



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

ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

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

**Выпускная квалификационная работа по направлению
44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование
Направленность программы бакалавриата
«Логопедия»
Форма обучения заочная**

Проверка на объем заимствований:
66,66 % авторского текста

Работа рекомендована к защите
«17» 08 2025 г.
Директор института
Сибиркина А.Р. Сибиркина А.Р.

Выполнила:
Студент(ка) группы ЗФ-409-101-3-2
Бурова Ксения Алексеевна

Научный руководитель:
к.п.н., доцент
Резникова Е.В.

Челябинск
2025

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. Теоретические вопросы развития речевого дыхания у детей младшего школьного возраста со стертой дизартрией	6
1.1 Понятие «речевое дыхание» в современной психолого-педагогической литературе	6
1.2 Особенности развития речевого дыхания у детей младшего школьного возраста со стертой дизартрией	11
1.3 Психолого-педагогическая характеристика детей младшего школьного возраста со стертой дизартрией	15
Выводы по 1 главе	19
ГЛАВА 2. Коррекционная работа по развитию речевого дыхания у детей младшего школьного возраста со стертой дизартрией	21
2.1. Методы и приемы обследования речевого дыхания у младших школьников со стертой дизартрией	21
2.2. Специфика речевого дыхания у детей младшего школьного возраста со стертой дизартрией	25
2.3. Работа логопеда по коррекции речевого дыхания у детей младшего школьного возраста со стертой дизартрией	30
Выводы по 2 главе	40
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	42
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	45
ПРИЛОЖЕНИЕ	51

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность данного исследования обусловлена ростом числа детей, требующих коррекции стертой формы дизартрии. Данная проблема представляет собой предмет пристального внимания как для специалистов в области медицины, так и для представителей психолого-педагогической сферы.

Стертая форма дизартрии представляет собой одно из наиболее распространенных речевых расстройств среди детей младшего школьного возраста. Часто она может сочетаться и с другими речевыми нарушениями, например, такими как заикание, общее недоразвитие речи и другие.

Стертая форма дизартрии является речевой патологией, которая проявляется в виде расстройств просодического и фонетического компонентов речевой функциональной системы. Она возникает из-за невыраженного микроорганического поражения головного мозга.

Одним из важных разделов логопедической работы при дизартрии является развитие дыхания и коррекция его нарушений.

Для успешного развития речи у детей с речевыми нарушениями следует применять методы, основанные на принципах охраны здоровья. К таким методам относится, прежде всего, технология развития дыхательной функции.

Развитие дыхательной функции играет крайне важную роль как для детей, не имеющих речевых нарушений, так и, в особенности, для детей с подобными проблемами. Это связано с тем, что дыхание является фундаментальной функцией организма, обеспечивающей жизнедеятельность. Кроме того, дыхание напрямую влияет на работу голоса, а следовательно, на все аспекты устной речи, включая её интонационную и фонетическую стороны.

Именно эти качества дыхания позволяют считать его здоровьесберегающей функцией речи. Своевременное речевое развитие у

детей связано со становлением наиболее оптимального типа дыхания - грудобрюшного. Только при этом условии обеспечивается формирование специальной дыхательной функции - речевого дыхания.

Сформированный навык речевого дыхания играет важную физиологическую роль в обеспечении плавности устной речи, которая является основополагающей характеристикой ритмически организованного высказывания. Такая плавная речь способствует ясности и точности донесения мысли, что в свою очередь, облегчает понимание ее слушателем.

В последнее время наблюдается увеличение числа детей с выраженными нарушениями речевого дыхания. Данная проблема оказывает значительное влияние на всестороннее развитие ребенка, в том числе на формирование его речи.

У таких детей отмечаются дефицит в развитии фонетического, фонематического, лексического и грамматического компонентов речи. Нарушения речевого дыхания негативно сказываются на становлении личности ребенка, снижая его мотивацию к речевой активности. Дети испытывают трудности в овладении правильным звукопроизношением, имеют ограниченный словарный запас, что, в свою очередь, усложняет процесс обучения в школе.

Вследствие нарушений голоса ребенок со стертой дизартрией может чувствовать себя неполноценным, замкнутым и испытывать трудности в общении с окружающими.

Трудности в правильном произношении во многом зависят от несформированности речевого аппарата. Причин может быть много, это очень сложный механизм организма и подходить к проблеме нужно индивидуально. Тренировать подвижность речевого аппарата необходимо начать раньше, чем вам поставили логопедический диагноз.

Теоретическое обоснование проблемы было дано, в результате многоаспектных исследований, проведенных В.И. Филимоновой, Е.В.

Лавровой, Е.С. Алмазовой, Э.Я. Золотаревой, О.С. Орловой, С.Л. Таптаповой, И.И. Ермаковой.

Цель исследования – теоретически изучить и практически показать возможность логопедической работы по коррекции нарушений речевого дыхания у детей младшего школьного возраста со стертой дизартрией.

Объект исследования – коррекционная работа по развитию речевого дыхания у детей младшего школьного возраста со стертой дизартрией.

Предмет исследования – особенности речевого дыхания у детей младшего школьного возраста со стертой дизартрией.

Задачи исследования:

1. Проанализировать психолого-педагогическую и специальную литературу по проблеме исследования.
2. Изучить особенности нарушений речевого дыхания у детей младшего школьного возраста со стертой дизартрией.
3. Отобрать и систематизировать комплекс упражнений по развитию речевого дыхания у детей младшего школьного возраста для логопедических занятий.

Методы исследования:

Теоретические: изучение и анализ литературы, синтез, сравнение, систематизация, обобщение, составление библиографии.

Практические: наблюдение, тестирование, беседы, анализ деятельности детей старшего дошкольного возраста, методы наглядного представления результатов, таблицы, диаграммы, рисунки.

База исследования: Муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение гимназия села Месягутово Муниципального района Дуванский район Республики Башкортостан. В исследовании приняло участие 10 детей младшего школьного возраста.

Структура работы: работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы и приложений.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ РАЗВИТИЯ РЕЧЕВОГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СО СТЕРТОЙ ДИЗАРТРИЕЙ

1.1 Понятие «речевое дыхание» в современной психолого-педагогической литературе

Речевое дыхание – это сложный процесс взаимодействия дыхания и артикуляции, необходимый для произнесения речи. Оно отличается от физиологического дыхания в состоянии покоя, поскольку подчиняется специфическим требованиям, связанным с речевой активностью.

Ученые, которые занимались изучением речевого дыхания младших школьников: Шевцова Е. Е., Архипова Е.Ф., **Белякова Л.И., Гончарова Н.Н., Шишкова Т.Г.**

Терехина О. А. утверждает, что дыхание можно разделить на два вида: речевое и неречевое. Неречевое дыхание состоит из вдоха и выдоха, примерно одинаковых по продолжительности. При речевом дыхании вдох менее продолжительный, чем выдох. Правильное речевое дыхание обеспечивает нормальное звукообразование, создает условия для поддержания нормальной громкости речи, четкого соблюдения пауз, сохранения плавности речи и интонационной выразительности. А также для постановки отсутствующих звуков [7, с. 8].

Развитие речевого дыхания должно начинаться с раннего возраста, с акцентом на формирование сильного и плавного ротового выдоха. Необходимо научить ребенка рационально использовать воздушный поток и контролировать продолжительность выдоха. В процессе обучения также развивается способность направлять струю воздуха в заданном направлении.

Горчакова А. М. описывает речевое дыхание как основу звучащей речи, источник образования звуков, голоса. Оно отличается от неречевого (физиологического дыхания). Цель тренировки речевого дыхания –

выработка именно плавного длительного выдоха, а не умение вдохнуть побольше воздуха[5, с. 78].

Обычное дыхание существенно отличается от речевого. Жизненное дыхание произвольное. Вдох и выдох производятся через нос. После выдоха возникает небольшая пауза перед последующим вдохом.

Речевое дыхание- это во многом управляемый процесс, количество выдыхаемого воздуха и сила выдоха зависят от цели и условий общения. Если говорящий ребёнок обращается к человеку, стоящему далеко от него, то он «посылая звук», удлиняет выдох и тем самым усиливает работу голосовых связок. Речевое дыхание осуществляется произвольно, неречевое автоматически[11, с. 55].

По мнению Ермолаева В.Г. и Малютина Е.Н., во время физиологического акта речи напрягаются не только мышцы гортани, но и мышцы брюшного пресса, легкие, при этом грудная клетка выдвигается вперед. Сила звука регулируется тонусом дыхательной мускулатуры.

В начале звукопроизношения делается короткий глубокий вдох, после чего берется небольшая пауза, а на выдохе произносится слово. Физиологическое дыхание производится через нос, речевое – через рот и нос. Соответственно, речевой дыхательный цикл длиннее, чем физиологический.

Из этого можно сделать вывод, что речевое дыхание является произвольно-рефлекторным процессом. Развитие правильного речевого дыхания происходит постепенно (одновременно с развитием самой речи).

Установлено, что наиболее правильным, удобным для речи является диафрагмально-рёберное дыхание, когда вдох и выдох совершается при участии диафрагмы и подвижности рёбер. Активна нижняя часть лёгких, плечи же остаются неподвижными. При речи вдох делается и носом и ртом. Вначале высказывания говорящий ещё может вдохнуть носом, при длительном же высказывании он делает добор воздуха только через рот, т.к.

быстро и бесшумно вдохнуть через узкие носовые ходы невозможно [32, с. 43].

Поэтому при постоянном речевом дыхании целесообразно приучать детей всегда делать вдох ртом через немного приоткрытые губы (лёгкая улыбка) – она помогает снимать мышечное напряжение и является естественным началом свободной речи. Контролировать правильное речевое дыхание помогает собственная ладонь, если положить её на область диафрагмы[15, с. 90].

При вдохе грудная клетка расширяется, при выдохе - сокращается. Вдох при речи короткий, выдох длительный, плавный.

Во время речевой коммуникации фаза выдоха приобретает повышенное функциональное значение. Как правило, перед началом речи человек совершает быстрый и более глубокий вдох, чем в состоянии покоя. При этом речевой вдох осуществляется как через нос, так и через рот. В ходе речевого выдоха поток воздуха направляется исключительно через рот. Речевой вдох характеризуется наличием определенного объема воздуха, способного обеспечить поддержание подсвязочного давления. Большое значение для озвучивания высказывания имеет рациональный способ расходования воздушной струи. Время выдоха удлиняется настолько, насколько необходимо звучание голоса при непрерывном произнесении интонационно-логически завершенного отрезка высказывания (т.е. синтагмы).

В процессе устной речи периодически появляется необходимость сделать вдох для удовлетворения биологических потребностей и для поддержания оптимального подсвязочного давления в процессе речи. Это происходит в момент так называемых дыхательных пауз. Продолжительность этих пауз составляет в среднем 0,5-1,5 сек[6, с. 33].

В ходе речевого развития вырабатывается специфический «речевой» механизм дыхания, следовательно, вырабатываются и специфические «речевые» движения диафрагмы. В процессе устной речи диафрагма

многократно производит тонко дифференцированные колебательные движения, обеспечивающие речевое дыхание и звукопроизношение[5, с. 11].

Развитие речевого дыхания у ребенка начинается параллельно развитию речи. Уже в возрасте 3 – 6 месяцев идет подготовка дыхательной системы к реализации голосовых реакций, т.е. на ранней стадии речевого онтогенеза идет отработка координации фонаторно-дыхательных механизмов, лежащих в основе устной речи.

В дошкольном возрасте у детей в процессе речевого развития одновременно формируется связная речь и речевое дыхание. У здоровых детей в 4 – 6 летнем возрасте, не имеющих речевой патологии, грудобрюшное и речевое дыхание находятся в стадии интенсивного формирования. У детей без речевой патологии к пяти годам наблюдается в основном грудобрюшной тип дыхания, хотя нередко (после бега, при волнении, в разговоре со взрослым и т.д.) они могут дышать всей грудью, даже поднимая плечи. Простые речевые задачи реализуются ими на фоне сформированного речевого выдоха[9, с. 56].

Различают три типа дыхания: верхнереберный, грудной, грудобрюшной (он же диафрагмально-реберный). При любом типе дыхания диафрагма обязательно задействована, однако, доля ее участия разная. Наименее физиологически оптимальным является ключичное дыхание, так как нижние доли легких участвуют при этом не полностью [6, с. 98].

У детей по мере физического развития постепенно формируется наиболее оптимальный тип дыхания - грудобрюшной. Детям с нарушениями речи, а также соматически ослабленным детям для развития грудобрюшного типа дыхания требуется обучение и активизация физиологической роли диафрагмальной мышцы с помощью специальных коррекционных физических упражнений.

Известно, что наряду с основной биологической функцией газообмена, органы дыхания осуществляют также и голосообразовательную функцию.

В норме перед началом речи делается быстрый и более глубокий, чем в покое, вдох. Нормальный "речевой вдох" характеризуется наличием определенного количества воздуха, способного обеспечить поддержание подкладочного давления и правильного голосообразования. Большое значение для озвучивания связного высказывания имеет рациональный способ расходования воздушной струи. Время выдоха удлиняется настолько, насколько необходимо звучание голоса при непрерывном произнесении интонационно и логически завершенного отрезка высказывания (так называемый речевой вдох) [3, с. 65].

Усложнение речевой задачи детьми 5 - 6 лет в виде четырех -, пяти - и шестислововых фраз с новой лексикой приводит к нарушению речевого дыхания. Усложнение содержания высказывания, как в семантическом, так и в лексико-грамматическом плане разрушает речевой выдох: появляются дополнительные вдохи, задержки дыхания, т.е. высказывание прерывается и, соответственно, не имеет интонационной завершенности [8, с. 46].

Физиологическое дыхание детей с речевыми нарушениями имеет свои особенности. Оно, как правило, поверхностное, верхнереберного типа, ритм его недостаточно устойчив, легко нарушается при физической и эмоциональной нагрузке. Объем легких у таких детей существенно ниже возрастной нормы. Если речевое дыхание в онтогенезе формируется у детей без отклонений в развитии спонтанно по мере становления речевой функции, то у детей с речевыми нарушениями оно развивается патологически. В процессе речевого высказывания у них отмечаются задержки дыхания, судорожные сокращения мышц диафрагмы и грудной клетки, дополнительные вдохи [6, с. 34].

Таким образом, детям с речевой патологией, прежде всего, необходимо развивать объем легких, а в среднем и старшем дошкольном возрасте формировать груднобрюшной тип дыхания. Приближение этих показателей к норме позволит в дальнейшем перейти к развитию речевого дыхания, так как груднобрюшной тип дыхания является базой для

формирования такой сложной психофизиологической функции, как речевое дыхание.

1.2 Особенности развития речевого дыхания у детей младшего школьного возраста со стертой дизартрией

Распространенным видом нарушений является дизартрия, то есть обусловленное недостаточной иннервацией органов речевого аппарата, стойкое нарушение произносительной стороны речи [31, с. 45].

Главным признаком, отличающим дизартрию от других нарушений произношения, является то, что в этом случае страдает вся произносительная сторона речи, а не произношение отдельных звуков [10, с. 34].

В современной логопедической практике отмечается рост числа учащихся, страдающих дизартрией. Данные нарушения в произношении негативно сказываются на усвоении школьной программы. Внедрение своевременных логопедических коррекционных мероприятий способствует профилактике и преодолению недостатков устной и письменной речи.

Дизартрия представляет собой серьезное речевое расстройство, требующее комплексного подхода к лечению. Для успешного преодоления этой проблемы необходима тесная кооперация специалистов в области медицины, психологии и логопедии.

Дизартрия является в настоящее время самой распространенной речевой патологией среди детей - по статистике на 7 новорожденных приходится 5 с уже пораженной центральной нервной системой. Существует разновидность- стертая дизартрия, она наблюдается у детей, не имеющих явных двигательных расстройств и перенесших легкую родовую травму [5, с.13].

Лизунова Л. Р. определяет дизартрию как нарушение произносительной стороны речи, обусловленное органической недостаточностью иннервации речевого аппарата [15, с. 54].

По определению Лопатиной Л.В., «дизартрия - речевая патология, которая проявляется в расстройствах фонетического и просодического компонентов речевой функциональной системы вследствие невыраженного микроорганического поражения головного мозга» [2, с. 53].

Характеризуя такую речевую патологию как дизартрия Волкова Л.С. отмечала, что дизартрия - это нарушение произносительной стороны речи, обусловленной недостаточностью иннервации речевого аппарата. Наблюдается несформированность всех звеньев сложного механизма фонационного оформления высказывания, следствием чего являются голосовые, просодические и артикуляционно-фонетические дефекты [8, с. 66].

Речь при дизартрии по мнению Пережигиной Н.В. можно охарактеризовать следующими признаками:

1. Качество звукопроизношения. Оно страдает больше всего. Связано это с парезами губ, языка, нижней челюсти.
2. Нарушена сама организация языка.
3. Наблюдается нарушение просодической стороны речи, то есть ритма речи, ее темпа, явления ринофонии (говорит «в нос»), дисфонии (затухание звука к концу фразы).
4. Нарушается интонационно-мелодическая сторона речи - сила звука, высота, интонационная окраска.
5. Нарушаются ритм дыхания, глубина дыхания, координация вдоха и выдоха [5].

Основными проявлениями дизартрии являются: смазанная, нечеткая дикция, невнятная речь, нарушение звукопроизношения и голосообразования, изменение интонации, темпо-ритмических, артикуляционно - фонетических и просодических нарушений [4, с. 12].

Сложность развернутого высказывания может быть вызвана не только нарушениями моторики, но и проблемами в сфере языковой обработки, а именно в подборе необходимых слов. Это связано с недостаточной

сформированностью симультанных пространственных синтезов, что, в свою очередь, препятствует полноценному развитию сложных логико-грамматических связей. [2, с. 4].

Поэтому возникают трудности в формировании высказывания и декодирования. В тяжелых случаях речь становится невозможной из-за полного паралича речедвигательных мышц. Обычно у детей с дизартрией общая и мелкая моторика сформированы недостаточно. Они с трудом имитируют движения, неуклюже прыгают на одной ноге, неустойчиво стоят, медленно передвигаются, с трудом застегивают пуговицы, не умеют шнуровать ботинки, правильно штриховать и разукрашивать предметы.

В дополнение к проблемам в области артикуляции речи, могут наблюдаться нарушения интеллектуального развития, памяти, внимания, когнитивных функций, а также эмоционально-волевой сферы. Формирование ряда высших корковых функций может задерживаться, а также отмечаются лёгкие нарушения в двигательной сфере. Важно подчеркнуть, что дизартрия может встречаться как у детей с нормальным интеллектуальным развитием, так и у детей с нарушениями психофизического развития. [2, с. 89].

Просодическая сторона речи формируется раньше, чем фонетическая, лексическая, а также грамматическая, так как закрепляется раньше слов, что обусловлено связью с эмоционально-экспрессивным аспектом жизни являющийся ведущим в довербальный период [3, с. 56].

Обучение ритму и интонации является важным этапом развития коммуникативной компетенции детей. Так и просодическое оформление языка характеризуется мелодикой, фразовым ударением и тональностью.

Далее охарактеризуем особенности развития просодической стороны речи при стертой формы дизартрии у младших школьников.

На основании существующей классификации по степени выраженности дизартрии, можно рассматривать и степень нарушения просодической стороны речи. Так, при выраженной дизартрии

прослеживаются грубые ее нарушения, а при анартрии становится невозможным из-за отсутствия возможности произносить звуки.

Исследования по проблеме просодического оформления высказывания у детей с дизартрией проводили Л.В. Лопатина, Л.А. Позднякова. Особенность их исследования состояла в экспериментальном выявлении оформления высказывания и выявление характерных особенностей озвучивания повествовательных, вопросительных и восклицательных предложений [2, с. 76].

Дети с дизартрией демонстрируют специфические просодические характеристики, отличающиеся от нормы речевого развития. К ним относятся:

1. Ограниченный диапазон частот используемых в речи.
2. Недостаточная вариативность модуляций голоса.
3. Скандированная манера речи.
4. Трудности изменения высоты тона.
5. Простой, однородный рисунок основного тона без обертонов.
6. Нарушения паузации.
7. Ярко выраженный, резкий мелодический "всплеск", проявляющийся в резких подъемах частоты основного тона как на ударных, так и на безударных слогах[5, с. 43].

При дизартрии наряду с дефектами звукопроизношения, имеются нарушения просодических компонентов речи, тесно связанных с фонетическими характеристиками звуковых единиц. Речь детей с дизартрией характеризуется как малопонятная, интонационно невыразительная, монотонная.

Дети с дизартрией испытывают трудности в модуляции силы и высоты голоса, что приводит к недостаточно чёткому произношению звуков и их комбинаций на различных уровнях речевой организации: от изолированных звуков до целых фраз. Кроме того, у них наблюдаются нарушения ритмической организации речи, как в восприятии, так и в воспроизведении.

Отсутствие использования интонационных средств в речи также является характерной чертой дизартрии.

Таким образом, особенности развития просодической стороны речи у детей с нормой речевого развития и при дизартрии имеют существенные различия. В онтогенезе просодическая сторона речи реализуется автоматически, по правилам предписательного неосознанного характера к 5-6 годам, а приближается структура высказываний ко взрослой уже в 7-8 лет. В то время как у детей с дизартрией данный процесс существенно оттянут во временном диапазоне. Дети с дизартрией слабо владеют просодическими компонентами речи. Большинство детей недостаточно правильно воспринимают и воспроизводят ритм, темп, интонацию, затрудняются в модуляции голоса по высоте и силе.

1.3 Психолого-педагогическая характеристика детей младшего школьного возраста со стертой дизартрией

Анализ имеющихся в литературе определений позволяет сделать вывод о наличии разнообразия подходов к пониманию сущности дизартрии.

По определению Волковой Л. С. дизартрия- это расстройство произносительной стороны речи, при которой страдает просодическая сторона звукового потока, фонетическая окраска звуков или неправильная реализация фонемных сигнальных признаков звукового строя речи [49, с. 102].

Беккер К. утверждает, что дизартрия – это нарушение координации речевого процесса, которое является симптомом повреждения моторного анализатора и эфферентной системы. При этом нарушена способность членения речи и артикуляции в целом [42, с. 14].

Объединяя оба приведенных высказывания, мы можем сформулировать следующее определение дизартрии.

Дизартрия представляет собой нарушение артикуляции и просодии речи, вызванное органическим поражением иннервации мышц речевого аппарата.

Данный симптом является характерным для сложных поражений головного мозга, локализованных в бульбарной, псевдобульбарной и мозжечковой областях. Ранее считалось, что основная причина дизартрии — родовая травма. Однако, как показали исследования Винарской Е.Н., более 80% случаев этой патологии обусловлены внутриутробными нарушениями. Таким образом, на основании исследований Винарской Е.Н. можно сделать вывод о том, что родовая травма, являясь вторичной причиной, может усугубить проявления первичной патологии [3, с. 87].

Дети с тяжелой формой дизартрии получают логопедическую и врачебную помощь в специальных учреждениях для детей с тяжелыми нарушениями речи.

Менее выраженные формы дизартрии могут наблюдаться у детей без явных двигательных расстройств, перенесших легкую асфиксию или родовую травму или имеющих в анамнезе влияние других нерезко выраженных неблагоприятных воздействий во время внутриутробного развития или в период родов [8, с. 123].

В этих случаях легкие (стертые) формы дизартрии сочетаются с другими признаками минимальной мозговой дисфункции.

У детей со стертой формой дизартрии наряду с дефектами звукопроизношения, имеются нарушения интонационной выразительности речи, процессов восприятия и воспроизведения интонационных структур предложения. При этом наиболее сохранной является имитация вопросительной и повествовательной интонации.

Нарушения произношения проявляются следующим образом:

- нарушение звукопроизношения, характеризуется одинаковым видом искажений различных групп звуков;

- нарушения звукопроизношения, характеризуются различным видом искажений звуков;
- искажение и отсутствие различных групп звуков;
- искажения и замены различных групп звуков [18, с. 167].

Распространенность нарушений произношения различных групп звуков у детей со стертой формой дизартрии характеризуется определенными особенностями, которые обусловлены сложным взаимодействием речеслухового и речедвигательного анализаторов.

По мнению многих авторов, нарушения звукопроизводительной стороны речи у детей со стертой дизартрией выражаются в искажениях и в смещениях, в заменах и в пропусках звуков. При этом характерным является упрощение артикуляции, когда сложные звуки заменяются более простыми по своим артикуляторно-акустическим признакам.

Дети со стертыми формами дизартрии не выделяются резко среди своих сверстников, даже не всегда сразу обращают на себя внимание. Однако у них имеются некоторые особенности [9, с. 87].

Моторика детей отличается общей неловкостью, недостаточной координированностью, они неловки в навыках самообслуживания, отстают от сверстников по ловкости и точности движений.

Дети данной категории испытывают сложности при осуществлении физических упражнений и движений, свойственных танцу, а также сталкиваются с трудностями в области изобразительного искусства. Их часто характеризуют как неуклюжих, поскольку они не способны точно и чётко выполнять разнообразные двигательные действия, им затруднительно удерживать равновесие, что приводит к неприязни к физической культуре [19, с. 180].

Нарушения моторики у детей требуют дополнительных занятий. Чтобы у ребенка выработались прочные навыки во всей двигательной сфере, требуется использование разнообразных форм и приемов обучения.

Обучение таких детей должно проводиться по разным направлениям: развитие моторики (общей, мелкой, артикуляционной), исправление звукопроизношения, формирование ритмико-мелодической стороны речи и совершенствование дикции. Для быстреего достижения результатов работа должна проводиться совместно с логопедом, психологом, учителем, необходимы также консультации врача-психоневролога и специалиста по лечебной физкультуре.

По мнению Мастюковой Е. М. эта форма дизартрии встречается наиболее часто среди детей общеобразовательной школы. Так, у учащихся наряду с недостаточностью звукопроизносительной стороны речи наблюдаются обычно нерезко выраженные нарушения внимания, памяти, интеллектуальной деятельности, эмоционально-волевой сферы, легкие двигательные расстройства и замедленное формирование ряда высших корковых расстройств. Для многих детей характерно замедленное формирование пространственно-временных представлений, оптико-пространственного гнозиса, фонематического анализа, конструктивного праксиса [36, с. 87].

Указанные характеристики являются серьёзным препятствием для успешного обучения и могут привести к хронической академической неуспеваемости. В связи с этим, крайне важно осуществлять раннее выявление таких учащихся и своевременно предоставлять им необходимую поддержку.

В практике сочетание речевого недоразвития с рядом неврологических синдромов встречается намного чаще, однако, общее недоразвитие речи школьников не обязательно бывает осложнено какими-либо нарушениями нервно-психической деятельности [16, с. 54] .

При сочетании дизартрии с речевым недоразвитием осуществляется комплексная система логопедического воздействия, включающая фонетическую работу, развитие фонематического слуха, работу над словарем, грамматическим строем, а также специальные мероприятия,

направленные на предупреждение или коррекцию нарушений письменной речи.

Коррекция нарушений речи при стертой дизартрии у детей необходима в сочетании со стимуляцией развития всех ее сторон, сенсорных и психических функций, осуществляя тем самым формирование речи как целостной психической деятельности.

Таким образом, система оказания помощи детям с этой патологией определяется комплексом проблем, стоящих перед этими детьми. Каждая из них имеет свою специфику, но есть и общие принципы, на которых должен основываться весь комплекс мероприятий. Поэтому помощь должна быть комплексной и проводиться группой специалистов.

Выводы по 1 главе

Анализ современной литературы позволил нам сделать вывод по рассматриваемой проблеме, речевое дыхание-основа звучащей речи, источник образования звуков, голоса.

Под речевым дыханием понимается способность человека в процессе высказывания своевременно производить короткий, достаточно глубокий вдох и рационально расходовать воздух при выдохе. Правильное речевое дыхание дает возможность при меньшей затрате мышечной энергии речевого аппарата добиваться максимума звучности, более экономно расходовать воздух.

Речевое дыхание представляет собой координированный акт, во время которого дыхание и артикуляция строго соотносятся в процессе речевого высказывания.

В норме, у ребенка одновременно с развитием речи вырабатывается правильное речевое дыхание.

Коррекционная работа по развитию речевого дыхания должна строиться с учетом данных полученных в результате комплексной оценки состояния дыхания и голосового аппарата. Эффективность логопедической

работы достигается благодаря этапности, системности и концентричности в подаче материала.

ГЛАВА 2. КОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА ПО РАЗВИТИЮ РЕЧЕВОГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СО СТЕРТОЙ ДИЗАРТРИЕЙ

2.1. Методы и приемы обследования речевого дыхания у младших школьников со стертой дизартрией

Целью исследования является выявление особенностей речевого дыхания у детей младшего школьного возраста со стертой дизартрией.

Для изучения речевого дыхания у младших школьников нами была выбрана методика, представленная Е. Е. Шевцовой. В данной методике выделены следующие направления:

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

Далее опишем вышеперечисленные направления более подробно.

Начинаем обследование речевого дыхания с оценки координации вдоха и выдоха. Определяем характер дыхания ребенка в покое и в момент речи. Визуально определяем характер дыхания в покое: дышит ли ребенок носом или ртом.

Выделяют 3 типа дыхания:

- поверхностное ключичное;
- грудное;
- нижнереберно-диафрагмальное.

При поверхностном ключичном дыхании живот на вдохе втягивается, а плечи поднимаются. При грудном — расширяется грудь на вдохе. При нижнереберно-диафрагмальном — при вдохе выпячивается живот, а при

выдохе живот опускается. Нижнереберно-диафрагмальное дыхание считается наиболее физиологичным.

1. Определение типа дыхания

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

Процедура: ребенку предлагается спокойно посидеть, постоять или полежать на кушетке. Руки логопеда располагаются одна на плечах, а другая на животе. При спокойном дыхании ребенка определяется, какая часть туловища поднимается. Если поднимаются плечи, то это дыхание относится к поверхностному ключичному. Если поднимается при вдохе живот, то это диафрагмальное дыхание. Если расширяется грудь, то это относится к грудному типу дыхания.

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

2. Исследование умения дифференцировать носовое и ротовое дыхание

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

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

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

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

Вдохни ртом, а выдохни носом.

3. Исследование целенаправленности воздушной струи

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

Инструкция: «Покажи, как ты умеешь дуть».

- вот мяч, а вот ворота. Подуй на шарик и забей мяч в ворота;
- вот пузырек. Подуй в него так, чтобы пузырек свистел;

– вот свеча, ее зажгли в день рождения ребенка, задуй свечу с первого раза.

4. Исследование силы воздушной струи.

Материал для исследования, граненый карандаш, губная гармошка,

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

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

– вот губная гармошка, подуй в нее сильно, чтобы появился звук.

Критерии сценки:

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

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

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

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

0 баллов — задание не выполняет.

5. Исследование особенностей фонационного дыхания.

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

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

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

1. Девочка рисует цветок.

2. Девочка рисует цветок карандашами.
3. Девочка рисует красивый цветок карандашами.
4. Девочка рисует красивый цветок цветными карандашами.
- 2) Воспроизведение на одном выдохе чистоговорки.

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

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

Жу-жу-жу — я все лужи обхожу.

Ша-ша-ша — наша Маша хороша.

Ко-ко-ко — мне до речки далеко.

- 3) Воспроизведение на одном выдохе автоматизированного ряда.

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

- 4) Воспроизведение короткого стихотворения.

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

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

Осень наступила,

Высохли цветы.

И глядят уныло

Голые кусты.

Критерии оценки:

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

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

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

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

0 баллов — не справляется с заданиями.

2.2. Специфика речевого дыхания у детей младшего школьного возраста со стертой дизартрией

С целью выявления особенностей речевого дыхания у детей младшего школьного возраста мной было проведено логопедическое обследование. В экспериментальном исследовании участвовало 10 детей, которые обучаются в МБОУ гимназия села Месягутово. Работа проводилась со школьниками в возрасте 9 лет.

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

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

Результаты проведенного обследования по направлениям представлены

ниже в таблицах 1-6.

Таблица 1 – Результаты обследования типа речевого дыхания у детей младшего школьного возраста на момент констатирующего эксперимента

№ п/п	ФИО ребенка	Баллы	Критерии оценки
1	2	3	4
1.	Исмагилова Эмилия И.	1	поверхностный ключичный тип дыхания
2.	Коренев Алексей А.	2	диафрагмальный тип дыхания, аритмичность вдоха и выдоха
3.	Крамной Илья Н.	2	диафрагмальный тип дыхания, аритмичность вдоха и выдоха

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4
4.	Маликова Алсу И.	2	диафрагмальный тип дыхания, аритмичность вдоха и выдоха
5.	Мидиев Эмир В.	3	диафрагмальный тип дыхания
6.	МунировКамиль М.	1	поверхностный ключичный тип дыхания
7.	Сазанов Иван Н.	2	диафрагмальный тип дыхания, аритмичность вдоха и выдоха
8.	Шадрин Кирилл Д.	2	диафрагмальный тип дыхания, аритмичность вдоха и выдоха
9.	ШаиховАйгиз А.	3	диафрагмальный тип дыхания
10.	Шакиров Рустам В.	1	поверхностный ключичный тип дыхания

Проанализировав результаты исследования, мы пришли к такому выводу, что у всех детей экспериментальной группы наблюдается диафрагмальный тип дыхания и аритмичность вдоха и выдоха.

Таблица 2 – Результаты обследования умения дифференцировать носовое и ротовое дыхание у детей младшего школьного возраста на момент констатирующего эксперимента

№ п/п	ФИО ребенка	Баллы	Критерии оценки
1.	Исмагилова Эмилия И.	1	не дифференцирует ротовой и носовой вдох и выдох
2.	Коренев Алексей А.	2	недостаточная дифференциация ротового и носового вдоха и выдоха
3.	Крамной Илья Н.	2	недостаточная дифференциация ротового и носового вдоха и выдоха
4.	Маликова Алсу И.	1	не дифференцирует ротовой и носовой вдох и выдох
5.	Мидиев Эмир В.	1	не дифференцирует ротовой и носовой вдох и выдох
6.	МунировКамиль М.	1	не дифференцирует ротовой и носовой вдох и выдох
7.	Сазанов Иван Н.	2	недостаточная дифференциация ротового и носового вдоха и выдоха
8.	Шадрин Кирилл Д.	2	недостаточная дифференциация ротового и носового вдоха и выдоха
9.	ШаиховАйгиз А.	2	недостаточная дифференциация ротового и носового вдоха и выдоха
10.	Шакиров Рустам В.	1	не дифференцирует ротовой и носовой вдох и выдох

Анализ результатов обследования показал, что у половины детей отмечаются нарушения в умении дифференцировать ротовой и носовой

вдох и выдох. У 5 детей не сформировано различие ротового и носового вдоха и выдоха.

Иногда детям было сложно понять инструкцию с первого раза, требовалось повторное ее озвучивание. Проговаривая сколько раз необходимо выполнить задание, младшие школьники не всегда выполняли столько раз, сколько нужно.

Таблица 3 – Результаты обследования целенаправленности воздушной струи у детей младшего школьного возраста на момент констатирующего эксперимента

№ п/п	ФИО ребенка	Баллы	Критерии оценки
1.	Исмагилова Эмилия И.	4	выдыхаемая воздушная струя сильная и целенаправленная
2.	Коренев Алексей А.	3	целенаправленность воздушной струи снижена
3.	Крамной Илья Н.	2	недостаточная целенаправленность воздушной струи
4.	Маликова Алсу И.	1	воздушная струя нецеленаправленная
5.	Мидиев Эмир В.	3	целенаправленность воздушной струи снижена
6.	МунировКамиль М.	0	задание не выполняет
7.	Сазанов Иван Н.	2	недостаточная целенаправленность воздушной струи
8.	Шадрин Кирилл Д.	2	недостаточная целенаправленность воздушной струи
9.	ШаиховАйгиз А.	3	целенаправленность воздушной струи снижена
10.	Шакиров Рустам В.	1	воздушная струя нецеленаправленная

Проанализировав результаты проведенного обследования можно отметить, что у одного из детей экспериментальной группы отмечается сильная целенаправленность воздушной струи. У троих детей наблюдается недостаточная целенаправленность воздушной струи. У троих детей-целенаправленность воздушной струи снижена. Детям с трудом давалось целенаправленно подуть на предметы обследования, требовалось несколько попыток, чтобы приблизиться к нормальному выполнению.

Таблица 4 – Результаты обследования объема и силы воздушной струи у детей младшего школьного возраста на момент констатирующего эксперимента

№ п/п	ФИО ребенка	Баллы	Критерии оценки
1.	Исмагилова Эмилия И.	2	малый объем и сила выдоха
2.	Коренев Алексей А.	1	малый объем и сила выдоха
3.	Крамной Илья Н.	2	малый объем и сила выдоха
4.	Маликова Алсу И.	1	малый объем и сила выдоха
5.	Мидиев Эмир В.	1	малый объем и сила выдоха
6.	МунировКамиль М.	2	малый объем и сила выдоха
7.	Сазанов Иван Н.	1	малый объем и сила выдоха
8.	Шадрин Кирилл Д.	2	малый объем и сила выдоха
9.	ШаиховАйгиз А.	2	малый объем и сила выдоха
10.	Шакиров Рустам В.	2	малый объем и сила выдоха

По результатам таблицы можно сделать вывод, что для детей экспериментальной группы характерен малый объем речевого дыхания и сила выдоха.

Несколько детей не могли вытянуть губы трубочкой. У детей возникали трудности с тем, чтобы сдвинуть с помощью сильного выдоха карандаш.

Таблица 5 – Результаты обследования фонационного дыхания у детей младшего школьного возраста на момент констатирующего этапа

№ п/п	ФИО ребенка	Баллы	Критерии оценки
1.	Исмагилова Эмилия И.	4	речь на выдохе, объем речевого дыхания хороший
2.	Коренев Алексей А.	2	речь на выдохе, но ослаблен речевой выдох
3.	Крамной Илья Н.	2	речь на выдохе, но ослаблен речевой выдох
4.	Маликова Алсу И.	4	речь на выдохе, объем речевого дыхания хороший
5.	Мидиев Эмир В.	1	речь возможна на вдохе, дискоординация дыхания и фонации
6.	МунировКамиль М.	0	не справляется с заданиями
7.	Сазанов Иван Н.	2	речь на выдохе, но ослаблен речевой выдох
8.	Шадрин Кирилл Д.	4	речь на выдохе, объем речевого дыхания хороший
9.	ШаиховАйгиз А.	3	речь на выдохе, объем речевого дыхания ограничен
10.	Шакиров Рустам В.	3	речь на выдохе, объем речевого дыхания ограничен

Результаты фонационного дыхания показывают, что у всех детей имеются различные особенности в изучаемом процессе. У трёх обучающихся обследуемой группы речь на выдохе, объем речевого дыхания хороший. У других трёх человек- речь на выдохе, но объем речевого дыхания ограничен. У одного человека речь возможна на вдохе, дискоординация дыхания и фонации.

Представленные детям задания на изучение фонационного дыхания вызвали трудности. Особую сложность у обучающихся представляли задания на воспроизведение короткого стихотворения. При выполнении данного задания у детей возникли трудности с прочтением на одном речевом выдохе и, не забывая при этом про выразительность чтения.

Таблица 6 – Результаты обследования речевого дыхания у детей младшего школьного возраста на момент констатирующего эксперимента

№ п/п	ФИО ребенка	Направление обследования				
		№ 1 (балл)	№ 2 (балл)	№ 3 (балл)	№ 4 (балл)	№ 5 (балл)
1.	Исмагилова Эмилия И.	1	1	4	2	4
2.	Коренев Алексей А.	2	2	3	1	2
3.	Крамной Илья Н.	2	2	2	2	2
4.	Маликова Алсу И.	2	1	1	1	4
5.	Мидиев Эмир В.	3	1	3	1	1
6.	МунировКамиль М.	1	1	0	2	0
7.	Сазанов Иван Н.	2	2	2	1	2
8.	Шадрин Кирилл Д.	2	2	2	2	4
9.	ШаиховАйгиз А.	3	2	3	2	3
10.	Шакиров Рустам В.	1	1	1	2	3
Средний балл		1,9	1,5	2,1	1,6	2,5

Обобщив полученные данные, можно сделать вывод, что наибольшие затруднения вызвало задание по обследованию носового и ротового дыхания.

Анализ результатов констатирующего эксперимента позволил нам определить особенности речевого дыхания у детей младшего школьного возраста. С помощью диагностической методики мы выявили различные нарушения физиологического и речевого дыхания детей экспериментальной группы. Преимущественно нарушена дифференциация

ротового и носового вдоха и выдоха, речевой выдох ослаблен и снижен, иногда отмечается дискоординация дыхания и фонации.

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

2.3. Работа логопеда по коррекции речевого дыхания у детей младшего школьного возраста со стертой дизартрией

Формирование речевого дыхания – это один из первых этапов коррекционной работы с малышом, имеющим какие-либо речевые нарушения. Правильное речевое дыхание имеет следующие признаки:

- короткий вдох через нос;
- плавный выдох, воздух выходит через рот;
- выдох осуществляется до конца;
- после каждого выдоха должна быть небольшая пауза (2-3 секунды);
- развитие речевого дыхания тесно связано с функционированием физиологического дыхания[16, с. 32].

Только научившись правильно дышать (глубокий короткий вдох и плавный длинный выдох) ребенок сможет в полной мере овладеть своим голосом. Наиболее эффективными направлениями работы с дошкольниками являются:

1. Формирование правильного выдоха.
2. Тренировка дыхания с использованием различного речевого материала (отработка произношения звуков и их сочетаний, разучивание стихов) [15, с. 23].

Развитие речевого дыхания у младших школьников позволяет:

- ускорить процесс постановки и автоматизации звуков речи;
- увеличить количество слов, которые малыш произносит на одном выдохе;

- сформировать внятную связную речь;
- скоординировать процессы речи, дыхания и движений[9, с. 71].

Формирование речевого дыхания – важнейший этап на пути становления связной и правильной речи младшего школьника. Наиболее эффективным способом его развития у детей этого возраста являются дыхательные упражнения, которые способствуют формированию плавного и достаточно длительного выдоха и отработке произнесения звуков и слогов.

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

Анализ результатов констатирующего эксперимента показал, что дети изучаемой группы нуждаются в коррекционной работе по развитию речевого дыхания.

При подборе методических приемов по развитию речевого дыхания у детей младшего школьного возраста со стертой дизартрией нами были использованы работы Л. И. Беляковой, Н. Н. Гончаровой, Т. Г. Шишковой, Е. Ф. Архиповой.

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

1. Подготовка к развитию грудобрюшного типа дыхания по традиционной методике.
2. Развитие грудобрюшного типа дыхания с включением элементов дыхательной гимнастики А. Н. Стрельниковой.
3. Развитие фонационного выдоха.
4. Развитие речевого дыхания.
5. Развитие речевого дыхания в процессе произнесения прозаического текста.

Выделенные нами этапы должны реализовываться в строгой последовательности. Продолжительность работы на каждом этапе определяется только результатами работы. Развитие дыхательной функции и речевого дыхания проводится с помощью специальных методических приемов и парадоксальной гимнастики А. Н. Стрельниковой [15, с. 14].

Далее представим содержание коррекционной работы по этапам.

1 этап – подготовка к развитию грудобрюшного типа дыхания по традиционной методике.

Данный этап включает четыре упражнения. Длительность каждого 4-5 минут. В течение дня упражнения повторяются 2-3 раза. Каждое задание отрабатывается на протяжении одной недели. Дети последовательно выполняют упражнения вначале в положении лежа, затем сидя и стоя.

Сформированность грудобрюшного типа дыхания определяется визуально и тактильно, то есть с помощью ладони, расположенной на диафрагме ребенка.

2 этап – развитие грудобрюшного типа дыхания с включением элементов дыхательной гимнастики А. Н. Стрельниковой.

Этап включает в себя три комплекса упражнений, в которых последовательно усложняются двигательные задачи. При выполнении упражнений воздух должен проходить через носовые ходы и сопровождаться наибольшим шумом и примыканием ноздрей к носовой перегородке.

Перед разучиванием каждого нового упражнения важно повторить все ранее усвоенное. Это необходимо для формирования у детей умения последовательно выполнять к концу обучения полный комплекс упражнений. В первые дни упражнение выполняется 4 раза подряд. Со временем увеличивают их количество до 12 раз.

Второй комплекс упражнений используют для развития грудобрюшного дыхания при ходьбе. В первые дни упражнения выполняются 4-5 минут, постепенно время увеличивается до 8-10 минут.

Третий комплекс направлен на развитие грудобрюшного дыхания и увеличение объема легких. С этой целью применяют приемы парадоксальной дыхательной гимнастики в процессе возрастания двигательной нагрузки. Первые дни проводят упражнения не более четырех раз за одно занятие. Постепенно увеличивают повторения до 8-10 раз. Каждое упражнение в среднем усваивается за 6 дней. Упражнения проводятся на индивидуальных и подгрупповых занятиях.

3 этап – развитие фонационного выдоха.

Данный этап состоит из семи упражнений, при выполнении которых внимание детей направляется на звучание голоса в процессе выдоха, а не на быстрый вдох.

4 этап – развитие речевого дыхания.

Этот этап считается базовым. Он тесно связан с логопедической работой по формированию планирования речевого высказывания. Сначала дети произносят слоги и отдельные слова, затем фразы и потом переходят к коротким стихотворениям и текстам, выполняя все задания на выдохе. Каждое упражнение длится не более пяти минут и повторяется 3-4 раза в день.

5 этап- развитие речевого дыхания в процессе произнесения прозаического текста.

На данном этапе тренируется речевое дыхание в процессе произнесения прозаического текста.

При проведении логопедической работы нами были опущены первый и второй этапы, по причине того, что у детей экспериментальной группы грудобрюшной тип дыхания уже был сформирован, и дети нуждались в развитии собственно речевого дыхания.

Подгрупповые логопедические занятия по развитию речевого дыхания проводились 2 раза в неделю. Их продолжительность составляла 40 минут. На каждом занятии выделялся отдельный этап для проведения

отдельных методических приемов по развитию речевого дыхания у детей экспериментальной группы.

Используемые методические приемы представлены в приложении.

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

Таблица 7 – Комплекс упражнений по развитию речевого дыхания у детей младшего школьного возраста со стертой дизартрией для логопедических занятий

Этап работы	Содержание работы	Описание
1	2	3
1 этап- подготовка к развитию грудобрюшного типа дыхания	Этап включает четыре упражнения. Длительность каждого упражнения 4-5 минут. В течение дня упражнения повторяются 2-3 раза. Каждое упражнение отрабатывается в течение одной недели	УПРАЖНЕНИЕ 1. Ребенку, находящемуся в положении лежа, кладут на живот в области диафрагмы легкую игрушку. Работа диафрагмы по опусканию и подниманию игрушки, лежащей на животе, воспринимается ребенком зрительно. Выработка грудобрюшного типа дыхания. Легкая игрушка лежит на области диафрагмы Инструкция: «Положим игрушку на живот и посмотрим, как она поднимается, когда ты делаешь вдох, и опускается, когда ты делаешь выдох». В соответствии с инструкцией логопеда ребенок следит глазами за подниманием и опусканием игрушки вслед за сокращением и расслаблением диафрагмы. Внимание ребенка обращается на то, что игрушка становится «живой», если он дышит животом. Упражнение можно сопровождать рифмовкой, произносимой логопедом: Качаю рыбку на волне, То вверх (вдох), То вниз (выдох) Плывет по мне. В течение недели можно менять игрушки, разнообразить словесное сопровождение. Например: «Качели – вверх, качели – вниз, крепче, куколка, держись!»

Продолжение таблицы 7

1	2	3
		УПРАЖНЕНИЕ 2. Ребенок, находящийся в положении лежа, кладет ладонь на область диафрагмы. Работа диафрагмы воспринимается ребенком не только зрительно, но и тактильно (ощущается ладонью). Инструкция: «Положи ладонь на то место, где раньше лежала игрушка, и почувствуй, как живот поднимается, когда ты делаешь вдох, и опускается, когда ты делаешь выдох». Упражнение можно сопровождать рифмовкой: Бегемотики лежали, бегемотики дышали. То животик поднимается (вдох), то животик опускается (выдох) УПРАЖНЕНИЕ 3. Ребенок, находящийся в положении сидя, кладет ладонь на область диафрагмы. Работа диафрагмы продолжает контролироваться зрительно и тактильно. Рис. 2. Выработка грудобрюшного типа дыхания. Ладонь ребенка находится на области диафрагмы Рис. 3. Выработка грудобрюшного типа дыхания. Ладонь ребенка находится на области диафрагмы Инструкция: «Сядь, положи ладонь на живот и почувствуй, как он поднимается, когда ты делаешь вдох, и опускается, когда ты делаешь выдох». Упражнение можно сопровождать рифмовкой: Сели бегемотики, потрогали животики. То животик поднимается (вдох), то животик опускается (выдох). УПРАЖНЕНИЕ 4. Ребенок, находящийся в положении стоя, кладет ладонь на область диафрагмы (рис. 3). Упражнение выполняется перед большим зеркалом. Инструкция: «Встань перед зеркалом, положи ладонь на живот, посмотри, как она движется, если ты дышишь правильно». Это упражнение проводится также и с обнаженным торсом. Дети стоят в профиль к большому зеркалу, что помогает не только тактильно, но и визуально контролировать выполнение упражнений в положении стоя

Продолжение таблицы 7

1	2	3
2 этап – развитие грудобрюшного типа дыхания с включением элементов дыхательной гимнастики А. Н. Стрельниковой	Первый комплекс упражнений	УПРАЖНЕНИЕ 1. Выполнение пары «быстрых вдохов». Инструктор должен следить за состоянием детей, так как у некоторых из них могут наблюдаться признаки гипервентиляции. Это происходит, если дети не могут делать два «коротких шумных» носовых дыхательных движения в процессе вдоха. Каждое из двух дыхательных движений они осуществляют как обычный вдох, т.е. глубже, чем надо. В таких случаях логопед проводит индивидуальную работу. Выполнение «быстрых вдохов» перед зеркалом. «Быстрые вдохи с поворотом головы в стороны. УПРАЖНЕНИЕ 2. Выполнение пары «быстрых вдохов» по условному сигналу логопеда (быстрое движение руки вверх). УПРАЖНЕНИЕ 3. Выполнение пары «быстрых вдохов» при повороте головы то вправо, то влево. УПРАЖНЕНИЕ 4. Выполнение пары «быстрых вдохов» при поднесении ладони то к правому, то к левому уху и легком повороте головы в противоположную сторону («прислушиваемся и нюхаем»). УПРАЖНЕНИЕ 5. Выполнение пары «быстрых вдохов» при поднятии подбородка. УПРАЖНЕНИЕ 6. Выполнение пары «быстрых вдохов» при наклоне головы то к правому, то к левому плечу.
	Второй комплекс упражнений	УПРАЖНЕНИЕ 1. На первый шаг выполняется пара «быстрых вдохов», далее следуют три шага, во время которых происходит непроизвольный выдох. УПРАЖНЕНИЕ 2. На первый шаг выполняется поворот головы (то вправо, то влево) и пара «быстрых вдохов», далее голова возвращается в исходное положение и следуют три шага, во время которых происходит непроизвольный выдох. УПРАЖНЕНИЕ 3. На первый шаг ладонь подносится то к правому, то к левому уху и выполняется пара «быстрых вдохов», далее рука опускается и следуют три шага, во время которых происходит непроизвольный выдох.

Продолжение таблицы 7

1	2	3
		УПРАЖНЕНИЕ 4. На первый шаг подбородок поднимается вверх и выполняется пара «быстрых вдохов», далее голова возвращается в исходное положение и следуют три шага, во время которых происходит произвольный выдох. УПРАЖНЕНИЕ 5. На первый шаг выполняется наклон головы то к правому, то к левому плечу и пара «быстрых вдохов», далее голова возвращается в исходное положение и следуют три шага, во время которых происходит произвольный выдох (рис. 13). УПРАЖНЕНИЕ 6. На первый шаг выполняется поворот головы то вправо, то влево, пара «быстрых вдохов» и хлопок в ладони, далее голова возвращается в исходное положение и следуют три шага, во время которых дети трижды хлопают в ладони и спонтанно выдыхают воздух.
	Третий комплекс упражнений	УПРАЖНЕНИЕ 1. Выполнение встречных движений рук, направленных на сжатие грудной клетки. При максимальном сведении рук ребенок обхватывает свои плечи ладонями. Обхват плеч повторяется два раза без паузы, далее руки возвращаются в исходное положение. УПРАЖНЕНИЕ 2. Выполнение «быстрых вдохов» при встречных движениях рук, после чего руки возвращаются в исходное положение и осуществляется произвольный выдох. УПРАЖНЕНИЕ 3. Выполнение «быстрых вдохов» при наклонах туловища и движениях рук (имитация накачивания шины).

Продолжение таблицы 7

3 этап – развитие фонационного выдоха	1.Пропевание гласных отрывисто 2. Пропевание на одной высоте изолированных гласных 3. Пропевание на выдохе цепочки гласных звуков	Делаем вдох и затем отрывисто пропеваем различные гласные. Делаем вдох и на одном речевом выдохе плавно пропеваем гласные сначала тихим, а затем громким голосом и наоборот. Делаем глубокий вдох и пропеваем цепочки гласных, чтобы они сливались и плавно переходили один в другой. Необходимо следить за тем, чтобы при произнесении звуков раскрытие рта было достаточно полным, а артикуляция активной и четкой
4 этап – развитие речевого дыхания	1.Произнесение слогов 2.Пропевание слогов и слов в стихотворном тексте 3.Произнесение фраз 4.Произнесение предложений с мячом 5.Чтение стихотворений 6.Пропевание песни	Делаем вдох и проговариваем слоги на одном речевом выдохе, постепенно ускоряя темп. Делаем вдох и на одном речевом выдохе пропеваем стихотворный текст. Делаем вдох и произносим фразы на одном речевом выдохе. Важно разбирать с детьми значение непонятных слов. Педагог произносит предложение, а дети делают вдох и по памяти произносят предложения на одном речевом выдохе. Каждое слово предложения сопровождается броском мяча об пол. Делаем вдох и на одном речевом выдохе читаем стихотворение, соблюдая при этом выразительное чтение. Пропеваем песню, деля ее смысловые части
5 этап – развитие речевого дыхания в процессе произнесения прозаического текста	1.Чтение прозаического текста 2. Пересказ прозаического текста	Читаем текст и делим его на смысловые части, чтобы в процессе осуществлять необходимый вдох. Педагог читает текст, разбираются все непонятные слова. Затем ребенок пересказывает прозу, следя за речевым дыханием.

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

Звук [А] – показать ладонь с широко расставленными напряженными пальцами, имитирующим и широко раскрытым ртом.

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

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

Звук [И] – большой палец и мизинец выставлены, тогда как остальные пальцы сжаты в кулак.

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

Вышеперечисленные жесты помогают следить за артикуляцией звуков, развивать мелкую моторику, а также координировать речь с движением.

Дети с большим интересом выполняли упражнения третьего этапа. Некоторым было проще повторять задания перед зеркалом.

Дидактический материал, используемый на третьем этапе, представлен в приложении.

Четвертый этап коррекционной работы направлен на развитие собственно речевого дыхания. Произнесение и пропевание слогов и слов не вызвали у младших школьников особых трудностей. Появлялись трудности с одновременным запоминанием предложения и броском мяча об пол на каждое слово. Предложения проговаривались на одном фонационном выдохе. При чтении стихотворений дети младшего школьного возраста часто не могли одновременно прочитать выразительно и на одном речевом выдохе. Чтение было либо не выразительным, либо не хватало выдоха на весь стихотворный текст. В ходе проведения занятий дети постепенно начали справляться с предложенными заданиями.

На пятом этапе развивалось речевое дыхание в процессе произнесения прозаического текста. На последнем этапе главной целью являлся постепенный переход к самостоятельному высказыванию, чтобы автоматизировать речевое дыхание в спонтанной речи. Поэтому текст

прочитывался детьми, разбирались непонятные слова, затем проза пересказывалась.

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

Таким образом, коррекционная работа по развитию речевого дыхания у детей младшего школьного возраста со стертой дизартрией была проведена последовательно и комплексно. Работа была направлена на развитие всех дыхательных мышц, тренировки грудобрюшного дыхания, увеличение объема легких посредством различных упражнений.

Выводы по 2 главе

Мной была организована экспериментальная работа по изучению и развитию речевого дыхания у детей младшего школьного возраста со стертой дизартрией.

Обследование речевого дыхания у изучаемой категории детей проводилось по методике, предложенной Е. Е. Шевцовой.

Анализ результатов констатирующего эксперимента показал, что у всех детей выявлены особенности речевого дыхания.

Для детей этой группы характерны нарушения дифференциации ротового и носового вдоха и выдоха, ослабление речевого выдоха, дискоординация дыхания и фонации, иногда встречалась речь на вдохе.

Дети не всегда могли справиться с выполнением предложенных заданий. Некоторые допускали большое количество ошибок, задания выполняли в замедленном темпе, один ребенок не смог выполнить задания, а также некоторые дети нуждались в помощи взрослого.

Коррекционная работа по развитию речевого дыхания у детей младшего школьного возраста со стертой дизартрией осуществлялась последовательно и комплексно. Проводилась поэтапная работа, также выполнялись комплексы упражнений.

Таким образом, предложенные мною методические приемы способствовали развитию речевого дыхания у детей младшего школьного возраста со стертой дизартрией.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В специальной педагогике и логопедии просодика рассматривается в качестве важного фактора речевого развития человека. Большинство исследователей отмечает, что просодическая недостаточность может сопровождать многие нозологические формы детского речевого недоразвития различного происхождения и случаи распада речи.

Дизартрией называют нарушения произносительной стороны речи, которые обусловлены недостаточностью иннервации речевой мускулатуры. Дизартрия возникает вследствие органического поражения центральной нервной системы, при котором нарушается двигательный механизм речи, то есть при дизартрии нарушено не программирование речевого высказывания, а моторное исполнение речи.

Стертой дизартрией является речевая патология, которая проявляется в виде расстройств фонетического и просодического компонентов речевой функциональной системы и возникает в виду невыраженного микроорганического поражения головного мозга.

У детей со стертой дизартрией наблюдается также нарушение дыхания, которое обусловлено недостаточностью центральной регуляции дыхания. Также недостаточна глубина дыхания, происходит нарушение его ритма: учащение во время речи. Происходит расстройство координации выдоха и вдоха. Наблюдается поверхностный вдох и короткий слабой силы выдох. При этом выдох часто осуществляется через нос, хотя рот полуоткрыт.

У детей дошкольного возраста речевое дыхание несовершенно. Дети не умеют рационально использовать вдох и выдох, что отрицательно влияет на их развитие речи. Дети, имеющие ослабленный вдох и выдох, как правило, говорят тихо, затрудняются в произношении длинных фраз и не договаривают слова.

Логопедическая практика показывает, что с каждым годом увеличивается количество детей со стертой дизартрией. У детей с дизартрией присутствуют нарушения звукопроизношения лексики, грамматики, фонематических процессов, мелодико-интонационные расстройства, обусловленные парезами: мышц языка, губ, мягкого неба, голосовых связок, мышц гортани, нарушением их мышечного тонуса и ограничением их подвижности.

Для детей со стертой дизартрией представляет определённую трудность длительный и экономный выдох, что необходимо для нормальной речи, страдает просодическая сторона речи, т.е. сила голоса, его тембр и выразительность. Нарушения голоса характеризуются его слабостью, хриплостью, монотонностью, сдавленностью.

Одним из важных разделов логопедической работы со стертой дизартрией является развитие речевого дыхания. Изучаемая нами проблема исследования является достаточно актуальной.

Проанализировав психолого-педагогическую литературу по проблеме исследования, я выяснила, что речевое дыхание – это координированный акт, при котором происходит короткий вдох и продолжительный плавный выдох, необходимый для возможности свободно говорить в процессе речевого высказывания.

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

Была проведена диагностическая методика Е. Е. Шевцовой по изучению речевого дыхания у детей младшего школьного возраста со стертой дизартрией, на основе которой был проведен констатирующий эксперимент.

Коррекционная работа по развитию речевого дыхания проводилась в соответствии с этапами. Для каждого этапа работы я подобрала и систематизировала по этапам методические приемы, представив их описание. Речевой материал подбирался с учетом возрастных и индивидуальных особенностей детей младшего школьного возраста со стертой дизартрией.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Архипова, Е.Ф. Стертая дизартрия у детей / Е.Ф. Архипова. - М.: Астрель. - 2007. - 331с.;
2. Белякова, Л.И. Методика развития речевого дыхания у дошкольников с нарушениями речи / Л.И. Белякова, Н.Н. Гончарова, Т.Г. Шишкова; под ред. Л.И. Беляковой. - М.: Книголюб. - 2004. - 50 с.;
3. Белякова, Л.И. Здоровьесберегающие технологии развития речи у детей. Формирование речевого дыхания [Текст] / Л.И. Белякова, Н.Н. Гончарова, Ю.О. Филатова, Т.Г. Хатнюкова-Шишкова — М.: Национальный книжный центр. - 2017. — 80 с.;
4. Богатырева, А.В. Развитие речевого дыхания у детей с ОВЗ [Текст] / А.В. Богатырева, М.А. Косткина // Педагогика: традиции и инновации: материалы IX Междунар. науч. конф. (г. Казань, январь 2018 г.). - Казань: Бук. - 2018. - С. 11-16;
5. Борозинец, Н.М. Логопедические технологии [Текст]: учебнометодическое пособие / Н.М.Борозинец, Т.С. Шеховцова - Ставрополь: издво СКФУ. - 2008. - 224 с.;
6. Буцкая, Ж.Н. Развитие вокальных навыков у детей дошкольного возраста с тяжелыми нарушениями речи [Текст] / Ж.Н. Буцкая // Молодой ученый. - 2018. - №48. - С. 279-280;
7. Быцай, А.К. К вопросу о диагностике интонационной стороны речи у детей дошкольного возраста, имеющих стёртую дизартрию [Текст] / А.К. Быцай // Молодой ученый. - 2017. - №50.1. - С. 56-59;
8. Вавилова, А.В. Развитие мелкой моторики как средство улучшения речи [Текст] / А.В. Вавилова // Молодой ученый. - 2014. - №5. - С. 495-497.
9. Винарская, Е.Н. Дизартрия [Текст] / Е.Н. Винарская - М.: АСТ Астрель. - 2010. - 141 с.;
10. Волкова, Г.А. Методика психолого-логопедического обследования детей с нарушениями речи. Вопросы дифференциальной

диагностики [Текст]: учебно-методическое пособие / Г.А. Волкова - СПб: ДЕТСТВО-ПРЕСС. - 2004. - 144 с.;

11. Гарева, Т.А. Клинико-педагогическая характеристика детей с минимальными дизартрическими расстройствами [Текст] / Т.А. Гарева // Проблемы и перспективы развития образования: материалы III Междунар. науч. конф. (г. Пермь, январь 2013 г.). - Пермь: Меркурий. - 2013. - С. 95-97.

12. Гвоздев, А.Н. Вопросы изучения детской речи [Текст] / А.Н. Гвоздев - СПб: Детство-Пресс, 2007. - 472 с.;

13. Калашникова, О.Е. Роль игровой деятельности при коррекции дыхания у детей [Текст] / О.Е. Калашникова // Коррекционная педагогика. Взаимодействие специалистов. - под общ. ред. М.А. Поваляевой. - Ростов-на-Дону: Феникс. - 2002. - С.225-229;

14. Капицына, Г.А. Использование технологии логоритмических игр и упражнений в коррекционно-речевой и педагогической практике специалистами ДООУ [Текст] / Г.А. Капицына // Молодой ученый. - 2016. - №12.6. - С. 40-43;

15. Кирееенкова, С.Л. Особенности волевой сферы у детей с дизартрией [Текст] / С.Л. Кирееенкова // Молодой ученый. - 2016. - №5. - С. 690-692;

16. Котова, С.В. Коррекция звукопроизношения и музыкальное развитие детей дошкольного возраста посредством логопедической ритмики [Текст] / С.В. Котова // Молодой ученый. - 2016. - №23.2. - С. 59-62;

17. Лаврова, Е.В. Логопедия. Основы фонопедии [Текст]: учеб.пособ. для студ. вузов. / Е.В. Лаврова - М.: В. Секачев, 2016. - 182 с.;

18. Лавская, Н.С. Актуальные вопросы изучения и коррекции стертой дизартрии у детей [Текст] / Н.С. Лавская, Т.П. Ковалева // Молодой ученый. - 2014. - №17. - С. 512-514;

19. Лебедева, А.М. Коррекция дизартрии в процессе вокального обучения [Текст] / А.М. Лебедевская // Молодой ученый. - 2017. - №28. - С. 90-93;
20. Лопатина, Л.В. Проявления и диагностика фонетических нарушений при стертой дизартрии [Текст] / Л.В. Лопатина // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И.Герцена. - 2006. - № 14 - С. 219-230;
21. Любалина, А.А. Речедвигательная гимнастика как средство коррекции нарушенного звукопроизношения [Текст] / А.А. Любалина // Молодой ученый. - 2016. - №6. - С. 794-796;
22. Макарова, Н.В. Речь ребенка от рождения до 5 лет [Текст] / Н.В. Макарова. - СПб: КАРО. - 2004. - 48 с.;
23. Мастюкова, Е.М. Дети с церебральным параличом [Текст] / Е.М. Мастюкова // Специальная психология - под ред. В. И. Лубовского. - М. - 2008. - 120 с.;
24. Микляева, Ю.В. Логопедический массаж и гимнастика. Работа над звукопроизношением [Текст] / Ю.В. Микляева - М.: Айрис-пресс. - 2010. - 115 с.;
25. Новикова, Н.В. Специальные упражнения для развития речевого дыхания у детей-логопатов [Текст] / Н.В. Новикова // Материалы Всероссийской научно-практ. конф. (с международным участием) «Актуальные вопросы реабилитологии и пути их решения» (Нижний Новгород, 15-16 декабря 2005 года) / Под ред. С. В. Карачаровой. - Нижний Новгород: НФ СГУТ и КД. - 2006. - С. 253-255;
26. Нурмухамедова, М.А. Исследование расстройств слухового анализатора у детей с различными формами детского церебрального паралича [Текст] / М.А. Нурмухамедова, З.С Мовлонов // Молодой ученый. - 2017. - №15. - С. 155-158;

27. Позднякова, Н.Ю. Логоритмические занятия как эффективная форма работы по преодолению тяжёлых нарушений речи [Текст] / Н.Ю. Позднякова // Вопросы дошкольной педагогики. - 2017. - №2. - С. 116-118;
28. Пушкина, Т.Н. Проблема ограничения речевых нарушений от сходных состояний [Текст] / Т.Н. Пушкина // Молодой ученый. - 2017. - №6. - С. 204-207;
29. Раскова, Г.В. Дыхательные упражнения одно из средств оздоровления детей дошкольников [Текст] / Г.В. Раскова, Т.А. Власова, О.В. Анохина // Педагогическое мастерство: материалы Междунар. науч. конф. (г. Москва, апрель 2012 г.). - М.: Буки-Веди. - 2012. - С. 125-127;
30. Русакова, Е.А. Важность логоритмики для детей дошкольного возраста [Текст] / Е.А. Русакова // Проблемы и перспективы развития образования: материалы VIII Междунар. науч. конф. (г. Краснодар, февраль 2016 г.). - Краснодар: Новация. - 2016. - С. 121-124;
31. Сермеева, Н.В. Особенности речевого дыхания у детей-логопатов [Текст] / Н.В. Сермеева // Проблемы реабилитации: сб. статей. - 2005. - С. 64-65;
32. Соботович, Е.Ф. Нормативные показатели речевого развития (в его фонетико-фонематическом звене) детей дошкольного возраста [Текст] / Е.Ф. Соботович // Дефектология. - 2002. - №3. - С. 24-28;
33. Соботович, Е.Ф. Содержание логопедической работы по устранению нарушений звукопроизношения у детей дошкольного возраста [Текст] / Е.Ф. Соботович // Теория и практика современной логопедии: 36. научных трудов: Вып. 3. - М.: Актуальное образование. - 2007. - С. 25-37;
34. Соботович, Е.Ф. Проявления стертых дизартрий и методы их диагностики [Текст] / Е.Ф. Соботович, А.Ф. Чернопольская // Дефектология. - 1974. - № 4. - С. 12-20;
35. Токарева, О.А. Расстройства чтения и письма (дислексии и дисграфии). // Расстройства речи у детей и подростков. / Под.ред. С.С. Ляпидевского. - М.: Медицина, 2007. - С.190-212;

36. Трубникова, Н.М. Логопедическое обследование младших школьников, страдающих олигофренией и детским церебральным параличом 52 / Н.М. Трубникова. - [Электронный ресурс: www.nsportal.ru] - (Дата обращения: 21.11.17);

37. Ушакова, Т. Н. Речь: истоки и принципы развития/ Т.Н. Ушакова. - М., 2004. - 115 с. [Электронный ресурс: <https://www.ozon.ru/context/detail/id/1702158/>] - (Дата обращения: 22.11.17);

38. Фомичева, М.Ф. Воспитание у детей правильного звукопроизношения: Практикум по логопедии / М.Ф. Фомичёва. – М., 1989. [Электронный ресурс: http://pedlib.ru/Books/1/0460/1_0460-1.shtml] - (Дата обращения: 17.02.2017);

39. Ханафина, Г.Р. Выявление у дошкольников с дизартрией нарушений графомоторных навыков [Текст] / Г.Р. Ханафина, А.С. Иванова // Молодой ученый. - 2016. - №23. - С. 525-527;

40. Хохлова, Э.Г. Коррекция звукопроизношения у младших школьников со стертой дизартрией [Текст] / Э.Г. Хохлова // Молодой ученый. - 2018. - №51. - С. 102-105;

41. Чарели, Э.М. Учитесь говорить. / Э.М. Чарели. – Свердловск, 1991. [Электронный ресурс: <https://studfiles.net>] - (Дата обращения: 14.05.17);

42. Чекина, О. Е. Постановка речевого дыхания у детей с ОНР. – Казань, 2015;

43. Черемисина-Ениколопова, Н.В. Законы и правила русской интонации. - 2-е изд., стер. - М.: Флинта, 2013. - 520 с.;

44. Черепаня, Н.И. Проблемы готовности ребенка к школе [Текст] / Н.И. Черепаня // Педагогика и психология: Формирование личности: проблемы и поиски. Сб. научн. работ. - Вып. 33. - М. - 2004. - С. 421-426;

45. Шашкина Г. Р., Зернова Л. П., Зимина И. А. Логопедическая работа с дошкольниками : учеб. для студентов вузов. М., 2014. 256 с.;

46. Швачкин Н. Х. Возрастная психоллингвистика. М., 2016. 330 с.;

47. Шахнарович, А.М. Проблемы психолингвистики / А.М. Шахнарович. – М., 1987. – 232 с. [Электронный ресурс: http://www.tinlib.ru/jazykoznanie/psiholingvistika_teoriya_rechevoi_deyatelnosti/p12.php] - (Дата обращения: 13.11.17);

48. Шелгунова, Н.Б. Особенности проявления дизартрии при различных поражениях зон головного мозга [Текст] / Н.Б. Шелгунова // Молодой ученый. - 2017. - №20. - С. 209-211;

49. Швайко, Г.С. Игры и игровые упражнения для развития речи/ Г.С. Швайко. — М., 1983. [Электронный ресурс: <http://pedlib.ru/Books/5/0234>] - (Дата обращения: 24.11.2017);

50. Яворская, О.Н. Занимательные задания логопеда для дошкольников / О.Н. Яворская. - СПб.: КАРО, 2015. [Электронный ресурс: <http://www.iprbookshop.ru/61001.html>] - (Дата обращения: 29.10.2017).

ПРИЛОЖЕНИЕ

Методические приемы по развитию речевого дыхания у младших школьников с дизартрией на 3 этапе (развитие фонационного выдоха)

●Пропевание гласных отрывисто.

Вдох – А А

Вдох – А АА

Вдох – А ААА

●Пропевание на одной высоте изолированных гласных.

Вдох – оoooooooo

Вдох – ООООООО

●Пропевание на выдохе цепочки гласных звуков.

oooooooooooooooo

iiiiiiiiiiiiiiii

эээээээээээээээ

уууууууууууууу

ааааааааааээээээ

ааааааааааииииии

ииииииаааааааа

ааааааааааииииии

ииииииээээээааааа

ааааааааааииииии

ааааааааааииииии

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

1 Произнесение слогов.

СА – СА – СОАС – УС – АС ИС – ЯС – АС

СО – СО – СУ ОС – ОС – УС ЕС – ЮС – ЮС

СА – СУ – СУ ОС – УС – УС ИС – ЁС – ЁС

СО – СЫ – СЫ ЯС – ИС – ИС ЁС – ЕС – ЕС

2 Пропевание слогов и слов в стихотворном тексте.

«Игра»

Ас-ас-ас-ас,

Ах, как весело у нас.

Ус-ус-ус-ус,

Выбирай игру на вкус.

Ос-ос-ос-ос,

Мчится быстрый паровоз.

Ис-ис-ис-ис,

А теперь поем на бис.

«Караси»

Си-си-си, си-си-си,

В водоеме караси.

Ся-ся-ся, ся-ся-ся,

Вот поймать бы карася!

Се-се-се, се-се-се,

Карасей ловили все.

Ся-ся-ся, ся-ся-ся,

Не поймали карася.

3 Произнесение фраз (скороговорки, пословицы).

Пословицы:

- У каждой ягодки своя косточка.
- Весна красна цветами, осень – грибами.
- Береги платье снову, а здоровье смолоду.
- Из спасибо шапки не сошьешь.
- Два сапога пара, и оба на левую ногу.

Скороговорки:

Корабли лавировали, лавировали, да не вылавировали.

- Расскажите про покупки,
Про какие про покупки?
Про покупки, про покупки,
Про покупочки мои.

4 Произнесение предложений с мячом.

- Земляника очень вкусная.
- Подосиновик растет под осиной.
- Синяя футболка в полоску.
- Панама защищает от солнца.
- Галоши надо носить в огороде.

5 Чтение стихотворений.

- Клюква зреет на болотах
– Собирай, кому охота!

Посмотри: всё в красных точках

На болотных мшистых кочках...

- Белый гриб Боровик
Всех грибов отличнее:
Богатырь-лесовик
С головой коричневой.

- Я сам себя в пальто одел
И рукавом свой нос задел.
Решил пальто я наказать
И без пальто пошел гулять.

6 Пропевание песни.

«Кольцо»

Ца-ца-ца-ца,

Нет у Олечки кольца.

Цо-цо-цо-цо,

Укатилось под крыльцо.

Цу-цу-цу-цу, цу-цу-цу,

Надо Ване молодцу.

Цо-цо-цо-цо, цо-цо-цо,

Достать Олечке кольцо.

«Жираф»

Чтоб жираф не был простужен,

В стужу шарф жирафу нужен,

И жена жирафу вяжет

Шесть шарфов из рыжей пряжи.

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

- Многие насекомые плохо видят, а у некоторых и вовсе нет никаких глаз. Зато глаза стрекозы занимают почти всю голову, и каждый глаз состоит из величайшего множества глазков, каждый из них может давать самостоятельное изображение. Во все стороны смотрит стрекоза и, не поворачивая головы, хватает добычу своими длинными ногами.
- Посуда – хозяйственные предметы, предназначенные для хранения продуктов, а также для еды, питья. В старину словами посуда, посудина называли небольшую лодку, судно. А различные столовые принадлежности изготавливали из дерева, придавая им затейливую форму: ложки, ладьи, суденышка.
- Животные, одомашненные человеком, называются домашними. Люди их содержат, предоставляют пищу, кров и необходимый уход. Для человека такие животные предоставляют различные материальные блага, услуги, однако могут быть и компаньонами, которые скрашивают досуг.