

Глущенко Лада Александровна

студентка

Соломатина Галина Николаевна

д-р пед. наук, доцент, профессор

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный университет»

г. Краснодар, Краснодарский край

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ С РАЗНЫМИ ФОРМАМИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ

***Аннотация:** в статье рассматриваются особенности формирования дыхания у детей с разными формами речевых нарушений. Описана роль речевого дыхания в развитии и коррекции речевых нарушений у детей. Анализируются физиологические особенности дыхательной системы, типы дыхания, а также особенности речевого дыхания у детей с различными формами речевых нарушений. Особое внимание уделяется значению диафрагмально-реберного типа дыхания, его формированию и коррекции в логопедической практике. Подчеркивается важность комплексного подхода к развитию речевого дыхания в процессе коррекции речевых нарушений.*

***Ключевые слова:** дыхание, типы дыхания, развитие дыхательной системы, тяжёлые нарушения речи, общее недоразвитие речи.*

Актуальность проблемы развития речи у детей определяется исключительной значимостью речевой функции в жизни человека. При этом центральное место в формировании речи занимает речевое дыхание, которое выступает в качестве основополагающего фактора речевого развития, демонстрируя характерные особенности у детей, имеющих нарушения речи. Речевое дыхание – особый механизм, активируемый во время речи: он предполагает глубокий вдох и длительный плавный выдох. Этот процесс – часть комплексной функциональной системы рчеобразования [8, с. 1]. Периферические органы, обеспечивающие слух, дыхание, голосообразование и артикуляцию, образуют единую систему: они

взаимодействуют между собой на различных уровнях под управлением центральной нервной системы.

У детей с различными формами речевых нарушений физиологическое дыхание зачастую значительно отклоняется от нормальных показателей, что негативно влияет на развитие речевого дыхания. Оно не может формироваться спонтанно без применения целенаправленных, здоровьесберегающих логопедических технологий. Важным условием является то, что развитие правильного дыхания должно происходить параллельно с формированием речевых навыков.

Умение ребенка произвольно управлять собственным голосовым аппаратом находится в прямой зависимости от уровня владения техникой рационального дыхания, поскольку эти функции базируются на едином физиологическом фундаменте. Правильное дыхание предполагает осуществление форсированного глубокого вдоха, за которым следует пролонгированный и контролируемый выдох. Однако у детей с патологиями речевого развития выполнение таких дыхательных движений может представлять значительную трудность, что делает систематическую работу по постановке речевого дыхания необходимой. С методической точки зрения наиболее целесообразно применять принцип поэтапного усложнения: начиная коррекцию с элементарных игровых приемов, специалист постепенно переходит к более сложным тренировочным комплексам. Такая стратегия способствует успешной автоматизации дыхательных движений и повышает уровень их осознанного контроля.

В условиях нормального онтогенеза к десятилетнему возрасту механизмы речевого дыхания обычно считаются полностью сформированными и приобретают статус произвольной функции. Тем не менее, у детей, чьи диагнозы классифицируются как тяжелые нарушения речи (ТНР), динамика созревания и этапы становления данной функции могут отличаться от возрастной нормы.

В научной литературе традиционно описываются три основных типа дыхания: ключичный (или верхнегрудной), грудной, а также диафрагмально-реберный. Ключевым фактором их разграничения служит интенсивность включения диафрагмальной мышцы в дыхательный акт. С точки зрения нормальной

физиологии, именно диафрагмально-реберный тип признается наиболее оптимальным и естественным [6, с. 12–13].

Ключичный (верхнегрудной) тип дыхания отличается поверхностным характером вдоха, при котором двигательная активность сосредоточена преимущественно в зоне плечевого пояса и ключиц. В этом случае воздушным потоком вентилируются исключительно верхушки легких, тогда как брюшная стенка и грудная клетка остаются практически неподвижными.

При грудном типе дыхания фаза вдоха сопровождается расширением грудной клетки в переднем и латеральном направлениях, что происходит за счет расхождения реберных дуг. Параллельно с этим диафрагма сокращается и смещается вверх. Такая механика обеспечивает заполнение воздухом в первую очередь средних отделов легочной ткани.

Диафрагмально-реберный тип базируется на слаженной и одновременной работе межреберной мускулатуры и диафрагмы на протяжении всего дыхательного цикла (как при вдохе, так и при выдохе). Примечательно, что плечевой пояс и верхние сегменты грудной клетки в этот момент сохраняют статичное положение.

У детей, страдающих тяжелыми нарушениями речи (ТНР), в клинической картине чаще всего доминирует грудной или ключичный тип дыхания. Дыхательная функция у них носит поверхностный характер, отличается аритмичностью и мгновенно сбивается при возникновении даже минимальных нагрузок. В ходе дыхательного акта нередко фиксируются спазматические задержки воздуха, а также произвольные дополнительные вдохи, спровоцированные форсированным сокращением диафрагмальных мышц [7, с. 26].

В условиях нормального развития ребенок перед началом высказывания осуществляет так называемый речевой вдох – интенсивный и глубокий забор воздуха. Данный механизм не только формирует требуемый воздушный запас, но и способствует поддержанию оптимального подскладочного давления, что гарантирует правильную постановку голоса и обеспечивает объем, достаточный для плавного произнесения целой фразы [9, с. 63].

По мере того, как ребенок растет и овладевает речевыми навыками, в его организме происходит закономерное становление механизма речевого дыхания. Таким образом, данный вид дыхания представляет собой комплекс осознанных психомоторных процессов, неразрывно сопряженных с формированием устного высказывания. Как подчеркивает Е.И. Тихеева, дыхательная система берет на себя не только базовую функцию обеспечения газообмена, но и параллельно участвует в процессах артикуляции и голосообразования. По сравнению с обычным физиологическим дыханием, речевое характеризуется рядом существенных отличий:

- фаза выдоха при говорении превышает по длительности фазу вдоха в 5–8 раз;

- во время речевого акта количество дыхательных движений сокращается вдвое, что закономерно приводит к двукратному увеличению продолжительности каждого отдельного дыхательного цикла;

- объем выдыхаемого воздуха возрастает до показателей 1000–1500 см³, в то время как при физиологическом дыхании в состоянии покоя этот параметр ограничен рамками около 500 см³;

- речевой вдох реализуется преимущественно через ротовую полость, а не посредством носового дыхания;

- фонационный выдох требует интенсивной работы экспираторной мускулатуры, поскольку именно мышечное усилие создает необходимое давление воздушной струи, являющееся обязательным условием для звучащей речи [10, с. 74].

Термином «тяжелые нарушения речи» (далее – ТНР) принято обозначать устойчивые и специфические патологии в развитии всех структурных компонентов речевой системы. У данной категории детей (при условии сохранного физического слуха и интеллекта) диагностируются дефекты лексико-грамматического оформления высказывания, нарушения фонематического восприятия, звукопроизношения, а также просодической стороны речи [4, с. 31–32].

Различные типы речевых нарушений сопровождаются специфическими отклонениями речевого дыхания. В частности, при дизартрии первопричиной нарушения дыхания выступает неправильная иннервация дыхательной мускулатуры. При данной патологии дыхательный ритм перестает подчиняться смысловой структуре высказывания: во время речи наблюдается учащенное дыхание, а завершение произнесения отдельных слогов или слов сопровождается поверхностными, судорожными вдохами. Фаза активного выдоха значительно сокращена, при этом воздух выходит преимущественно через носовые ходы, даже если рот ребенка находится в полуоткрытом состоянии.

В своих работах О.С. Орлова, Л.Е. Гончарук, С.Е. Уланов и ряд других исследователей, отмечают у детей с дизартрией специфический симптомокомплекс: недостаточный объем вдоха, учащенный ритм дыхания, сокращение фазы речевого выдоха, а также выраженную дискоординацию в системе «дыхание – артикуляция – фонация». Авторы выдвигают гипотезу, согласно которой подобные отклонения обусловлены ретардацией (задержкой) в созревании дыхательной системы на фоне органического поражения ЦНС [1, с. 91].

При заикании дыхание подвержено частым сбоям из-за спазматических сокращений респираторных мышц, что особенно ярко проявляется на фоне психоэмоционального напряжения. Начало речи у таких детей зачастую сопровождается шумовым выдохом, а также коротким вдохом либо выдохом, объема которого недостаточно для произнесения целой фразы. В ряде случаев у заикающихся фиксируется так называемое «озвученное» (стридорозное) дыхание, и нередко попытка говорения осуществляется непосредственно на фазе вдоха. Это закономерно приводит к укорочению выдоха: не имея возможности договорить фразу до конца, ребенок вынужден делать добор воздуха или договаривать слова на фоне выраженного мышечного напряжения, расходуя остаточный объем воздуха.

При ринолалии дыхание, как правило, учащенное и поверхностное. Фаза фонационного выдоха у таких пациентов существенно редуцирована, при этом утрачивается четкая граница между ротовым и носовым способами забора и

подачи воздуха. Анатомические дефекты в строении твердого неба неизбежно влекут за собой расстройство как физиологического, так и речевого дыхания.

В структуре общего недоразвития речи (ОНР) физиологическое дыхание также протекает с отклонениями: оно носит поверхностный характер (преимущественно верхнегрудинного типа), а его ритм отличается лабильностью, сбиваясь при малейших физических или эмоциональных усилиях. Показатели легочного объема у таких дошкольников и школьников критически отстают от возрастных норм. Развитие речевого дыхания при ОНР идет по патологическому сценарию: в момент речевого высказывания у детей фиксируются непровольные задержки воздуха, дополнительные доборы дыхания, а также спазматические сокращения грудной клетки и диафрагмальной мышцы [3, с. 52].

В силу имеющихся нарушений дети с ТНР испытывают трудности при попытках самостоятельного планирования и осуществления совместного речевого акта. Компенсация данных дефицитов возможна лишь при организации специальной развивающей среды, ресурсы которой будут целенаправленно стимулировать как физическую, так и творческую активность ребенка [2, с. 67].

Помимо речевых проблем у таких пациентов часто выявляется недоразвитие дыхательной системы, что провоцирует гипоксию (недостаточное снабжение организма кислородом). В результате дети с ТНР могут демонстрировать отставание в физическом развитии по сравнению с нормальными сверстниками, а также проявлять повышенную восприимчивость к инфекционным заболеваниям и негативным экологическим факторам [5, с. 32].

Учитывая вышеизложенное, детям с тяжелыми речевыми нарушениями необходим курс специализированной лечебной физкультуры, направленный на стимуляцию диафрагмы и постановку диафрагмально-реберного типа дыхания. Цель коррекционной работы в данном направлении заключается в приближении параметров диафрагмально-реберного дыхания и легочного объема к физиологической норме. Реализация этих мер не только формирует базу для правильной речи, но и оптимизирует общие физические показатели ребенка, благотворно влияя на состояние его здоровья и успешность образовательного маршрута.

Список литературы

1. Василенко Ю.С. Этапы фонопедической работы с больными мутационной дисфонией / Ю.С. Василенко, О.С. Орлова, С.Е. Уланов // Логопедия: методическое наследие: пособие для логопедов и студентов дефектологических факультетов педагогических вузов: в 5 кн. Кн. 1: Нарушения голоса и звукопроизводительной стороны речи. Ч. 1: Нарушения голоса. Дислалия / под ред. Л.С. Волковой. – 2007. – С. 122–127.
2. Вильсон Д.К. Нарушение голоса у детей / Д.К. Вильсон. – М., 1990. – С. 194–199.
3. Гвоздев А.Н. Вопросы изучения детской речи / А.Н. Гвоздев. – СПб.; М.: Детство-Пресс: Творческий центр Сфера, 2007. – 470 с.
4. Логопедия: учебник для студентов дефектологических факультетов педагогических высших учебных заведений / под ред. Л.С. Волковой. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Владос, 2009. – 703 с.
5. Максаков А.И. Воспитание звуковой культуры речи у дошкольников: пособие для дошкол. учреждений: для занятий с детьми от рождения до 7 лет / А.И. Максаков. – 2-е изд. – М.: Мозаика-Синтез, 2005. – 54 с. EDN QUFSYL
6. Орлова О.С. Нарушения голоса у детей: учеб.-метод. пособие / О.С. Орлова. – М., 2005. – С. 117–118.
7. Правдина О.В. Патология голоса / О.В. Правдина // Логопедия: методическое наследие: пособие для логопедов и студ. дефектол. фак. пед. вузов: в 5 кн. Кн. 1: Нарушения голоса и звукопроизводительной стороны речи. Ч. 1: Нарушения голоса. Дислалия / под ред. Л.С. Волковой. – М.: Владос, 2003. – С. 44–50.
8. Соломатина Г.Н. Нормализация функции дыхания у детей с врожденными расщелинами неба / Г.Н. Соломатина // Логопед. – 2004. – №1. – С. 17–25.
9. Таптапова С.Л. Коррекционно-логопедическая работа при нарушениях голоса: кн. для логопеда / С.Л. Таптапова. – М.: Просвещение, 1984. – 111 с.

10. Тихеева Е.И. Развитие речи детей (раннего и дошкольного возраста): пособие для воспитателей дет. сада / Е.И. Тихеева; под ред. Ф.А. Сохина. – 5-е изд., испр. – М.: Просвещение, 1981. – 159 с.