреплению диафрагмы, ведь особое внимание уделяется именно вдоху.

Для подготовки голосового аппарата к фонации проводят комплекс упражнений, направленных на активизацию мускулатуры шеи и мышц гортани, предложенные Е.В. Лавровой [11]. Суть их состоит в выработке сопротивления и подвижности мышц, стимулированию двигательной функции гортани на основе проговаривания определенных слогов (Приложение 5).

Для тренировок мускулатуры глотки делают позевывания, имитируют свист и глоточный рефлекс, что в дальнейшем усиливает небо-глоточное смыкание и способствует уменьшению носового оттенка голоса. Развивая подвижность мягкого неба, упражняются в произнесении определенных гласных и их сочетаний: а – э; а – э – а; аэ – э – э; э – а; э – а – э; эа – а – а [11, 14]. Выполняют это упражнение 2-3 раза подряд, 6-8 раз в день, голосом средней громкости.

Далее следует II этап – постановочный, где ребенка обучают правильному голосообразованию и голосоведению.

В первых попытках получения звучного голоса выбирают произнесение фонемы [м] на твердой атаке с постепенным удлинением звучания, далее добавляются гласные [а, о, у, э, и], затем переходят к использованию всех звонких согласных [14, 21, 1, 10]. Следующим этапом является проговаривание слогов с ударением на втором слоге, с перемещающимися ударениями. Для координации дыхания и голосообразования благотворно сказывается длительное произнесение гласных [а, о, у, э, и] и их вариаций, например, упражнение «Упрямые ослики», суть которого состоит произнесении звуков [и-а] на продолжительном выдохе, что способствует укреплению голосовых связок и мягкого неба [9].

Для детей со стертой дизартрией Л.В. Лопатина предлагает упражнения по развитию голоса, суть которых состоит в его попеременном усилении и ослаблении (Приложение 6).

С целью стимуляции двигательной функции гортани произносят слоги с вибрантом, например: кра, тро, гру, дры, зра, ру, ара, рарэ и т.д.

В III этапе – введение и использование в речи правильных навыков фонации. Автоматизация голоса производится на речевом материале, применяются игры-драматизации, вокальные упражнения, чтение стихов. Процесс закрепления считается завершенным, если ребенок использует правильные голосовые навыки постоянно, без контроля со стороны учителя-логопеда. При этом коэффициент С/З и ВМФ являются основными показателями эффективности коррекционного воздействия [14].

Для развития речевого подражания и фонематического и слухового восприятия можно использовать следующие игры: «Кто как кричит», «Угощаем куклу», «Колокол-колокольчик», «Что за чем прозвучало?» [39]. Обучая дифференциации на слух невербальных фонем, дают прослушать следующие стимулы: звуки природы, звуки животных и птиц, звуки предметов и материалов, транспортные шумы, звуки различных звучащих игрушек, звуки музыкальных детских игрушек. С целью развития речевого слуха детей обучают умению слышать изменения голоса (по тембру, силе, высоте).

Развитие голоса неразрывно связано с развитием музыкального слуха. Ребенок может учиться музицировать на детских музыкальных инструментах и подыгрывать музыкальному руководителю, который играет мелодию. Также на занятиях музыки детей могут обучать восприятию воспроизведению ритмических рисунков, что предшествует работе по развитию интонации.

Интонационную выразительность в речи следует развивать, предлагая ребенку произнести предложения или фразы на эмоциональные состояния, определение вопросительной, повествовательной или восклицательной интонаций. На развитие голосовых модуляций Л.В. Лопатина предлагает упражнения с предложениями на выражение

эмоциональных состояний и интонаций (игры «Дождик», «Я грущу и плачу», «Солнышко и туча») [39]. Помимо этого дети могут играть в костюмированные игры-драматизации, разыгрывая действие в литературном произведении, благодаря чему усваиваются различные выразительные вербальные средства речи.

На развитие диапазона голоса и его высоты выполняются упражнения на повышение и понижение, которые представлены в комплексе Л.В. Лопатиной (Приложение 7).

Итак, содержание логопедической работы по коррекции голоса при речевых нарушениях для обследованных детей будет различаться применяемыми методами и достигаемой целью занятий с ребенком. Для детей с дизартрией коррекционная работа, в первую очередь, будет строиться на постановке правильного дыхания и голоса. А при алалии и минимальных дизартрических расстройствах, в большинстве случаев, суть работы будет заключаться в развитии голоса (силы, высоты, диапазона, интонации).

Выводы по второй главе

Следуя задачам констатирующего эксперимента, нами было осуществлено изучение особенностей голосовой функции у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием III уровня. При разработке методики обследования голоса были использованы в адаптированном виде диагностические методики О.С. Орловой и В.И. Филимоновой. Проведение обследования включало в себя: исследование речевого слуха, изучение дыхания, оценку тембра голоса, оценку силы голоса и его динамического диапазона, оценку звучания голоса по качественным признакам, оценку интонации, исследование голоса и интонационной стороны речи с использованием специальных проб.

Изучив голосовую функцию у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи III уровня, получили результаты осуществления детьми заданий из констатирующего эксперимента:

- присутствует взаимосвязь нарушения голосовой функции с определенным речевым нарушением;
- выявили, что у одного ребенка нарушение голоса связано с соматическим заболеванием;
- способны хорошо модулировать голос пятеро детей из восьми обследованных;
- у троих из восьми детей выявлено умеренное нарушение тембра с проявлениями в виде тихого, затухающего оттенка, назализованности и отсутствии модулированности голоса; и у одного ребенка отмечается легкое нарушение тембра, проявляющееся в произвольных выкриках и чрезмерно громком голосе.

Содержание логопедической работы по коррекции нарушений голоса у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи

будет зависеть от специфики речевого нарушения. Вся логопедическая работа поделена на следующие этапы:

1. Подготовительный этап. Заключается в формировании у ребенка правильного физиологического и фонационного дыхания, укреплении и развитии гортанной и небно-глоточной мускулатуры.

2. Постановочный этап. Ребенка обучают правильному голосообразованию и голосоведению.

3. Введение в речь правильных навыков фонации и их автоматизация. На данном этапе рекомендуется использовать вокальные приемы и чтение вслух, отработку на речевом материале, театрализованные игры-драматизации, а также упражнения для выработки интонированной речи и широкого диапазона голоса.

Таким образом, на основе полученных данных экспериментального исследования и проанализированных методик мы определили содержание логопедической работы по коррекции голоса у детей с общим недоразвитием речи.

Заключение

Цель нашего исследования заключалась в теоретическом изучении и практическом определении содержания логопедической работы по коррекции голоса с детьми старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи III уровня.

В процессе изучения проблемы исследования, решили следующие задачи:

1. Анализ специальной литературы по проблеме исследования показал нам, что существуют определенные закономерности развития детского голоса в онтогенезе. В дошкольном возрасте у детей отмечается неоднородный рост органов голосового аппарата и дыхательной системы, изменяется также и тип дыхания, происходит постепенное увеличение объема жизненной емкости легких, что делает фонацию более продолжительной по времени. Также выяснили, что у детей с патологиями речи выраженность голосовых нарушений напрямую зависит от речевого дефекта.

2. Изучение особенностей голосовой функции у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи III уровня позволило нам установить, что выраженность голосовых нарушений зависит от вида речевой патологии и наличия соматических заболеваний, данную ситуацию усугубляющих.

3. Учитывая результаты экспериментального исследования и проанализированной методической литературы, нами было определено содержание логопедической работы по коррекции голоса у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи III уровня. Коррекционная работа осуществляется в 3 этапа и будет зависеть от речевого нарушения.

Таким образом, поставленная нами цель исследования достигнута, задачи решены.

Список литературы

1. Орлова О.С. Нарушения голоса у детей: учеб.-метод. пособие. – М.: АСТ: Астрель: Транзиткнига, 2005.- с 14
2. Правдина О. В. Логопедия. – М.: Просвещение, 1973.
3. Левина Р.Е., Никашина Н.А. Общее недоразвитие речи // Основы теории и практики логопедии.—М., 1968.
4. Жукова Н.С., Мастюкова Е.М., Филичева Т.Б. Логопедия. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников. Екатеринбург: АРД ЛТД, 1998. - 320 с.
5. Мастюкова Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии: Ранняя диагностика и коррекция. — М.: Просвещение, 1992. – 95 с.
6. Чиркина Г.В. Программы дошкольных образовательных учреждений компенсирующего вида для детей с нарушениями речи. – М.: Просвещение, 2009.
7. Чиркина Г.В. Нарушения речи при ринолалии и пути их коррекции. автореф. дис. – Академия пед. наук СССР, Науч.-исслед. ин-т дефектологии. – М., 1987. – 34 с.
8. Борисова Е.А. Индивидуальные логопедические занятия с дошкольниками. Методическое пособие. — М.: ТЦ Сфера, 2008. — 64 с.
9. Методические рекомендации для родителей, воспитывающих детей с дизартрическими нарушениями. [Текст]: методические рекомендации / сост. И.Б. Пименова. – Челябинск: Изд-во Челяб. гос. пед. ун-та, 2015. – 56 с.
10. Таптапова С.Л. Коррекционно-логопедическая работа при нарушении голоса: Кн. для логопеда. — М.: Просвещение, 1984. — 112 е., ил.
11. Лаврова Е. В. Логопедия. Основы фонопедии: учеб. Пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е. В. Лаврова. – М.: Издательский центр «Академия», 2015.

12. Ермакова И.И. Коррекция речи и голоса у детей и подростков: Кн. для логопеда. – 2-е изд., перераб.— М.: Просвещение: АО «Учеб. лит.», 1996.—143 с.
13. Вильсон Д. К. Нарушения голоса у детей: Пер. с англ. – М.: Медицина, 1990.
14. Лаврова Е. В. Нарушения голоса : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений/Е.В.Лаврова, О.Д.Коптева, Д.В.Уклонская. — М.: Издательский центр «Академия», 2006. — 128 с.
15. Болезни уха, горла, носа в детском возрасте: национальное руководство / под ред. М.Р. Богомильского, В.Р. Чистяковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 112-114 с.
16. Волкова Л. С., Селиверстов В. И. и др. Хрестоматия по логопедии. Учебное пособие для студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений./ Под ред. Л. С. Волковой и В. И. Селиверстова. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2015
17. Волкова Л. С., Лалаева Р. И., Мастюкова Е. М. и др. Логопедия: Учеб. для студентов дефектол. фак. пед. ин-тов / Под ред. Л. С. Волковой. – 2-е изд. – В 2-х книгах. Книга I. М.: Просвещение: Владос, 2012.
18. Филичева Т.Б. Особенности формирования речи у детей дошкольного возраста. – М., 1999.
19. Филичева Т.Б., Чиркина Г.В. Коррекционное обучение и воспитание детей 5-летнего возраста с общим недоразвитием речи. – М., 1991. - 44 с.
20. Нейман Л. В., Богомильский М. Р. Анатомия, физиология и патология органов слуха и речи: Учеб. для студ. высш. пед. учеб. заведений / Под ред. В. И. Селиверстова. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2013.
21. Алмазова Е. С. Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей. учеб. пособие для студентов дефектолог. фак-тов пед. ин-тов. М: Просвещение, 1973. – 151 с.
22. Беккер К. П., Совак М. Логопедия. – М., 1981.

23. Волосовец Т.В. Основы логопедии с практикумом по звукопроизношению. – М., 2010.
24. Ипполитова А. Г. Открытая ринолалия. – М., 1983.
25. Левина Р. Е. Основы теории и практики логопедии. – М., 1968.
26. Максимов И. Фониатрия: Пер. с болгар. В. Д. Сухарева – М.: Медицина, 1987.
27. Ермолаев В.Г., Лебедев Н.Ф., Морозов В.П. Руководство по фониатрии. Из-во «Медицина», Л.1970
28. Хватцев М.Е. Логопедия: уч. для пед. Институтов [Текст] / М.Е. Хватцев.– М, 1937. – 209с.
29. Филичева Т.Б., Чевелева Н. А. Основы логопедии. М., 1989.
30. Поваляева М.А. Справочник логопеда. – Ростов н/Д : Феникс, 2010.
31. Чевелева Н.А. Приёмы развития фонематического восприятия у дошкольников с нарушениями речи / Н.А. Чевелева // Дефектология. - 2012.- № 5. - С.57-61.
32. Королева И.В. Реабилитация глухих детей и взрослых после кохлеарной и стволомозговой имплантации. Из-во «Каро», 2016. – 872 с.
33. Волкова Л.С. Логопедия: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. Вузов [Текст] / Л.С. Волкова, С.Н. Шаховская. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998. — 680с.
34. Каминская Н. Н. Психофизиология детей 6—7 лет и создание адаптивной образовательной среды: Методическое пособие для учителей начальных классов, педагогов-психологов образовательных учреждений, родителей / Под ред. Т. А. Крыловой. — Вологда: Издательский центр ВИРО, 2005. — 108 с.
35. Козьявкин В.И. Система интенсивной нейрофизиологической реабилитации — Метод Козьявкина. Пособие реабилитолога. Львов. Издательство “Дизайн-студия”Папуга”, 2012. – 240с.

36. Филичева Т.Б., Чевелева Н.А., Чиркина Г.В. Нарушения речи у детей: Пособие для воспитателей дошкольных учреждений. – М.: Профессиональное образование, 1993. - 232с.
37. Селиверстова В.И. Понятийно-терминологический словарь логопеда [Текст] / В.И. Селиверстова. - М.: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 1997. – 400с.
38. Левченко И.Ю., Дубровина Т.И. Дети с общим недоразвитием речи: Развитие памяти. – М.: Национальный книжный центр, 2016. – 144 с.
39. Лопатина Л. В. Примерной адаптированной основной образовательной программе для дошкольников с тяжелыми нарушениями речи [Текст] / Л. В. Лопатина. – Санкт-Петербург, 2014 – 387с.
40. Григоренко Н.Ю., Цыбульский С.А. Диагностика и коррекция звукопроизносительных расстройств у детей с нетяжелыми аномалиями органов артикуляции (учебно-методическое пособие). — М.: Книголюб, 2005. – 144с.
41. Лопатина Л.В., Серебрякова Н.В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников (коррекция стертой дизартрии): учебное пособие. / Л.В.Лопатина, Серебрякова Н.В.. — Спб.: Изд-во «СОЮЗ», 2000. – 192 с.

Аудитивный метод оценки голоса, предложенный В.И. Филимоновой [14].

1. Сила и динамический диапазон голоса:

- а) голос тихий — громкий;
- б) возможность изменять его по силе — от слабого до громкого и наоборот.

2. Звучание голоса по качественным признакам:

- а) голос звонкий — глухой;
- б) голос осиплый — чистый.

3. При оценке интонации рассматриваются такие показатели: мелодика, темп речи, ударение, тембр.

3.1. Мелодика:

- а) голос низкий — высокий;
- б) монотонный — модулированный (доступность звуковысотных изменений, т. е. понижения и повышения тона).

3.2. Темп речи:

- а) быстрый — медленный;
- б) способность ускорять или замедлять темп.

3.4. Тембр:

- а) голос звонкий — глухой;
- б) звучный — тусклый;
- в) назализованный — чистый.

Исследование интонационной стороны речи и голоса ребенка с использованием специальных проб.

Изолированные гласные предлагаются в следующей последовательности: [а, о, у, э, и].

[а] — проверяется при выполнении ребенком инструкции: «Как нужно укачивать куклу!».

[у] — при выполнении задания: «Покажи, как звучит самолет в воздухе»;

[э] — при повторении вслед за логопедом коротких слов эй, это, эхо;

[и-а] — в ответ на просьбу: «Покажи, как кричит маленький ослик».

Аналогичным способом проверяются характеристики голоса при выполнении следующих инструкций — «Покажи,

как рычит собака, если ей что-нибудь не нравится» — [р];

как звенит комар — [з];

как жужжит жук весной — [ж];

как лает собака, когда не подпускает чужих к дому — [ав];

как вздыхает старенькая бабушка — [ох];

как мычит корова — [му];

как мычит теленок, который потерял маму — (жалобно) [ме];

как пищат мышки — (тихо) [пи];

как мурлычет взрослый кот — [мурр];

как мяукает маленький котенок — [мяу];

как кричит петушок — [ку-ка-ре-ку];

как тикают часики — [тик-так].

2.2. Произнесение слов, обозначающих название той или иной предметной картинки. При выборе картинок учитывается максимальный набор в их названиях гласных и сонорных: мак, малина, мыло, машина, лимон, дом, самолет, юла, лиса, мел.

2.3. Повторение за логопедом коротких фраз типа: Мама мыла Милу. Мила любила молоко. Нина ела малину. Мама купила лимон.

2.4. Произнесение тех же фраз с различной интонацией: утвердительной, вопросительной и восклицательной.

Приложение 2

Таблица 1.

Результаты исследования речевого слуха

ФИ	Исследование	
	Стимул	Высота звучания

Александр С.	Речевой	+
	Неречевой	+
	Музыкальный	+
Ярослав П.	Речевой	+
	Неречевой	+
	Музыкальный	+
Илья Н.	Речевой	+
	Неречевой	+
	Музыкальный	+
Александр Б.	Речевой	-
	Неречевой	-
	Музыкальный	-
Егор М.	Речевой	+ (частично справился с заданием)
	Неречевой	+
	Музыкальный	+ (частично справился с заданием)
Алексей Ш.	Речевой	+
	Неречевой	+
	Музыкальный	+
Иван Д.	Речевой	+
	Неречевой	+
	Музыкальный	+
Юрий Р.	Речевой	+
	Неречевой	+
	Музыкальный	+

Таблица 2.

Анализ результатов изучения типа дыхания

ФИ	Изучение типа дыхания
Александр С.	брюшной
Ярослав П.	грудной
Илья Н.	грудной
Александр Б.	смешанный
Егор М.	брюшной
Алексей Ш.	смешанный
Иван Д.	смешанный
Юрий Р.	смешанный

Таблица 3.

Анализ результатов исследования жизненной емкости легких (ЖЕЛ)

ФИ	Рост (см)/Вес (кг)	ЖЕЛ (мл)
Александр С.	124/29	1430
Ярослав П.	119/28	1200
Илья Н.	109/16	440
Александр Б.	109/18	500
Егор М.	106/17	350
Алексей Ш.	112/19	650
Иван Д.	124/26	1340
Юрий Р.	117/25	1030

Таблица 4.

Анализ результатов исследования фонационного дыхания

ФИ	Исследование
----	--------------

	Коэффициент С/З	ВМФ	КФ
Александр С.	4 сек/6 сек = 0.6	4 сек	357,5 мл/сек
Ярослав П.	3 сек/4 сек = 0.75	5 сек	240 мл/сек
Илья Н.	4 сек/4 сек = 1	4 сек	110 мл/сек
Александр Б.	4 сек/7 сек = 0.5	4 сек	125 мл/сек
Егор М.	3 сек/3 сек = 1	4 сек	87 мл/сек
Алексей Ш.	3 сек/5 сек = 0.6	4 сек	162,5 мл/сек
Иван Д.	4 сек/3 сек = 1	3 сек	446,6 мл/сек
Юрий Р.	4 сек/3 сек = 1,3	4 сек	257,5 мл/сек

Таблица 5.

Анализ результатов обследования тембра голоса

ФИ	Обследование				
	наличие добавочных призвуков	осиплость голоса	назализация	стабильность звучания	тембр голоса
Александр С.	отсутствуют	не выявлено	отсутствует	голос звучит стабильно	2
Ярослав П.	отсутствуют	не выявлено	отсутствует	голос звучит стабильно	1
Илья Н.	отсутствуют	не выявлено	отсутствует	голос затухающий	3
Александр Б.	отсутствуют	не выявлено	имеется, не сильно выражена	нет стабильности звучания	3
Егор М.	отсутствуют	не выявлено	отсутствует	голос звучит стабильно	1

Алексей Ш.	отсутствуют	не выявлено	отсутствует	голос затухающий	3
Иван Д.	отсутствуют	не выявлено	отсутствует	голос звучит стабильно	1
Юрий Р.	отсутствуют	не выявлено	отсутствует	голос звучит стабильно	1

Таблица 6.

Анализ результатов обследования силы голоса, его динамического диапазона и звучания по качественным характеристикам

ФИ	Обследование		
	сила голоса	динамический диапазон	звучание голоса
Александр С.	ближе к тихому	изменяет по силе	глухой
Ярослав П.	громкий, резкий, с произвольными выкриками	хорошо изменяет по силе	звонкий, чистый
Илья Н.	тихий	изменяет по силе	глухой, затухающий
Александр Б.	тихий	не изменяет по силе	глухой, назализованный
Егор М.	ближе к громкому	хорошо изменяет по силе	звонкий, чистый
Алексей Ш.	тихий	не изменяет по силе	глухой, затухающий
Иван Д.	громкий, резкий, с произвольными выкриками	хорошо изменяет по силе	звонкий, чистый

	выкриками		
Юрий Р.	ближе к громкому	хорошо изменяет по силе	звонкий, чистый

Таблица 7.

Анализ результатов обследования голоса и интонационной стороны речи с использованием специальных проб

ФИ	Обследование		
	мелодика голоса	темп речи	интонация
Александр С.	ближе к высокому, модулированный	медленный, достаточно развитое умение изменять темп речи	употребляет основные виды интонации
Ярослав П.	высокий, модулированный	нормальный, достаточно развитое умение изменять темп речи	употребляет основные виды интонации
Илья Н.	высокий, МОНОТОННЫЙ	медленный, достаточно развитое умение изменять темп речи	затруднения и неточности в употреблении основных видов интонации
Александр Б.	высокий, МОНОТОННЫЙ	медленный, неумение изменять темп речи	неумение употреблять некоторые виды интонации

Егор М.	высокий, модулированный	нормальный, хорошо развитое умение изменять темп речи	затруднения и неточности в употреблении основных видов интонации
Алексей Ш.	высокий, монотонный	медленный, слабо развитое умение изменять темп речи	неумение употреблять основные виды интонации
Иван Д.	высокий, модулированный	нормальный, хорошо развитое умение изменять темп речи	употребляет основные вид интонации
Юрий Р.	высокий, модулированный	нормальный, хорошо развитое умение изменять темп речи	употребляет основные виды интонации

Таблица 8.

Анализ результатов сбора данных о соматических заболеваниях и логопедических заключениях.

ФИ	Соматические заболевания	Логопедическое заключение
Александр С.	деформация грудной клетки	ОНР III уровня, стертая дизартрия
Ярослав П.	были удалены аденоиды; соматически ослаблен, тугоухость I степени	ОНР III уровня, дизартрия
Илья Н.	отсутствуют	ОНР III уровня, дизартрия

Александр Б.	аденоиды II степени	ОНР III уровня, моторная алалия
Егор М.	соматически ослаблен	ОНР III уровня, дизартрия
Алексей Ш.	отсутствуют	ОНР III уровня, дизартрия + алалия
Иван Д.	синдром эмоциональных расстройств, гидроцефалия	ОНР III-IV уровня, дизартрия
Юрий Р.	вегетативные и двигательные нарушения, гипоксическо-ишемическое поражение ЦНС II степени, синдром мышечной дистонии, гидроцефалия, другие уточненные экстрапирамидные и двигательные нарушения	ОНР III-IV уровня, моторная алалия

Таблица 9.

Анализ результатов обследования голосовой функции

ФИ	Соматические заболевания	ЖЕЛ	ВМФ	Характеристика звучания голоса
Александр С.	деформация грудной клетки	1430	4 сек	ближе к тихому, глухой, ближе к высокому, модулированный
Ярослав П.	были удалены аденоиды; соматически	1200	5 сек	громкий, резкий, звонкий, чистый, высокий,

	ослаблен, тугоухость I степени			модулированный
Илья Н.	отсутствуют	440	4 сек	тихий, глухой, затухающий, высокий, монотонный
Александр Б.	аденоиды II степени	500	4 сек	тихий, глухой, назализованный, высокий, монотонный
Егор М.	соматически ослаблен	350	4 сек	ближе к громкому, звонкий, чистый, высокий, модулированный
Алексей Ш.	отсутствуют	650	4 сек	тихий, глухой, тусклый, затухающий, высокий, монотонный
Иван Д.	отсутствуют	1340	3 сек	громкий, резкий, звонкий, чистый, высокий, модулированный
Юрий Р.	отсутствуют	1030	4 сек	ближе к громкому, звонкий, чистый, звучный,

				модулированный
--	--	--	--	----------------

Таблица 10

Сводная таблица результатов исследования голосовой функции

ФИ	Соматические заболевания	Логопедическое заключение	стабильность звучания	тембр голоса	
Александр С.	деформация грудной клетки	ОНР III уровня, стертая дизартрия	голос звучит стабильно	2 легкие нарушения тембра	
Ярослав П.	были удалены аденоиды; соматически ослаблен, тугоухость I степени	ОНР III уровня, дизартрия	голос звучит стабильно	1 нормальный голос	
Илья Н.	отсутствуют	ОНР III уровня, дизартрия	голос затухающий	3 умеренные нарушения тембра	
Александр Б.	аденоиды II степени	ОНР III уровня, моторная алалия	нет стабильности звучания	3 умеренные нарушения тембра	
Егор М.	соматически ослаблен	ОНР III уровня, дизартрия	голос звучит стабильно	1 нормальный голос	
Алексей Ш.	отсутствуют	ОНР III уровня, дизартрия +	голос затухающий	3 умеренные	

		алалия		нарушения тембра	
Иван Д.	синдром эмоциональных расстройств, гидроцефалия	ОНР III-IV уровня, дизартрия	голос звучит стабильно	1 нормальный голос	
Юрий Р.	вегетативные и двигательные нарушения, гипоксическо- ишемическое поражение ЦНС II степени, синдром мышечной дистонии, гидроцефалия, другие уточненные экстрапирамид ные и двигательные нарушения	ОНР III-IV уровня, моторная алалия	голос звучит стабильно	1 нормальный голос	

Приложение 3

Парадоксальная дыхательная гимнастика А.Н. Стрельниковой:

1. «Ладочки». Для этого упражнения необходимо встать прямо, руки согнуты в локтях, ладони вперед. В этом положении нужно сделать

короткие, шумные и ритмичные вдохи через нос, сжимая ладони в кулачки, без паузы делая четыре таких вдоха, потом опустить руки, отдохнуть несколько секунд.

2. «Погончики». Стоя, руки сжаты в кулачки и прижаты к животу. Делая вдох, резко опустить вниз к полу кулаки (плечи не напрягать, руки тянутся к полу), затем вернуть кисти в исходное положение. Всего без остановки делаем 8 вдохов. Выполнить это упражнение нужно 12 раз подряд.

3. «Насос». Выполняется стоя, спина немного округлена, голова опущена вниз, сделать наклон одновременно с шумным и резким вдохом (именно под конец наклона), чуть приподнимаемся и снова выполняем наклон-вдох. Сделать 12 раз.

4. «Обними плечи». Руки у ребенка согнуты в локтях и подняты до уровня плеч, на вдохе нужно обнять себя за плечи. Выдох во время разведения рук. Выполнить упражнение 12 раз.

При коррекционных занятиях логопед дает установку ребенку, думать только о вдохе через нос и выдохе через рот; движения делаются на вдохе. Новые упражнения рекомендуется вводить постепенно.

Приложение 4

Комплекс дыхательных упражнений А.Г. Ипполитовой

- 1) вдох и выдох через нос (вдох быстрый, не очень глубокий, вдох продолжительный);
- 2) вдох через нос, выдох через рот;
- 3) вдох через рот, выдох через нос;
- 4) вдох и выдох через одну половину носа, затем через другую (попеременно);
- 5) вдох через одну половину носа, выдох через другую;
- 6) вдох через нос, замедленный выдох через нос, с усилением в конце;
- 7) вдох через нос, выдох через неплотно сжатые губы;
- 8) вдох через нос, выдох через нос толчками (кратковременно задерживая дыхание, выталкивать воздух маленькими порциями).

Приложение 5

Комплекс упражнений Е.В. Лавровой, направленный на активизацию мускулатуры шеи и мышц гортани

- 1) Пальцы рук, сложенные в замок, на затылке. Отклонение головы назад, преодолевая сопротивление рук;
- 2) Сжатые в кулак кисти рук подпирают подбородок. Наклоны головы вперед через сопротивление рук;
- 3) Ладони прижаты к ушам. Наклоны головы в стороны, преодолевая сопротивление рук;
- 4) Движение нижней челюсти вниз, в стороны, вперед; сжимание челюстей;
- 5) Надувание щек;
- 6) Прикасание кончиком языка к мягкому нёбу;
- 7) Поднимание мягкого нёба как при зевке.

Приложение 6.

Упражнения по развитию голоса для детей со стертой дизартрией (Л.В. Лопатина)

1. Удлинение произнесения звуков (при средней силе голоса)
2. Усиление голоса (беззвучная артикуляция – шепот – тихо – громко)
3. Ослабление голоса (громко – тихо – шепот – беззвучная артикуляция):
4. Те же упражнения, но без паузы.
5. Усиление и ослабление голоса без паузы на одном выдохе:
6. Усиление голоса с увеличением длительности звучания:
7. Ослабление голоса с увеличением длительности звучания
8. Прямой счет от 1 до 5 с постепенным усилением голоса.
9. Обратный счет от 5 до 1 с постепенным ослаблением голоса.

Приложение 7

Упражнения по развитию высоты голоса (Л.В. Лопатина)

Проводятся путем подражания звучанию различной высоты с опорой на движения руки и графические изображения.

1. Повышение и понижение голоса при произнесении гласных звуков.
2. Повышение и понижение голоса при произнесении сочетаний из двух или трех звуков.
3. Повышение и понижение голоса при произнесении слогов.
4. Укачивание (имитация укачивания ребенка, куклы)