

Серия «Логопедические технологии»

Л. И. Белякова, Н. Н. Гончарова, Ю. О. Филатова,
Т. Г. Хатнюкова-Шишкова

Здоровьесберегающие технологии развития речи у детей

ФОРМИРОВАНИЕ РЕЧЕВОГО ДЫХАНИЯ



Москва
2017

Рецензенты:

Е. В. Лаврова, кандидат педагогических наук;

Т. А. Болдырева, кандидат психологических наук

Белякова Л. И., Гончарова Н. Н., Филатова Ю. О., Хатнюкова-Шишкова Т. Г.

346 Здоровьесберегающие технологии развития речи у детей. Формирование речевого дыхания. — М.: Национальный книжный центр, 2017. — 80 с. (Логопедические технологии.)

ISBN 978-5-4441-0233-6

В пособии представлена инновационная логопедическая технология развития физиологического и речевого дыхания у детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста с речевыми нарушениями. Технология является здоровьесберегающей и здоровьеразвивающей, поскольку расширение физиологических возможностей дыхания и управление им в процессе речи является базовым как для укрепления здоровья детей, так и для коррекции нарушений речи.

В книге дано описание физиологической основы базовых компонентов устной речи: дыхания, голоса, артикуляции; обоснована необходимость работы над физиологическим и речевым дыханием в системе педагогической работы с детьми, имеющими разные нарушения речи. Предложена система инструментальной оценки дыхательной функции, доступная для педагогов. Представлена логопедическая технология, направленная на поэтапное формирование физиологического дыхания, фонационного выдоха, координацию дыхания и речевой артикуляции, что ведет к развитию плавности речи у детей с речевыми расстройствами.

Адресовано учителям-логопедам, воспитателям, учителям начальных классов, студентам логопедических отделений вузов и родителям.

ББК 74.3

*Оригинал-макет данного издания является собственностью
ООО «Национальный книжный центр» (НКЦ),
и его воспроизведение любым способом
без согласия правообладателя запрещено*

© Белякова Л. И., Гончарова Н. Н.,
Филатова Ю. О.,
Хатнюкова-Шишкова Т. Г., 2016

© Оформление. ООО «Национальный
книжный центр», 2017

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	5
АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РЕЧЕВОГО ДЫХАНИЯ И ЕГО ИЗУЧЕНИЕ	7
Анатомия и физиология дыхания	7
Диафрагма, ее роль в дыхании	9
Развитие дыхательной функции, фонационного и речевого дыхания у детей, их участие в развитии речи	12
Инструментальные методы оценки дыхательной функции, фонационного и речевого дыхания	14
ОСОБЕННОСТИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО И РЕЧЕВОГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ	15
ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩАЯ ТЕХНОЛОГИЯ РАЗВИТИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ И РЕЧЕВОГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ	18
I ЭТАП. Подготовка к развитию грудобрюшного типа дыхания по традиционной методике	21
II ЭТАП. Развитие грудобрюшного типа дыхания с включением элементов дыхательной гимнастики А. Н. Стрельниковой	27

III ЭТАП. Развитие фонационного выдоха	52
IV ЭТАП. Развитие речевого дыхания	58
V ЭТАП. Развитие речевого дыхания в процессе произнесения прозаического текста	67
ПРИЛОЖЕНИЯ	70
Перечень музыкальных произведений, рекомендуемых для использования на занятиях по развитию дыхания у детей с нарушениями речи	72
Список рекомендуемой литературы.	73

ВВЕДЕНИЕ

Развитие речи у детей с речевыми расстройствами требует применения здоровьесберегающих технологий, к которым в первую очередь относится технология развития дыхательной функции.

Развитие дыхательной функции как для ребенка, не имеющего речевых нарушений, так и, в особенности, для ребенка с речевыми расстройствами является необходимым. Это связано с тем, что дыхание, во-первых, является базовой функцией жизнедеятельности организма, а во-вторых, оно обеспечивает работу голоса, а значит — в целом устную речь и ее интонационные и звукопроизносительные характеристики. 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. Сформированное речевое дыхание физиологически обеспечивает плавность устного высказывания как общую характеристику ритмически организованной речи. Это качество речи способствует ясности изложения, а значит — лучшему пониманию речи собеседником.

Речевое дыхание представляет собой систему произвольных психомоторных реакций, тесно связанных в онтогенезе с развитием устной речи, ее звукопроизводительной и интонационной сторон. Характер речевого дыхания подчинен внутреннему речевому программированию, а значит — семантическому и лексико-грамматическому наполнению высказывания.

У детей с речевыми нарушениями физиологическое дыхание имеет существенные отклонения от нормы. Это отрицательно влияет на становление у них речевого дыхания, которое не может развиваться спонтанно, без применения направленных здоровьесберегающих логопедических технологий.

В учебно-методическом пособии даны:

- » анатомио-физиологические основы дыхательной функции;
- » инструментальная оценка объема легких у ребенка;
- » возможность регистрации длительности фонационного и речевого выдохов;
- » характеристики физиологического и речевого дыхания у детей с нарушениями речи.

Представлена здоровьесберегающая логопедическая технология развития речи у детей с речевыми нарушениями (формирование речевого дыхания), которая включает следующие направления:

- » становление грудобрюшного типа дыхания;
- » развитие длительности фонационного выдоха;
- » формирование собственно речевого дыхания.

Разработана программа учебной дисциплины «Формирование речевого дыхания», входящей в учебный план подготовки бакалавров по направлению «Логопедия».

АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РЕЧЕВОГО ДЫХАНИЯ И ЕГО ИЗУЧЕНИЕ

Анатомия и физиология дыхания

Дыхание является важнейшей функцией жизнеобеспечения организма в связи с тем, что оно осуществляет газообмен. Благодаря дыхательному центру продолговатого мозга и высшим отделам центральной нервной системы образуется единая ритмически функционирующая система дыхания. Важнейшим свойством, присущим сложно организованной нервной структуре дыхательного центра, является его врожденный автоматизм, поддерживающий ритмическую смену фаз дыхательного цикла «вдох — выдох».

Анатомически дыхательная система представляет собой комплекс образований, включающий: диафрагму, легкие с бронхами, трахею, гортань, ротовую и носовую полости, что схематически представлено на рис. 1.

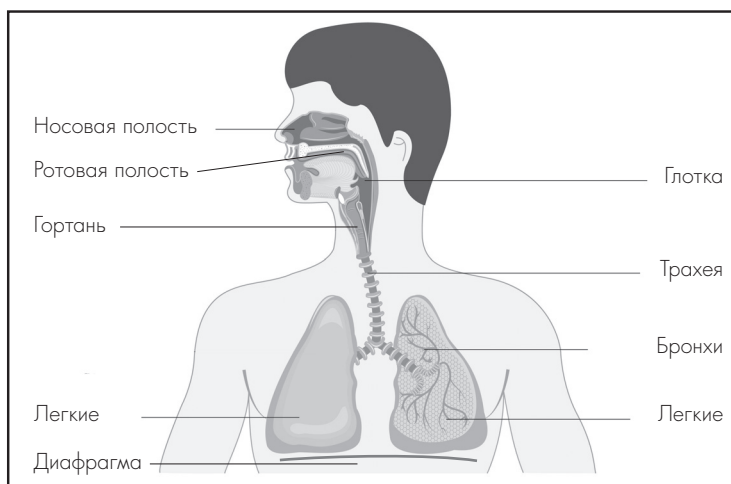


Рисунок 1. Дыхательная система организма

Дыхательные пути образуют непрерывный открытый проход воздуха, ведущий в легкие. Легкие являются основным органом дыхания, и именно в них происходит газообмен, при этом красные кровяные клетки отдают свой углекислый газ обратно в воздух и набирают новый кислород. Помимо того, что носовая, ротовая полости и глотка являются внутренней частью дыхательного аппарата, они участвуют в процессе увлажнения и нагревания воздуха перед его поступлением в гортань.

Правое и левое легкое состоят из разного количества долей (рис. 2).

Передвижение воздуха во время вдоха и выдоха осуществляется благодаря попеременному увеличению и уменьшению размеров грудной клетки. Расширение грудной клетки вызывают два механизма: поднятие ребер и уплощение диафрагмы за счет ее сокращения.

К основным мышцам, участвующим в дыхании, кроме диафрагмы, относятся мышцы грудной клетки и межреберные мышцы. Для вдоха требуется значительное напряжение всех мышц. Для осуществления выдоха не требуется сокращений большого количества мышц, т.к. он осуществляется за счет расслабления диафрагмы.

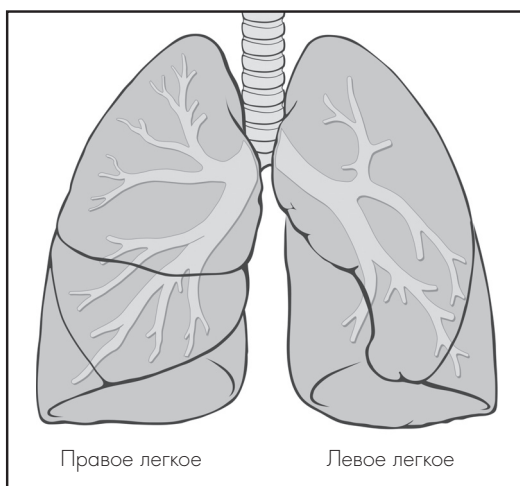


Рисунок 2. Легкие

Диафрагма, ее роль в дыхании

Диафрагма является уникальной непарной мышцей. Ее работа зависит от мышечного тонуса, внутрибрюшного давления, состояния брюшного пресса (т.е. мышц живота), положения тела. Помимо этих функциональных особенностей объем дыхания зависит от формы грудной клетки и конституции человека. Важными показателями положения диафрагмы как грудобрюшной преграды являются возраст и пол: у подростков она расположена выше, чем у взрослых, у женщин выше, чем у мужчин.

Диафрагма играет особую роль в процессе дыхания. Во многих исследованиях подчеркивается, что она является основной дыхательной мышцей, которая изменяет объем грудной клетки. Мышечная активность диафрагмы включена в течение всей фазы вдоха и продолжается до начала фазы выдоха.

При сокращении диафрагмальной мышцы, наряду с активизацией грудных и межреберных мышц, происходит вертикальное увеличение грудной клетки и снижение внутригрудного давления. Благодаря этому происходит вдох.

Такое дыхание называется *полным, смешанным или грудно-брюшным*. Принято считать его наиболее оптимальным. Преимущества такого типа дыхания заключаются в следующем: расширяется нижний отдел грудной клетки, расправляются легкие, в связи с чем улучшаются условия газообмена. На рисунке 2 показано, почему верхнереберный тип дыхания не является физиологически оправданным, т.к. при нем используется верхняя, наименьшая по объему, доля. Нормальная глубина вдоха осуществляется сравнительно небольшими по своей амплитуде движениями грудной клетки, поэтому нормальный вдох является незаметным для внешнего наблюдения.

Для педагога важным является то, что при полном вдохе имеется выпячивание брюшной стенки. Этот показатель может использоваться и в технологиях развития дыхательной функции при постановке голоса.

В процессе устной речи в диафрагмальной мышце производятся тонкие колебательные движения, которые по времени соответствуют произнесению звуков речи. Эти сокращения диафрагмальной мышцы «наслаиваются» на постепенное расслабление мышцы, которое соответствует процессу речевого выдоха. В отличие от физиологического дыхания диафрагма при речевом выдохе сохраняет активное состояние до конца выдоха. Это «сотрудничество» диафрагмы с грудными мышцами создает «опору» дыханию и произносимому звуку. Центральные механизмы четко регулируют и координируют сокращение диафрагмальной мышцы в процессе речевого выдоха и самого производства речи.

По признаку участия диафрагмы в речевом процессе диафрагмальную мышцу считают речевой.

В процессе речи органы дыхания, наряду с основной физиологической функцией газообмена, играют также голосообразующую роль. В отличие от физиологического, речевое дыхание представляет собой систему произвольных психомоторных реакций, тесно связанных с производством устной речи и процессом ее развития в онтогенезе. Дыхание в процессе речи имеет существенные отличия, обусловлен-

ные особыми требованиями. Вдох в начале речи характеризуется быстротой и бóльшим, по сравнению со спокойным дыханием, объемом воздуха. Глубина вдоха значительно варьирует в зависимости от внутреннеречевого программирования последующего высказывания. В процессе речи вдох осуществляется только через рот. Особое значение в это время имеет произвольный характер длительности выдоха, что регулируется напряжением межреберных и грудных мышц. Длительность речевого выдоха подчинена и зависит от семантического и лексико-грамматического наполнения высказывания. Речевой выдох меняется не только от объема информации, которую сообщает говорящий, но и зависит от силы голоса, ритмоинтонационной стороны речи. В связи с этим выдох осуществляется медленнее по сравнению с физиологическим, не имеет перерывов на дополнительные вдохи.

В целом речевое дыхание, т.е. моменты речевых вдохов и процессы речевых выдохов, согласуются с лингвистической конструкцией текста и совпадают с синтагматическими паузами. Эти паузы являются универсальным средством членения речи на интонационно-смысловые единицы. Они возникают на границе между предложениями и между синтагмами в ходе устного высказывания.

Таким образом, речевое дыхание является физиологической основой реализации устной речи и внешним проявлением внутренней программы.

Развитие дыхательной функции, фонационного и речевого дыхания у детей, их участие в развитии речи

Структурно-функциональные основы дыхательной системы закладываются еще до рождения ребенка. Начиная с первого вдоха, завершается расправление легочной ткани, усиление легочного капиллярного кровотока, что обеспечивает эффективную вентиляцию легких и стабилизацию насыщения артериальной крови кислородом.

У детей первых дней жизни в период бодрствования дыхание отличается неравномерным характером при сравнительно однообразной форме дыхательного движения и небольшими колебаниями тонуса мускулатуры, участвующей в дыхании. В возрасте от 7–8 дней жизни до 2,5–3 месяцев дыхательные движения остаются крайне непостоянными по ритму, глубине и скорости протекания фаз дыхательного цикла. В первые месяцы жизни тонус дыхательной мускулатуры почти непрерывно и беспорядочно колеблется. Лишь с 4–5-го месяцев жизни дыхательные движения становятся менее хаотичными, упорядочивается ритм дыхания, в то время как амплитуда, форма дыхательного движения и тонус мускулатуры все еще остаются неустойчивыми: в дыхании участвуют то мышцы живота, то диафрагма и мышцы грудной клетки. Характер дыхания изменяется очень медленно в течение последующих лет жизни ребенка. При этом параллелизм в выравнивании различных показателей дыхания отсутствует: быстрее всего выравнивается ритм, медленнее — форма, еще более медленно — глубина дыхательных движений и тонус мускулатуры. Грудобрюшное и равномерное дыхание устойчиво формируются только к 13–14 годам.

Фонационное дыхание, т.е. дыхание во время крика, плача, произнесения гласных звуков, используется рано. Новорожденные дети могут достаточно длительно производить крик на одном выдохе. В младшем возрасте это дыхание можно отнести к физиологическому, хотя оно осуществляет

не только процессы газообмена, но и участвует в произнесении звука, т.е. фонации. Термин «фонация» можно считать синонимом понятия «голособразование».

Последовательность развития дыхательной функции у ребенка. У младенцев в первые 1–2 месяца жизни отмечается инфантильная схема дыхания: преобладание диафрагмального дыхания, т.е. дыхания «животом», большая его частота, недостаточная глубина и неустойчивый ритм. Уже в первые месяцы жизни ребенка идет подготовка дыхательной системы к реализации голосовых реакций. В процессе гуления, лепета и последующих этапов речевого развития эти предпосылки тренируются и достигают достаточно хорошего уровня координаторного взаимодействия. С 1 года до 3 лет речевые возможности ребенка ограничиваются пословной речью и короткими дву-трехсловными фразами. Такая речь произносится как во время выдоха, так и во время вдоха. Только к 3 годам произнесение слова в фазе выдоха происходит достаточно стабильно.

У здоровых детей в 4–6-летнем возрасте, не имеющих нарушений речи, грудобрюшное и речевое дыхание находятся в стадии интенсивного формирования. К 5 годам у детей начинает наблюдаться в основном грудобрюшной тип дыхания, хотя нередко (при беге, волнении, в разговоре со взрослым и т.д.) они могут дышать всей грудью, даже поднимая плечи. Простые речевые задачи детьми 5–6 лет реализуются на фоне сформированного речевого выдоха. В процессе одного речевого выдоха они могут произносить трех-четырёхсловные фразы с общеупотребительной лексикой, стихотворные тексты с короткими строфами.

В этом возрасте усложнение речевой задачи в виде четырех-пятисловных фраз, введение новых для ребенка слов приводит к нарушению речевого дыхания, так же как и усложнение содержания высказывания как в семантическом, так и в лексико-грамматическом плане. Это проявляется в том, что ребенку бывают необходимы дополнительные вдохи, задержка дыхания в процессе высказывания и т.п., что вызывает его прерывистость и отсутствие интонационной завершенности. Отмечается «захлебывающаяся» речь, ког-

да слова произносятся в процессе как выдоха, так и вдоха. Торопливое произнесение фраз без перерыва и на вдохе, укороченный выдох или неправильно направленная воздушная струя могут приводить к искажению звуков в речи.

Только к 10 годам произнесение сложной фразы детьми, как и взрослыми людьми, в спокойном эмоциональном состоянии всегда происходит в пределах одного речевого выдоха, т.е. речевой выдох растягивается во времени в соответствии с длиной запланированного высказывания. Таким образом, к 10 годам происходит становление речевого дыхания, которое начинает соответствовать синтагматическому делению текстов.

Инструментальные методы оценки дыхательной функции, фонационного и речевого дыхания

Для проведения обследования дыхательной функции используются такие приборы, как пикфлоуметр, спирометр детский. С помощью пикфлоуметра определяется объемная пиковая скорость форсированного выдоха, с помощью спирометра — объем воздуха в легких. Полученные данные заносятся в протокол изучения дыхательной функции (см. Приложение 1) и позволяют объективно оценить не только показатели дыхательной функции, но и их динамику в процессе коррекционных занятий.

Длительность фонационного выдоха определяется с помощью секундомера при наблюдении за произнесением гласных звуков при соответствующих инструкциях (см. Приложение 2).

Речевое дыхание оценивается по длительности проговаривания заданного речевого отрезка на протяжении одного выдоха. Каждый речевой отрезок (изолированный слог — слово — фраза) измеряется по количеству слогов.

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО И РЕЧЕВОГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

Физиологическое дыхание детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста с речевыми нарушениями имеет свои особенности. Оно, как правило, поверхностное, используется неоптимальный тип наполнения легких (верхние или средняя доля, см. рис. 2), ритм его недостаточно устойчив, легко нарушается при физической или эмоциональной нагрузке. Объем легких у таких детей существенно ниже возрастной нормы.

Дети с нарушениями речи не могут производить длительный фонационный и речевой выдох, что также свидетельствует о малом объеме легких.

Если в онтогенезе речевое дыхание у детей без отклонений в развитии формируется спонтанно по мере становления речевой функции, то у детей с речевыми нарушениями оно

развивается с большой задержкой и требует применения здоровьесберегающих логопедических технологий.

В процессе речевого высказывания у таких детей отмечаются задержки дыхания, дополнительные вдохи, иногда — судорожные сокращения мышц диафрагмы и грудной клетки. В целом детям с нарушениями речи характерна незрелость координаторных взаимоотношений между речевым дыханием и артикуляцией в процессе устной речи.

При фонетико-фонематическом недоразвитии речи речевое дыхание отстает в сроках своего развития от нормы, начинает формироваться лишь в школьном возрасте.

У детей с общим недоразвитием речи речевое дыхание спонтанно, как правило, не формируется или к концу дошкольного возраста находится на низкой ступени своего развития при условии систематических логопедических занятий.

При разных речевых расстройствах, наряду с общими явлениями недоразвития физиологического и речевого дыхания, имеются специфические особенности. Так, при дизартрии дыхательные нарушения соответствуют тяжести общего двигательного поражения даже при остаточных явлениях детского церебрального паралича. Особенно часто нарушения дыхания наблюдаются при наличии гиперкинетической дизартрии. Поскольку при разных формах дизартрии нарушено формирование произвольных движений, вследствие чего дети не могут произвольно задержать как вдох, так и выдох, у них плохо дифференцируются носовой и ротовой вдох и выдох, спонтанно не формируется грудно-брюшной тип дыхания. Фонационный выдох в сравнении с нормой укорочен почти в два раза. Для них характерен длительный латентный период между вдохом и началом речи. Речевое дыхание характеризуется и недостаточным вдохом, и быстрым выдохом, что ведет к тихой, иногда едва слышимой речи, а в некоторых случаях при нарушении иннервации голосовых складок наблюдается хриплость голоса. Дети с дизартрией могут произносить отдельные слова как на выдохе, так и на вдохе. Фраза произносится с перерывом на дополнительный вдох.

При заикании дыхание может прерываться судорогами дыхательных мышц, легко нарушается при эмоциональном напряжении. Иногда перед тем, как говорить, ребенок вдыхает и сразу же выдыхает, а затем в процессе полного выдоха пытается произнести слово и даже фразу.

У детей с ринолалией дыхание учащенное, поверхностное, фонационный выдох резко укорочен, отсутствует дифференциация носового и ротового дыхания.

При любой патологии голоса, независимо от природы дефекта, речевой выдох характеризуется непродолжительностью, в целом нарушается синхронность дыхания, голоса и артикуляции.

Таким образом, детям с разными речевыми нарушениями требуется целенаправленная коррекционная работа по формированию грудобрюшного типа дыхания для того, чтобы использовать его в дальнейшем для развития речевого дыхания.

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩАЯ ТЕХНОЛОГИЯ РАЗВИТИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ И РЕЧЕВОГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

Технология состоит из пяти этапов, которые должны проходить в строгой последовательности:

- » I этап — подготовка к развитию грудобрюшного типа дыхания по традиционной методике;
- » II этап — развитие грудобрюшного типа дыхания с включением элементов дыхательной гимнастики А. Н. Стрельниковой;
- » III этап — развитие фонационного выдоха;
- » IV этап — развитие речевого дыхания;
- » V этап — развитие речевого дыхания в процессе произнесения прозаического текста.

Особое значение в технологии придается I этапу. Развитие силы, подвижности и активности диафрагмальной мышцы в процессе тренировки даст возможность использования направленного выдоха при коррекции переднеязычных и свистящих звуков при их нарушении.

Продолжительность каждого этапа регламентируется только результатами работы. В то же время в пособии указывается средняя длительность этапов, в которую, согласно нашему опыту, «укладывается» приобретение дыхательных навыков у большинства детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста с речевыми нарушениями.

Перед началом тренировки необходимо не только обследовать детей у педиатра и невропатолога, но и проконсультировать у отоларинголога, чтобы получить заключение о проходимости носовых ходов и состоянии их слизистой оболочки. Дети с острыми респираторными заболеваниями, ринитом, аденоидами не включаются в состав группы.

Логопеду желательно проверить дыхательную функцию детей при их поступлении в дошкольное или школьное учреждение, затем повторить процедуру в середине и в конце года (см. *Инструментальные методы оценки дыхательной функции, Приложение 1*).

Обучение проводится с помощью известных методических приемов и соблюдения определенных правил:

- » следить за самочувствием ребенка в процессе выполнения упражнений, не допуская его переутомления и гипервентиляции легких, т.е. появления отдышки, синюшности губ, головокружения;
- » следить за тем, чтобы ребенок не напрягал мышцы шеи, плеч, соблюдал правильную позу в процессе выполнения упражнений. С этой целью в методике представлены фотографии-иллюстрации;
- » развивать внимание ребенка к кинестетическим, зрительным, тактильным ощущениям сокращения мышц диафрагмы, межреберных мышц, мышц живота, что позволит ему в дальнейшем произвольно регулировать диафрагмальное дыхание;

- » все дыхательные упражнения ребенок должен производить плавно под счет или под музыку;
- » дыхательная гимнастика должна проводиться до еды;
- » обучение должно проводиться в хорошо проветриваемом помещении.

Помимо общих правил, здоровьесберегающая логопедическая технология включает отдельные положения парадоксальной дыхательной гимнастики А. Н. Стрельниковой. Они состоят в том, что:

- » вдох в соответствии с инструкцией осуществляется только за счет сокращения мышц диафрагмы в момент физической нагрузки, т.е. тогда, когда, в соответствии с физиологией дыхания, должен совершаться выдох (например, при наклоне туловища вперед, прижимании рук к груди («обнять себя») и проч.);
- » активное внимание ребенка привлекается к фазе вдоха;
- » все упражнения проводятся в комфортном для детей темпе и ритме.

Обращаем внимание на то, что в процессе тренировки с использованием приемов по А. Н. Стрельниковой у детей с нарушениями речи может возникнуть гипервентиляция легких в связи с усилением дыхания. С учетом этой особенности, для детей дошкольного и младшего школьного возраста разработаны приемы развития дозированных «быстрых вдохов», осуществляемых через нос. Прохождение воздуха через носовые ходы сопровождается наибольшим шумом и примыканием ноздрей к носовой перегородке. Это позволяет логопеду контролировать правильность осуществления упражнения.

В соответствии с разработанными приемами вырабатывается навык осуществления двух «быстрых вдохов» подряд. Логопед визуально и на слух (двойной шум) следит за выполнением «быстрых вдохов» детьми. Внимание детей привлекается к движению ноздрей, т.е. к сокращению мышц, и двойному шуму.

Желательно, чтобы в группе одновременно занимались не более 7–8 человек для возможности осуществления контроля за состоянием детей.

I ЭТАП. Подготовка к развитию грудобрюшного типа дыхания по традиционной методике

Цель: развитие ощущений движения органов дыхания, главным образом диафрагмы и передней стенки живота, что соответствует грудобрюшному типу 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.

Первый этап длится столько времени, сколько необходимо для развития грудобрюшного типа дыхания.

Примерная продолжительность этапа — 4 недели. В течение этого времени ребенок последовательно выполняет упражнения сначала в положении лежа, затем стоя и сидя.

На первых занятиях при проведении дыхательных упражнений необходимо поддерживать активное внимание детей.

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 (рис. 3).



Рисунок 3. 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!*»

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 рифмовками, произносимыми логопедом:

*Бегемотики лежали,
Бегемотики дышали:
То животик поднимается (вдох),
То животик опускается (выдох).*

*Поднималось тесто в кадке (вдох),
Опускалось тесто в кадке (выдох).
Так оно дышало,
К сроку созревало.*