Становление речи при заикании. Работа над дыханием и голосом при коррекции заикания.

*Климова Олеся Владимировна*

*Учитель-логопед, МБДОУ д/с «Лесная сказка» г. Десногорска*

Аннотация

 В настоящее время заикание представляет собой одну из острых проблем логопедии. Во всем мире признается, что заикание является сложной проблемой как в теоретическом, так и в практическом аспектах. Проблема заикания интенсивно изучается и освещается в литературе на протяжении всего 20-го века. Научная разработка проблемы заикания в отечественной логопедии связана с именами известных психиатров И.А. Сикорского, Н.Г. Неткачева и В.А. Гиляровского.

В настоящее время интерес к проблеме не падает, более того, начиная с 1994 года регулярно проходят Международные симпозиумы, посвященные только проблеме заикания. Эти научные конгрессы собирают более тысячи ученых из стран всего мира. Регулярно издается международный специальный журнал “Fluen y Disorders” (“Нарушение плавности”), который также посвящен этой монопроблеме. Огромный интерес ученых всего мира к проблеме заикания свидетельствует о ее актуальности.

В отечественной логопедии разработан оригинальный подход в оценке клинической картины заикания. Выделение двух клинических форм заикания — невротической и неврозоподобной — позволяет наиболее полно оценить не только судорожные проявления в речи заикающихся, но и особенности личности как в начальный период развития заикания, так и при его хронификации. Помимо судорожных запинок, заикание включает в себя нарушения высшей нервной деятельности, связанные в одних случаях с органическим поражением ЦНС, в других случаях — с невротической реакцией. Наблюдаемая при заикании хронификация процесса вызывает, как правило, вторичную невротизацию в качестве реакции личности на основное заболевание, что делает заикание сложнейшим патологическим процессом, который может сопровождать человека всю его жизнь.

 В настоящее время от логопеда требуется не только знание практических приемов коррекции речи при заикании, но и понимание целостной клинической и психолого-педагогической картины этого сложного патологического состояния, а также знаний клинических проявлений невротических и неврозоподобных состояний. Только при этом условии могут быть правильно интерпретированы психофизиологические, психологические и психолого-педагогические данные о заикающихся, что и определяет направление реабилитационных, а также профилактических мероприятий.

Форма проведения: сообщение.

 Становление речи при заикании.

 Первоначально развитие речи у заикающихся детей (понимание и активное пользование ею) чаще всего происходит так же, как и у нормально говорящих сверстников. Отдельные слова у них появляются в возрасте около одного года, фраза — к двум годам. Заикание, как правило, возникает в период овладения фразовой речью, примерно от двух до четырех лет.

 В большинстве случаев заикание наступает постепенно, начинаясь с легкой прерывистости речи по типу физиологических затруднений, сопровождающих переход к фразовой речи. В благоприятных условиях прерывистость речи быстро исчезает, уступая место нормальной регуляции речевого акта. В неблагоприятных условиях прерывистость речи усиливается, переходя в заикание. Чаще всего заикание возникает тогда, когда переход от общения в ситуации наглядности к чисто словесным его формам происходит недостаточно постепенно, с непомерной активизацией этого процесса. Овладевая речью в общении с окружающими людьми, ребенок заимствует сложное содержание и построение речи, которое ему непосильно. Поэтому причиной заикания нередко становится усиленное развитие речи, поощряемое родителями, заучивание и пересказ не по годам сложного речевого материала, ранние выступления при посторонних, воспитание детей без учета особенностей их нервной системы.

 Заикание является выражением самых разнообразных затруднений в овладении коммуникативной функцией речи. Оно обычно усиливается в ситуации общения и ослабевает в условиях речи, обращенной к себе, а не к другим. По-разному протекает общение ребенка со взрослыми и детьми, с близкими и незнакомыми, с детьми старше и моложе себя, в коллективе или с единичным собеседником. Вне общения ребенок полностью освобождается от прерывистой речи. Он не заикается в речи без видимого собеседника или с мнимым собеседником, как это бывает в игре, когда ослабевает коммуникативная ответственность.

Проявления заикания связаны с тем, что дети начинают затрудняться в построении речи, не всегда могут быстро и точно подобрать нужные слова, иногда создается впечатление, что в момент высказывания они не могут вспомнить названия некоторых предметов, действий, качеств, хотя имеют достаточный по возрасту запас знаний и представлений. Самостоятельные высказывания детей начинают сопровождаться повтором слов, слогов, звуков, паузами при поиске слов.

 При наличии нормального объема активного словаря и достаточной сформированности грамматического строя речь дошкольников изобилует вставными словами и звуками: ну, вот, как его, и, э и др. В самостоятельных развернутых высказываниях часто встречаются незаконченные предложения, неточные, приближенные по смыслу ответы на вопросы, часто их рассказы бывают непоследовательными. Подробно описывая малозначащие детали, дети упускают главное содержание мысли. Некоторые заикающиеся говорят в более быстром темпе по сравнению со своими незаикающимися сверстниками. Довольно часто заикание сопровождается сопутствующими или насильственными движениями (подергиванием век, морганием, постукиванием пальцами, притоптыванием и т. д.).

 У заикающихся детей отмечаются специфические особенности общего и речевого поведения: повышенная импульсивность высказывания и в связи с этим недоучет точного содержания речи собеседника, слабость волевого напряжения, замедленное или опережающее включение в деятельность, неустойчивость внимания, несобранность, неумение вовремя переключиться с одного объекта на другой. Все это проявляется на фоне быстрой утомляемости, повышенной истощаемости и ведет к различного рода ошибкам при выполнении заданий.

 Некоторые из указанных особенностей свойственны и незаикающимся дошкольникам, но у заикающихся детей они выражены более ярко. У данной категории детей чаще проявляется резкая неустойчивость внимания, пониженная регуляция и саморегуляция деятельности.

Указанные особенности определяют специфичность задач коррекционно-развивающего воздействия.

 Формирование речевого дыхания.

Одним из постоянных признаков заикания является нарушение речевого дыхания. Помимо возможности появления судорожной активности в мышцах дыхательного аппарата, нарушение речевого дыхания у заикающихся выражается в следующих показателях: недостаточный объем вдыхаемого воздуха перед началом речевого высказывания, укороченный речевой выдох, несформированность координаторных механизмов между речевым дыханием и фонацией.

Работа по формированию речевого дыхания включает в себя следующие этапы:

1) Расширение физиологических возможностей дыхательного аппарата (постановка диафрагмально-реберного дыхания и формирование длительного выдоха через рот).

2) Формирование длительного фонационного выдоха.

3) Формирование речевого выдоха.

Формирование речевого выдоха имеет принципиальное значение для организации плавной речи. Известно, что плавность речи — это целостное непрерывное артикулирование интонационно-логически завершенного отрезка высказывания в процессе одного непрерывного выдоха.

Учитывая то, что у заикающихся отмечается поверхностное, недостаточно регулярное дыхание, при котором мышцы грудной клетки, особенно мышцы верхнего плечевого пояса, находятся в состоянии излишнего напряжения, большинство практиков использует в коррекции заикания постановку диафрагмально-реберного дыхания, которое часто называют диафрагмальным. При этом типе дыхания особое значение имеет работа мышц брюшного пресса.

Постановку диафрагмально-реберного дыхания начинают в положении лежа. Оптимально, чтобы постановка диафрагмального дыхания проводилась на фоне мышечного расслабления. Как правило, в этот период заикающиеся уже знакомы с элементами релаксации.

В дошкольном возрасте формирование диафрагмального дыхания необходимо проводить на начальном этапе в положении лежа. В этом положении мышцы всего тела слегка расслабляются и диафрагмальное дыхание без дополнительных инструкций устанавливается автоматически.

В дальнейшем для тренировки диафрагмального дыхания, его силы и длительности используют различные игровые приемы. При этом должны быть учтены следующиеметодические указания.

1. Дыхательные упражнения должны быть организованы таким образом, чтобы ребенок не фиксировал внимание на процессе вдоха и выдоха.

2. Для детей дошкольного возраста дыхательные упражнения организуются в виде игры так, чтобы ребенок непроизвольно мог сделать более глубокий вдох и более длительный выдох.

3. Все упражнения на тренировку речевого дыхания связаны с выполнением двух основных движений: руки из положения “в стороны” движутся “кпереди” с обхватом грудной клетки, или из положения “вверху” движутся вниз. Движения корпусом, как правило, связаны с наклоном вниз или в стороны.

4. Большинство упражнений для детей дошкольного возраста включают выдох с артикуляцией согласных (в основном щелевых) или фонацией гласных звуков, что позволяет логопеду на слух контролировать длительность и непрерывность выдоха, а в дальнейшем формирует у ребенка обратную биологическую связь.

 Работа над формированием диафрагмального выдоха.

Заикающийся находится в положении лежа на спине. Рука ребенка лежит на верхней части живота (диафрагмальная область). Внимание ребенка обращается на то, что его живот “хорошо дышит”. Можно положить на живот игрушку для привлечения внимания. Это упражнение длится в среднем 2-3 минуты. Упражнение должно выполняться без усилий, чтобы избежать гипервентиляции и повышения мышечного тонуса.

Приемов, направленных на формирование диафрагмального выдоха, существует в практике довольно много (В.И. Селиверстов, 1987, и др.).

У детей более старшего возраста, подростков и взрослых тренировка диафрагмального дыхания может происходить более осознанно.

Тренировка речевого дыхания также начинается в положении лежа на спине. Предлагается расслабиться. Ладонь одной руки кладется на область диафрагмы. Обращается внимание на движения передней стенки живота при естественном вдохе и выдохе. При вдохе рука поднимается, при выдохе рука опускается, соответственно движению передней стенки живота.

После того, как натренировано движение диафрагмы в положении лежа, надо повторить то же упражнение в положении стоя: положить руку на область диафрагмы и сделать вдох, рука должна ощутить то же движение, что и в положении лежа.

Полезно также проверить “глазом”, как изменяется объем грудной клетки. Заикающиеся встают перед большим зеркалом, чтобы понаблюдать за дыхательными движениями грудной клетки. Обращается внимание на то, что во время вдоха плечи не должны подниматься.

Длительность и сила выдоха могут тренироваться в таких упражнениях, как:

1. Выдох под мысленный счет (вдох на счет 1-2-3; выдох: 4-5-6-7-8 до 15).

2. Произнесение на выдох щелевых звуков (с, ш, ф и др.), контролируя длительность выдоха секундомером.

3. “Прокатить выдохом” воображаемый ватный шарик по длине всей руки и пр. Силу диафрагмального выдоха можно тренировать в упражнениях типа: “Задуй пламя свечи” и др.

В дальнейшем диафрагмальный тип дыхания надо тренировать при выполнении физических упражнений (ходьба, наклоны и повороты туловища и пр.).

Небезуспешно используется в работе над постановкой диафрагмального дыхания парадоксальная гимнастика А.Н. Стрельниковой.

Одной из распространенных ошибок в работе по формированию речевого дыхания является чрезмерное наполнение легких воздухом во время вдоха. Слишком большой вдох создает излишнее напряжение дыхательных мышц, создает условия для гипервентиляции.

Зачастую неправильная организация работы по развитию речевого дыхания сопровождается фиксацией внимания заикающихся на акте вдоха и другими осложнениями. Поэтому при работе с заикающимися над речевым дыханием все инструкции должны касаться только процесса выдоха. (Исключение составляет парадоксальная дыхательная гимнастика А.Н. Стрельниковой).

Следующим этапом работы является развитие длительного фонационного выдоха. Формирование фонационного выдоха является основой для развития координаторных взаимоотношений между дыханием, голосом и артикуляцией. Во избежание фиксации внимания на процессе вдоха инструкция должна касаться только длительности произнесения звука.

Как правило, тренировка фонационного выдоха начинается с длительного звучания гласных.

После того как заикающиеся освоят длительное произнесение одного гласного на выдохе, предлагается произнести слитно сочетание их двух гласных на одном выдохе А\_\_\_\_\_\_ О\_\_\_\_\_\_.

Постепенно наращивается количество гласных звуков, произносимых на одном выдохе в следующем порядке: А — О — У — И (эталон гласных звуков). Данный этап работы может проводиться уже в период молчания или охранительного речевого режима.

Диафрагмальный вдох и выдох во время выполнения этих упражнений заикающийся может контролировать ладонью, положенной на область диафрагмы. Помимо слухового контроля длительность фонационного выдоха можно контролировать плавным движением руки.

Значительно успешнее развивается фонационное дыхание как у детей, так и у взрослых, при использовании компьютерных программ “Видимая речь”.

Третий этап работы над дыханием включает формирование собственно речевого выдоха. В упражнения вводятся слоги, слова, фразы.

Усвоение навыков, связанных с развитием речевого выдоха, идет с разной скоростью при невротической и неврозоподобной формах заикания. Так, у заикающихся с невротической формой речевой патологии быстро восстанавливается координация между механизмом дыхания и фонации. Несмотря на видимую легкость, с которой они быстро усваивают весь набор предлагаемых им упражнений, необходимо сохранять строгую последовательность в предъявлении этих заданий и в длительности тренировок.

При неврозоподобном заикании координаторные взаимоотношения между работой голосового аппарата и дыханием формируются с трудом. При усвоении новых навыков необходимо не только объяснение, но и многократный показ, подключение различных видов контроля (слуховой, визуальный, кинестетический). Тренировка должна быть систематической, длительной и включаться во все виды занятий, проводимых с заикающимися.

Поскольку формирование речевого дыхания тесно связано с формированием навыка рациональной голосоподачи и голосоведения, то эти задачи решаются практически одновременно.

 Работа над голосом.

 Практические логопеды знают, что уже в дошкольном возрасте голос заикающихся может отличаться от нормы по своим качественным признакам.

 При определении нормы голоса подразумевают достаточную его силу для речевой практики, включая динамический диапазон, высоту голоса (частота основного тона) с частотным диапазоном, соответствующим полу и возрасту.

 У заикающихся нередко наблюдаются локальные напряжения мышц голосового аппарата (“зажимы”), что ухудшает характеристики голоса. Встречаются также дисфонические расстройства.

В задачу работы над голосом входит:

1) развитие силы и динамического диапазона голоса;

2) формирование навыков рациональной голосоподачи и голосоведения;

3) развитие мелодических характеристик голоса.

 Начальные этапы работы над голосом могут быть включены в период “щадящего речевого режима” или “режима молчания”. Работа начинается с изолированного произнесения гласных звуков.

 Точное, четкое, ясное и полнозвучное произношение гласных звуков обеспечивает выразительность речи. За счет изменения звучания гласных возможно в дальнейшем применение других техник: замедление темпа речи; выравнивание послогового ритма; использование “полного стиля” произношения. В основном за счет гласных звуков возможно интонационно окрасить речь и, главное, достичь ее слитного и плавного произнесения.

 Работу над голосом можно проводить в следующей последовательности:

Занимающимся предлагается сделать диафрагмальный вдох и на выдохе произнести длительно, растягивая на весь выдох, звук “а”. Звук должен произноситься легко и свободно, при средней степени звучания голоса. Рот должен быть широко открыт, при этом звук “посылается” вперед. Следует следить за тем, чтобы заикающиеся не произносили звук на “остаточном” выдохе, т.е. чтобы начало выдоха и фонации совпадали во времени.

 Затем таким же образом предлагается протянуть гласный “о”. Для объяснения рациональной артикуляции гласного “о” можно использовать образ: “пинг-понговый шарик во рту”.

 При произнесении гласного “у” обращают внимание на то, что губы вытянуты вперед, при “и” — губы растянуты в улыбку, при звуке “э” — рот слегка полуоткрыт и т.д.

 В развитии речевого голоса у заикающихся учитывают атаку звука и регистр голоса.

Под атакой звука понимают начало звука, т.е. включение в работу голосовых складок. Атака звука зависит от плотности смыкания голосовых складок и силы выдоха. Существуют три вида атаки звука: твердая, мягкая и придыхательная. При придыхательной атаке звука сначала слышится легкий шум выдоха, а затем слышится звук, похожий на “Х-А-А-А”. При мягкой атаке момент смыкания голосовых складок и момент начала выдоха совпадают. Звук получается мягкий, богатый обертонами. При твердой атаке сначала смыкаются голосовые складки, а затем осуществляется выдох. Звук получается твердый, часто резкий.

 Заикающиеся обучаются начинать произнесение каждого гласного с “мягкой” голосоподачи, или атаки. Логопед дает образец “твердой” атаки, т.е. резкого начала гласного звука и “мягкой” атаки, или мягкого “вплывания” в звук. После чего заикающиеся упражняются в подаче звука на мягкой атаке, произнося гласные и их сочетания, а затем слова и фразы, начинающиеся с гласного звука.

В речевом голосе принято выделять три регистра:

— грудной, или нижний регистр, в котором преобладает грудное резонирование;

— смешанный или средний регистр;

— головной или верхний регистр, в котором преобладает головное резонирование.

При работе над голосом заикающихся учат добиваться плавного перехода из регистра в регистр.

В самом начале работы над голосом заикающиеся обучаются использовать грудной резонатор, так как это снижает напряжение голосовых складок.

При обучении использованию грудного резонатора гласные звуки даются в следующей последовательности: А, О, У, И, Э. Такая последовательность связана с тем, что звук А содержит в себе резонирование как высоких, так и низких тонов; звуки О, У относятся к резонаторам низких тонов, звуки И, Э — к резонаторам высоких тонов.

Детям предлагают в игровой форме произнести звуки низким и высоким голосом, используя для этого различные игровые упражнения.

Например, “Как гудит большой паровоз (на звук У-У-У), а как маленький паровозик?” и т.д.

“Как рычит большой медведь низким голосом (на звук И-И-И), а как рычит маленький медвежонок высоким голоском?”

У взрослых для ощущения звука в грудном резонаторе можно предложить произнести гласный А низким голосом, при этом ладонь приложить к грудине, слегка постукивая по ней. Заикающийся должен ощутить легкую вибрацию в области груди. Постановка диафрагмального дыхания и включение в звучание голоса нижних резонаторов позволяют поставить голос на “опору”. Эта снимает излишнее напряжение голосовых складок, стенок гортани и глотки, т.е. способствует снятию “зажимов”.

При постановке голоса очень важно вызвать у заикающегося ощущение “открытой глотки”, которое закрепляется при произнесении гласных звуков. Важно, чтобы нижняя челюсть была расслаблена.

Использование диафрагмального дыхания, использование нижнего резонатора, ощущение “открытой глотки” и расслабленной нижней челюсти позволяет литься голосу свободно и легко. На этом этапе начинается работа над развитием интонационно-мелодических характеристик.

Перед заикающимися ставится задача, используя ряд гласных звуков, менять высоту голоса, придавать ему речевые интонации вопроса, ответа, удивления; передавать голосом различные эмоциональные состояния радости, печали и пр. Работа над голосом продолжается затем на материале автоматизированных рядов, слов, словосочетаний и фраз.

Таким образом, формирование рациональной голосоподачи плавно переходит в развитие просодической стороны речи.

Заикающиеся обучаются слитно произносить длинный ряд гласных (АоуиАоуиАоуиАоуи) при непрерывном артикулировании на одном речевом выдохе. Такое слитное произнесение обеспечивается непрерывнымголосоведением. Оно должно обязательно сопровождаться интонационным модулированием голоса. Этот навык в дальнейшем переносится на слитное произнесение синтагмы.

Работа над голосом должна быть систематической, регулярной, длительной и проходить на всех этапах коррекционной работы. Объем работы над голосом и методические приемы зависят от возраста заикающегося. Чем младше ребенок, тем в большей степени работа над голосом должна идти по принципу подражания. Это указывает на большое значение состояния голоса у родителей, воспитателей и, тем более, логопеда.

Приемы постановки голоса описаны во многих руководствах (Н.П. Вербовая и др., 1977; М.И. Буянов, 1989; Э.М. Чарели, 1991; Л.3. Арутюнян, 1993 и др.).

Работа над голосом должна быть систематической, регулярной, длительной и проходить на всех этапах коррекционной работы. Объем работы над голосом и методические приемы зависят от возраста заикающегося. Чем младше ребенок, тем в большей степени работа над голосом должна идти по принципу подражания. Это указывает на большое значение состояния голоса у родителей, воспитателей и, тем более, логопеда.

Список литературы:

1. Поварова И.А. Заикание: диагностика и коррекция темпоритмических нарушений устной речи. Монография.– СПб.: Речь, 2005.
2. Поварова И.А. Практикум для заикающихся.– СПб.: «Издательство СОЮЗ», 2000.
3. Волкова Г.А. Логопедическая ритмика: Учеб. для студ. высш. учеб, заведений - М: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. - 272 с. - (Коррекционная педагогика).