

утворювальних віднесені принципи системності, послідовності й раціональності, наочності, розвивального характеру навчання, співтворчості, індивідуалізації і диференціації, оптимізації.

Основними умовами формування невербальної комунікації було визначено:

- ✓ врахування особистих інтересів і потреб дитини;
- ✓ врахування сильних сторін дітей з синдромом Дауна (чутливість до тактильно-рухової стимуляції; хороша зорова пам'ять; високі імітаційні можливості);
- ✓ врахування рівня сформованості невербальної комунікації у дітей дошкільного віку з синдромом Дауна (дітям з низьким рівнем надається значна допомога на всіх етапах корекційного навчання, в основному практикується прийом сполучено-відображених дій; дітям з середнім рівнем розвитку невербальної комунікації в основному практикується прийом відображених дій) [7];
- ✓ природне підкріплення використуваних дитиною невербальних засобів;
- ✓ комбінування виконання навчальних завдань та вправ з використанням повсякденних ситуацій.

Висновки та перспективи подальших розвідок. Переважно низький рівень сформованості невербальної комунікації у дітей дошкільного віку із синдромом Дауна, зумовлює визначення основних напрямів корекційно-розвивальної роботи з такими дітьми, а саме: формування комунікативно-мовленнєвої інтенції, невербального кодування інформації та невербального декодування інформації. Перспективу подальшого дослідження вбачаємо в розробці корекційних технологій формування невербальної комунікації у дітей із порушеннями інтелектуального розвитку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Жиянова П. Л. Системный подход к сопровождению ребенка раннего и дошкольного возраста с синдромом Дауна [Текст] / П. Л. Жиянова // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2014. – № 1. – С. 5–13.
2. Зими́на Л. Б. Солнечные дети с синдромом Дауна / И. Л. Зими́на. – М., 2010. – 176 с.
3. Лабунская В. А. Невербальное поведение умственно отсталых детей / В. А. Лабунская. – Ростов-на-Дону, 2006. – 126 с.

4. Леханова О. Л. Своеобразие употребления, понимания и интерпретации невербальных средств общения дошкольниками с общим недоразвитием речи / О. Л. Леханова // Дефектология. – 2011. – № 6. – С. 17–25.
5. Панфилова И. А. Некоторые аспекты логопедической помощи в рамках семейно-центрированного подхода / И. А. Панфилова // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2014. – № 1. – С. 22–31.
6. Поле Е. В. Синдром Дауна. Факты / Е. В. Поле. – М.: Благотворительный фонд «Даунсайд Ап» – 2004. – 32 с.
7. Савицький А. М. Особливості використання засобів альтернативної комунікації в процесі розвитку мовлення дітей з синдромом Дауна / А. М. Савицький // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. – 2014. – Вип. 27. – С. 179–183.
8. Соботович Е. Ф. Речевое недоразвитие у детей и пути его коррекции / Е. Ф. Соботович. – М.: Классик Стиль, 2003. – 160 с.

УДК 376–053.2–056.264:615.816

А. Ф. Пелех,

студентка спеціальності
«Спеціальна освіта. Логопедія.
Спеціальна психологія»

О. П. Мілевська,

кандидат педагогічних наук, доцент
Кам'янець-Подільський національний
університет імені Івана Огієнка

ЗАСТОСУВАННЯ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ПІДХОДУ ДО ПРОВЕДЕННЯ ДИХАЛЬНОЇ ГІМНАСТИКИ У ЛОГОПЕДИЧНІЙ РОБОТІ

У статті проаналізовано особливості фізіологічного та мовленнєвого дихання за наявності різних форм логопатій, зазначено про функціональний зв'язок між фізіологічним та мовленнєвим диханням, визначено особливості застосування дихальних вправ у контексті проведення дихальної гімнастики відповідно до типових проявів порушень дихання у дітей з дислаліями дизартріями, ринологіями та заїканням.

В статті изложено краткий анализ особенностей физиологического и речевого дыхания при наличии разных форм речевых нарушений, указано значение функциональной связи между речевым и физиологическим дыханием, раскрыты особенности использо-

вания дыхательных упражнений в контексте проведения дыхательной гимнастики соответственно типичным нарушениям дыхания у детей с дислалией, ринолалией, дизартрией и заиканием.

The article is presented an analysis of the features of physiological and speech breathing of children with different forms of speech disorders. In addition, this paper is describes the functional connection between physiological and speech respiration.

There are examples of breathing exercises with different tasks in accordance with existing speech disorders in children (with dislalia, rinolalia, disartria, and stutter).

Ключові слова: фізіологічне дихання, мовленнєве дихання, дихальна гімнастика, тип дихання.

Ключевые слова: физиологическое дыхания, речевое дыхание, дыхательная гимнастика, тип дыхания.

Keywords: physiological respiration, speech breathing, respiratory gymnastics, type of respiration.

Постановка проблеми. Дихальна гімнастика є невід'ємною складовою логопедичної роботи, оскільки правильне дихання відіграє важливу роль у реалізації експресивного мовлення. Йдеться про мовленнєве дихання, яке формується на основі фізіологічного немовленнєвого і відрізняється від нього кількома особливостями. Так, фізіологічне немовленнєве дихання відбувається ритмічно, плавно, з певною частотою, яка може змінюватись в залежності від фізичного навантаження (швидка хода, підйом сходами тощо) або від емоційного стану (під час хвилювання). Це дихання відзначається носовими вдихом і видихом, які до того ж майже однакові за тривалістю та об'ємом. На відміну від нього, мовленнєве дихання здійснюється через ротову порожнину, фази вдиху і видиху різняться тривалістю, видих суттєво подовжується і більш напружений, зменшується кількість вдихів і видихів за одну хвилину, збільшується активність міжреберних, черевних м'язів та діафрагми.

В окремих випадках, зокрема за наявності різних форм логопатій, фізіологічне та мовленнєве дихання порушуються, причинами чого стають фізіологічні, неврологічні, анатомічні чинники.

Відповідно, дихальна гімнастика як складова логокорекції потребує застосування диференційного підходу з урахуванням клінічних особливостей тієї чи іншої форми логопатії.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. У науково-методичній літературі широко висвітлене значення дихальної гімнастики як засобу оздоровчого впливу на організм. Розрізняють апаратні і безапаратні методи дихальної гімнастики. Апаратні застосовують в рамках медичної реабілітації, безапаратні – у психокорекції, логопедії, хореографії, з метою постановки голосу та розвитку вокалу, у різних видах східних єдиноборств, в рамках лікувальної фізкультури тощо. За останній час популярності набули східні гімнастики Тай-Цзи та Пранаяма, системи трьохфазного дихання Л. Кофлера і О. Лобанової – Є. Лук'янової, вольова затримка дихання по К. Бутейко, парадоксальна дихальна гімнастика за методикою О. Стрельнікової, метод дихання В. Фролова, техніка затримки дихання Ю. Буланова та інші.

Розгляд дихальної гімнастики у контексті логопедичного впливу зумовлює чіткого визначення сутності мовленнєвого дихання. Так, більшість науковців, методистів-практиків визначають його як дихання, яке з'являється у момент вимовляння звуків, слів, фраз і бере безпосередню участь в їх утворенні (І. Боровик, Н. Лічман, Ю. Карпукіна, Л. Белякова, А. Кравченко, О. Макасов, О. Трифонова, Н. Гончарова, Т. Шишкова, ін.).

Становленню мовленнєвого дихання передують розвиток функціональної системи фізіологічного немовленнєвого дихання (О. Лаврова, Е. Сіярде). За умов типового онтогенезу розвиток дихання відповідає певних закономірностям. У новонароджених і немовлят дихання поверхнєве; чим менша за віком дитина, тим більша частота дихання – таким шляхом організм компенсує малий об'єм вдихуваного повітря і забезпечення киснем. Глибина дихання та об'єм такого дихального акту у дитини значно менші, ніж у дорослої людини. Це пояснюється невеликою масою легень і особливостями будови грудної клітки. Але в процесі розвитку дихальна система

удосконалюється, до 6–7 років у дітей формується повноцінне діафрагмальне дихання (вдих стає глибоким, видих подовжений у часі) [1; 6].

За умов порушеного онтогенезу, в тому числі мовленнєвого, і фізіологічне і мовленнєве дихання відзначатимуться особливостями.

За наявності дизартричних порушень дихання довгий час залишається поверхневим, прискореним; його ритм порушується таким чином, що під час мовлення не витримується подовжений видих і відбувається передчасне використання повітряного струменя, що в свою чергу призводить до виникнення поверхневих судомних вдихів після нетривалого мовлення [3].

У випадку ринолалій порушується координація між диханням, фонацією і артикуляцією. Таким дітям властивий вкорочений вдих, зазвичай носовий, попри постійно напіввідкритий рот [4; 5].

Виразні порушення мовленнєвого і фізіологічного дихання спостерігаються у осіб із заїканням, адже у клініці цього порушення присутні спазматичні скорочення різних груп м'язів, які задіяні у диханні, голосоведенні, артикулюванні. Зокрема, проявляється неузгодженість у роботі зів, які здійснюють вдих - видих, а у поєднанні з гіперкінезами черевних м'язів ускладнюється (або стає неможливим) довільний контроль за дихальними рухами [2].

Меншою мірою проявляються особливості дихання у дітей з дислаліями. Серед цих особливостей – ослабленість повітряного струменя під час видиху.

Таким чином, дихальну гімнастику з дітьми із різними формами логопатій слід реалізовувати диференційовано, з урахуванням типових недоліків мовленнєвого дихання у кожному окремому випадку.

Метою даної статті є аналіз диференційних особливостей змісту дихальної гімнастики у логопедичній роботі.

Виклад основного матеріалу. Під дихальною гімнастикою розуміють комплекс спеціальних вправ, спрямованих на вдосконалення мовленнєвого дихання та вироблення плавного ротового видиху (2-4 секунди) з поступовим збільшенням тривалості видиху

до 6-8 секунд (Ю. Карпукіна).

Головне завдання дихальної гімнастики спрямоване на розвиток мовленнєвого дихання – формування у дітей уміння швидко і безшумно вдихати повітря та економно витрачати його під час тривалого ротового видиху в процесі мовлення.

Проте, формування правильного мовленнєвого дихання стає можливим лише за умови нормативного розвитку механізмів фізіологічного дихання, які підпорядковані послідовній зміні типів дихання відповідно до анатомо-фізіологічної зрілості дитини: 1) грудний або верхньореберний тип (інколи має назву ключичного дихання), 2) черевний тип (абдомінальне дихання); 3) змішаний тип або діафрагмальний (косто-абдомінальне дихання) [6]. Останній інтенсивно формується впродовж 4-6 років і є фізіологічним підґрунтям мовленнєвого дихання. Л. Белякова зі співавторами зазначають, що у наступні кілька років (5-й, 6-й роки життя) мовленнєве дихання може порушуватись у зв'язку зі збільшенням обсягів мовлення: переказування об'ємних оповідань, казок, емоційні розповіді; або ж у зв'язку з ускладненням мовленнєвого матеріалу: засвоєння і вживання семантично чи фонетично складних слів, мовленнєвих зворотів, конструкцій речень.

З іншого боку, розвиток мовленнєвого дихання великою мірою залежить від мовленнєвої практики дитини та правильного мовленнєвого зразка з боку дорослих. Саме у процесі мовленнєвого розвитку, зазначають Л. Белякова, Н. Гончарова, Т. Шишкова, виробляється специфічний «мовленнєвий» механізм дихання паралельно зі специфічними «мовленнєвими» рухами діафрагми. У процесі усного мовлення діафрагма багаторазово виробляє тонко диференційовані коливальні рухи, що забезпечують мовленнєве дихання і звуковимову [1].

Таким чином, мовленнєве дихання – це система довільних психомоторних реакцій, тісно пов'язаних з виробництвом усного мовлення. Характер мовленнєвого дихання підпорядкований внутрішньому мовному програмуванню (змістовому та інтонаційному наповненню висловлювання).

Слушною є думка про те, що у дитини-логопата, крім мовленнєвих механізмів, повинні бути задіяні й інші можливості, які забезпечують створення необхідного для артикуляції легеневого струменя повітря (М. Алексеева, Н. Новікова, А. Яшина та ін.). Засобами досягнення цієї мети для дітей із порушеннями мовлення можуть бути спеціальні вправи, що сприяють формуванню злагодженої роботи мовленнєвого апарату.

О. Стрельникова зазначала, що регулярні заняття дихальною гімнастикою чинять позитивний вплив на весь організм, розвивають діафрагмальне дихання та інші його характеристики. Крім того правильне застосування дихальних вправ, знижує стрес та негативні емоційні переживання, що також є важливим при корекційній роботі із дітьми що мають порушення мовлення [3].

Більшість науковців (Л. Беякова, Л. Волкова, Н. Гончарова, Н. Ричкова ін.) вбачають доцільність такої послідовності у розвитку та корекції дихання:

1. Розвиток раціонального фізіологічного дихання;
2. Розвиток мовленнєвого дихання;
3. Узгодження роботи дихального апарату із голосом та артикуляцією.

А. Іполітова багаторічним досвідом роботи довела необхідність і доцільність використання систематичних занять дихальною гімнастикою із дітьми з ринолалією, вказуючи на її ефективність. В основі цієї методики лежить перевиховання фізіологічного дихання на мовленнєве; відпрацювання диференційованого вдиху та видиху; виховання довгого, плавного ротового видиху для реалізації голосних артикулем (без включення голосу) та фрикативних глухих приголосних; диференціацію короткого і довгого ротового та носового видиху для формування сонорних звуків і африкат [5].

Не меншою популярністю серед логопедів користується методика І. Єрмакової. Авторка зазначала, що корекцію дихання краще проводити в кабінеті ЛФК. Але логопед теж має проводити на занятті дихальну гімнастику. Для того щоб дитина могла перейти безпосередньо до дихальних

вправ, вона має оволодіти спрямованим струменем повітря. Тільки після оволодіння достатньо подовженим діафрагмально-реберним видихом логопед може приступати до постановки голосних звуків і до вокальних вправ. Тому дихальні вправи слід проводити 3-4 рази на день по 10 хвилин.

Опираючись на вищесказане ми вважаємо, що у дітей із різними формами логопатій тою чи іншою мірою страждають механізми дихальної діяльності зокрема:

У дітей із дислалією іннервація дихального відділу периферичного мовного апарату не страждає. Але часто у дітей незалежно від їх розвитку зустрічається неповне, поверхнєве дихання, інтервал часу вдих-видих короткий (сингтагми), повітряний струмінь дещо ослаблений, спостерігається згасання сили видихуваного повітря та цілеспрямований видих. Також дихальна діяльність дитини із дислалією залежить від її емоційного стану. Завищена тривожність, підвищення стресових реакцій, домінування негативних емоцій притаманне дітям із дислалією також позначається на дихальній діяльності пришвидшуючи темп дихання, зменшуючи обсяг вдихуваного повітря.

У дітей з дислалією відповідно до порушень їхньої дихальної діяльності потрібно розвивати такі функції:

1. Розвиток раціонального використання дихання під час мовлення;
2. Правильний короткий і глибокий вдих та тривалий і поступовий видих;
3. Диференціацію актів дихання.

У дітей з дизартричними проявами спостерігається слабкість повітряного струменя, порушення над і під складкового тиску, видих вкорочений в часі, наявна дихальна атаксія, дихання часте та поверхнєве, переважає верхньо-реберний (ключичний) тип дихання [2].

У дітей з дизартрією відповідно до порушень їхньої дихальної діяльності потрібно розвивати такі функції:

1. Нормалізація та розвиток фізіологічного дихання;
2. Плавність дихання на основі вироблення легкого вдиху;
3. Протяжність видиху;
4. Диференціація рото-носового видиху.

У дітей із різними формами

ринолалій переважає змішаний (рото-носовий) тип дихання, зменшується тривалість актів вдиху та видиху, дихання зосереджене у верхніх відділах грудної клітки, ключичне, поверхнєве та часте.

У дітей з ринолалією відповідно до порушень їхньої дихальної діяльності потрібно розвивати такі функції:

1. Нормалізувати та розвивати фізіологічне дихання;
2. Розвиток диференціації дихання (ротового та носового);
3. Розвиток цілеспрямованого ротового повітряного струменя;
4. Розвиток глибини вдиху.

Дітям із заїканням притаманний також ключичний тип дихання. В них виникають труднощі при вимові великих фраз через нехватку повітря, тому частина фрази вимовляється на вдиху, а потім потрібен ще один вдих щоб продовжити фразу. Їхнє дихання часте, поверхнєве позбавлене плавності. Відзначається також певна залежність від форми заїкання, при невротичній формі заїкання спостерігається порушення дихання (часте, позбавлене плавності) виникає це через стрес, невпевненість в собі, боязливості не правильно сказати слово [1].

У дітей з заїканням відповідно до порушень їхньої дихальної діяльності потрібно розвивати такі функції:

1. Нормалізувати та розвивати фізіологічне дихання;
2. Розвиток та розширення фізіологічних можливостей дихального апарату;
3. Розвиток подовженого видиху через рот;
4. Розвиток навички плавного дихання.

Аналіз науково-методичної літератури дозволяє зробити висновок про те, що порушення дихання проявляються у дітей з різними клінічними формами мовленнєвих порушень. Саме тому дихальна гімнастика є повноправною частиною логокорекційних занять із дітьми. Разом з цим, на основі аналізу літературних джерел нами виявлено, що для дітей із різними формами мовленнєвих порушень можуть бути властиві типові особливості дихання: тип переважання верхньореберного типу дихання, порушення плавності дихання. Тому, комплекси вправ дихальної гімнастики можуть містити однакові вправи з врахуванням індивідуальних

особливостей кожної дитини та мовленнєвого заключення.

З цією метою в рамках логопедичної роботи можна передбачити застосування спеціальних комплексів вправ, які відображатимуть диференційований логопедичний зміст стосовно окремих форм логопатій.

Проаналізуємо диференціацію змісту дихальної гімнастики на прикладі кількох вправ:

Вправа «Де заховався зайчик»

Обладнання: коробка на дні якої зображено зайчика, манна крупа.

Загальний зміст вправи полягає у тому, щоб роздмухати манку та побачити зображення зайчика а дні коробки.

Інструкція 1 (для роботи з дитиною-дизартиком): «Подуй так сильно, щоб якнайшвидше побачити всього зайчика».

Інструкція 2 (для роботи з дитиною із заїканням): «Подуй на манку до тих пір, слухай уважно, як я рахую; що ти побачив/ла?»

Інструкція 3 (для роботи з дитиною-ринолаліком): «Зроби глибокий вдих через ніс, а видихай ротом повільно, щоб не злякати зайчика».

Інструкція 4 (для роботи з дитиною-дислаліком): «Подуй так, щоб спочатку побачити вушка зайчика, а потім подуй так, щоб побачити лапки».

Вправа «Будка для собаки»

Обладнання: макет собачої будки з прив'язаним на стрічці макетом собаки.

Загальний зміст вправи полягає у тому щоб, за допомогою видихуваного струменя повітря допомогти собаці дістатись до своєї будки.

Інструкція 1 для роботи з дитиною із заїканням): «Подуй на собачку так, щоб вона повільно зайшла до свого будиночка».

Інструкція 2 (для роботи з дитиною-ринолаліком): «Зроби глибокий вдих через ніс та сильний видих на собачку також через ніс, тим самим допоможи їй потрапити в будку; а тепер зроби вдих через рот і подуй на собачку ротом, допоможи їй ще раз потрапити в будку».

Інструкція 3 (для роботи з дитиною-дизартиком): «Подуй на собачку так, щоб вона швиденько забігла до свого будиночка»

Інструкція 4 (для роботи з дитиною-дислаліком): «Зроби глибокий вдих та подуй на собачку так, щоб вона

потрапила до свого будиночка (логопед у свою чергу переміщує розташування будиночка у різні сторони)».

Висновки та перспектива дослідження. Техніку дихальної гімнастики потрібно розглядати як невід'ємну частину логопедичної роботи із дітьми з різними мовленнєвими порушеннями, оскільки вона позитивно впливає на нормалізацію дихання, розвиває уміння довільної регуляції дихання, допомагає позбутись негативних емоцій та переживань.

Проведене нами дослідження, не охоплює всю площину даної проблеми. Перспективою дослідження є подальший аналіз особливостей змісту дихальних вправ для корекції мовленнєвого у дітей з ринолаліями, дизартріями, заїканням, розроблення методичного забезпечення для диференційованого застосування дихальної гімнастики у логопедичній практиці.

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. Винарская Е. Н. Дизартрия / Е. Н. Винарская. – М. : АСТ: Астрель, 2006. – 141 с.
4. Ёрмакова И. И. Коррекция речи и голоса у детей и подростков / И. И. Ёрмакова. – М. : Просвещение: АО «Учеб. лит.», 1996. – 143 с.
5. Ипполитова А. Г. Открытая ринолалия / А. Г. Ипполитова. – М. : Просвещение, 1983. – 95 с.
6. Лаврова Е. Н. Логопедия. Основы фонопедии / Е. Н. Лаврова. – М. : Изд. центр «Академия», 2007. – С. 21-34.

УДК 376-056.264-053.5:[615.85:7.07]

Ю. О. Погоріла

магістрант спеціальності

Спеціальна освіта

(Логопедія. Спеціальна психологія)

К. О. Зелінська-Любченко

кандидат педагогічних наук,

старший викладач кафедри логопедії

Сумський державний педагогічний

університет імені А. С. Макаренка

КОРЕКЦІЯ МОВЛЕННЄВИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗАСОБАМИ АРТ-ТЕРАПІЇ

У статті висвітлено визначення поняття «арт-терапія». Розглядаються питання корекції мовленнєвих порушень в дітей молодшого шкільного віку засобами арт-терапії.

В статье освещены понятия «арт-терапия». Рассматриваются вопросы коррекции речевых нарушений у детей младшего школьного возраста методами арт-терапии.

The article covers the concept of «art-therapy». There is a question of the correction of speech disorders in children of primary school age by means of art-therapy.

Ключові слова: корекція, порушення мовлення, молодший шкільний вік, арт-терапія.

Ключевые слова: коррекция, нарушение речи, младший школьный возраст, арт-терапия.

Keywords: correction, speech disorder, junior school age, art therapy.

Постановка проблеми. В останні десятиліття мовленнєві порушення стали досить поширеним явищем (за статистикою вони спостерігаються у третини обстежених дітей). Це явище ускладнюється ще й тим, що деякі мовленнєві порушення можуть відзначатися на інтелекті дитини. Затримки в розвитку мовлення стають причиною затримки психічного розвитку дитини, обмежують її загальний потенціал. Мовленнєві проблеми в подальшому житті дитини спричиняють погану успішність у школі. Внаслідок цього – знижена самооцінка, закомплексованість, неврози.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Аналіз науково-методичної, психолого-педагогічної, логопедичної літератури дозволяє стверджувати, що на сьогодні порушення звуковимови в комплексі з недорозвиненням фонема-