

ПРИЙОМИ РЕВЕРСИВНОГО МОТОРНОГО СУПРОВОДУ ДИХАЛЬНИХ ТА ФОНАЦІЙНО-МОВЛЕННЄВИХ ЛОГОПЕДИЧНИХ ВПРАВ

Сергій Корнєв¹

DOI: <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-126-8-43>

Розвиток дихання є однією з найбільш значущих складових здійснення корекційної-логопедичного впливу на дітей та дорослих з різною мовленнєвою патологією. Правильне фізіологічне дихання забезпечує формування компонентів мовленнєвого дихання та функціонування усного мовлення. Воно забезпечує нормативну фонацію, звуковимову, зберігає плавність, музичність мовлення, забезпечує просодичну складову в цілому. Мовленнєве дихання, є похідним, складовим компонентом фізіологічного дихання, але багато в чому й відрізняється від нього:

1. Фізіологічне дихання мимовільне, відбувається на безсвідомому рівні, а мовленнєве дихання – це усвідомлений, регульований процес за якого людина контролює вдих і видих, змінюючи його, забезпечуючи плавність, ритмічність, інтонаційність, емоційність і тривалість експресивного мовленнєвого акта.

2. Для здійснення акту фонації потрібно утворення певного тиску повітря під голосовими складками – підскладковий тиск у дихальних шляхах та у грудній клітині в цілому. Це забезпечує необхідну силу та плавність роботи дихальних м'язів та енергетичний потенціал мовленнєвому акту.

3. Фонація відбувається лише у фазі видиху, внаслідок чого видих набуває пролонгованого характеру, а його тривалість/сила залежить від мовленнєвого завдання. Вдих стає більш коротким, а кількість повітря, що вдихається, корелює не лише з фізіологічними, а й мовленнєвими потребами.

4. В процесі мовленнєвого дихання змінюється як темп так і ритм дихання, самі дихальні акти корелюють з мовленнєвою програмою та синтагматичним малюнком висловлювання. Кордони синтагм співпадають з кордонами дихальних актів.

У більшості дітей з мовленнєвими порушеннями спостерігаються порушення формування мовленнєвого дихання, особливо у дітей із заїканням [2; 3]. Серед найбільш часто порушених компонентів фізіологічного та мовленнєвого дихання є:

¹ Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова, Україна

– порушення типу фізіологічного дихання, по типу верхньогрудного, або ключичного типу, які є найбільш недоречними з точки зору проведення мовленнєвих актів;

– нерозвинені дихальні м'язи, недостатній об'єм та концентрація повітря, що вдихається та видихається;

– короткий форсований вдих з надмірною активізацією дихальних м'язів, призводить до форсованого, неконтрольованого видиху, що й провокує судоми у осіб із заїканням.

Розвиток мовленнєвого дихання здійснюється послідовно та поетапно з дотриманням принципу онтогенетичності (відповідно до нормативних етапів розвитку фізіологічних та мовленнєвих дихальних процесів та функцій в онтогенезі) [2; 3].

Розвиток компонентів фізіологічного та мовленнєвого дихання, робота над силою і тривалістю видиху, темпом і ритмом дихання, здійснюється на заняттях з включенням супроводжуючих, допоміжних моторних актів, спочатку без мовленнєвого супроводу, коли формуються компоненти фізіологічного дихання, потім з ізольованою фонацією окремих звуків, а потім з мовленням. На кожному етапі тренування проводяться в певних рефлексифікуючих позиціях та послідовності: лежачи на спині; лежачи на животі; сидячи під кутом з повною опорою / з частковою опорою; стоячи.

Першим завдання є формування контрольованого і регульованого вдиху та видиху, з максимальним включенням діафрагми, оскільки саме вона допомагає регулювати та розподіляти повітряний струм. З цією метою використовують статичні дихальні вправи, що виконуються зі зміною ритму і глибини дихання, пауз між вдихом і видихом, переважним посиленням екскурсії грудної клітки або діафрагми. До даної групи вправ належать: 1) вправи, що змінюють тип дихання: а) повний тип дихання; б) грудний тип дихання; в) діафрагмальне дихання. Найбільш фізіологічним є повне дихання, при якому під час вдиху виконується послідовне розширення всіх відділів грудної клітки за вертикальним напрямом; 2) вправи з дозованою опорою: а) діафрагмальне дихання з опором рук в ділянці краю реберної дуги, ближче до середини грудної клітки; б) діафрагмальне дихання з противагою різної маси (0,5-1 кг) на верхній квадрант живота; у) поверхгрудне двостороннє дихання з подоланням опору при тиску руками підключичної ділянки; г) нижньогрудне дихання з участю діафрагми з протидією в ділянці нижніх ребер [6].

Далі проводиться робота над утриманням постійного тиску видихуваного повітря без його втрати на перших звуках фрази, з правильним його розподілом на всю синтагму з використанням різного

мовленнєвого матеріалу. Таким чином формується правильна голосоподача та голосовведення. Останнім етапом є робота з автоматизації набутих дихально-фонаційних навичок в різних видах експресивного мовлення, в різних контекстних ситуаціях. Протягом усіх етапів роботи використовуються різноманітні прийоми моторного супроводу дихальних, фонаційних, мовленнєвих актів. Використання моторного супроводу дихальних актив є доволі поширеною практикою проведення вправ з особами з мовленнєвою патологією та описані в працях О. Стрельникової, Л. Белякової, І. Єрмакова та багатьох інших. Такі вправи мають загальний алгоритм рухів, які супроводжують дихальні, а в подальшому, дихально-фонаційні та дихально-мовленнєві акти. Це вправи під час яких дихання здійснюється за допомогою допоміжних дихальних м'язів, рухах кінцівок і тулуба. При цьому рухи підбираються таким чином, щоб полегшити або посилити дихання різних відділів [6]. Напрями рухів, що використовуються в різних методиках О. Стрельникової, Л. Белякової, О. Дьякової та інших, зберігаються сталим і має декілька типових варіантів. Тип 1: розводять руки перед собою роблячи вдих, а на видиху руки повільно схрещуються перед собою, грудна клітка в момент видиху легко стискається. Тип 2: нахил тулуба вперед супроводжується видихом, при випрямленні здійснюється вдих. Тип 3: піднімаючи руки через боки вгору, роблять вдих, повільно опускають, роблять видих. Тип 4: присідання з видихом. Тип 5: піднімання колін з видихом (різні варіанти ходьби). Тип 6: комбінації рухів з попередніх типів з відповідними дихальними складовими. Всі ці варіанти виконання спрямовані на посилення екскурсії грудної клітки або діафрагми. Данні вправи добре зарекомендували себе на різних етапах роботи з різними категоріями дітей та дорослих з мовленнєвими порушеннями. Однак, у практичній роботі з особами із заїканням, насамперед, підлітками та дорослим, спостерігається втягування даних прямих моторних алгоритмів в патологічний судомний процес. Використання таких моторних супроводів набуває неефективного, а іноді й патологічного характеру, коли самі рухи стають «провокаторами» судомних проявів. В таких складних хроніфікованих формах заїкання, на мою думку, доречно спробувати зворотні варіанти виконання супроводжуваних моторних рухів, змінивши алгоритм на реверсний. Наприклад: хворі схрещуються перед собою руки, легко стискаючи грудну клітину, роблять вдих, повільно розводять руки перед собою – видих/фонацію/мовлення. Так нахил тулуба вперед супроводжується вдихом, при випрямленні здійснюється видих/фонація/мовлення. Можливі різні варіювання темпу, ритму, амплітуди та сили виконання рухів. Вправи реверсивної

дихальної гімнастики проводяться щодня протягом 5-10 хвилин. Їх можна використовувати як самостійну форму логокорекційної роботи з особами із заїканням або як частину логопедичного заняття, спрямовану на розвиток мовленнєвого дихання, голосоподачі та м'язової релаксації. Найбільш доцільно використовувати на етапі стабілізації мовлення, як складову процесу гальмування мовнорухових механізмів. Таким чином в рамках логопедичної роботи можна передбачити застосування спеціальних комплексів реверсивних вправ, які відобразатимуть диференційований логопедичний зміст стосовно окремих форм мовленнєвих порушень.

Дані прийоми роботи проходять апробацію й результати будуть представленні у наступних публікаціях.

Список використаних джерел:

1. Белякова Л. И. Методика развития речевого дыхания у дошкольников с нарушениями речи / Л. И. Белякова, Н. Н. Гончарова, Т. Г. Шишкова. – М. : ООО Книголюб, 2004. – 55 с.
2. Белякова Л. И. Заикание / Л. И. Белякова, Е. А. Дьякова. – М.: В. Секачев, 1998. – 304 с.
3. Васильев Ю.А. Голосоречевой тренинг. – СПб., 1996. – 138 с.
4. Єрмакова И. И. Коррекция речи и голоса у детей и подростков / И. И. Єрмакова. – М. : Просвещение: АО «Учеб. лит.», 1996. – 143 с.
5. Лаврова Е. Н. Логопедия. Основы фонопедии / Е. Н. Лаврова. – М. : Изд.центр «Академия», 2007. – С. 21-34.
6. Фізичні чинники в медичній реабілітації: Підручник для студентів і лікарів / За заг. ред. В. М. Сокрута, В. М. Казакова. – Донецьк: ДонНМУ; ДОКТМО, 2008. – 576 с.