

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. В.П. АСТАФЬЕВА
(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Институт социально-гуманитарных технологий
Кафедра коррекционной педагогики

Мигунова Кристина Владимировна
МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

**СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ГОЛОСОВЫХ ХАРАКТЕРИСТИК У
МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ДИЗАРТРИЕЙ И С НОРМАЛЬНЫМ
РЕЧЕВЫМ РАЗВИТИЕМ**

Направление подготовки: 44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование
Направленность (профиль) образовательной программы:
Логопедическое сопровождение детей с нарушениями речи

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ:

И.о. заведующего кафедрой коррекционной педагогики:
к.п.н., доцент Беляева Ольга Леонидовна

22.11.2019

(дата, подпись)

Руководитель магистерской программы:
к.п.н., доцент Брюховских Людмила Александровна

22.11.2019

(дата, подпись)

Научный руководитель:

к.п.н., доцент Брюховских Людмила Александровна

22.11.2019

(дата, подпись)

Обучающийся:

Мигунова Кристина Владимировна

22.11.2019

(дата, подпись)

Красноярск 2019

Содержание

Введение.....	3
Глава 1. Проблема изучения и коррекции голосовых характеристик у детей с дизартрией и нормальным речевым развитием в психолого-педагогической литературе.....	10
1.1. Основные понятия и физические параметры, используемые для оценки характеристики голоса	10
1.2. Механизмы и особенности развития голосовых нарушений у детей с дизартрией.....	14
1.3. Способы коррекции нарушений голоса у детей с речевыми нарушениями в трудах отечественных ученых.....	21
Глава 2. Сравнительное изучение голосовых характеристик у детей с дизартрией и нормальным речевым развитием.....	30
2.1. Организация и методика констатирующего эксперимента.....	30
2.2. Анализ результатов констатирующего эксперимента.....	41
2.3 Методические рекомендации по коррекции характеристик голоса у младших школьников с дизартрией.....	50
Заключение	66
Список литературы.....	69
Приложение А. Протокол обследования особенностей голоса младших школьников.....	75
Приложение Б. Упражнения, направленные на развитие речевого дыхания.....	79
Приложение В. Комплекс упражнений, направленных на развитие характеристик голоса у младших школьников с дизартрией.....	81

Введение

Актуальность проблемы и темы исследования. Голос играет важную роль в процессе общения человека с другими людьми. Он обеспечивает слышимость речи, ее выразительность и эмоциональную насыщенность, поэтому любые голосовые нарушения проявляются как в информационной, так и в аффективной составляющей коммуникативной деятельности ребенка.

Отечественные ученые и практики в области логопедии (Е.С. Алмазова, Е.Ф. Архипова, Г.Б. Бабина, Е.Н. Винарская, Е.В. Лаврова, Л.В. Лопатина и другие) указывают на то, что нарушение просодических компонентов является основным и наиболее стойким признаком речевых нарушений у детей с дизартрией. При этом одним из первостепенных симптомов дизартрии является нарушение голоса как одного из компонентов просодической стороны речи.

Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования устанавливает требования к результатам обучающихся (личностным, метапредметным, предметным), освоивших основную образовательную программу начального общего образования. Метапредметные результаты включают в себя освоенные обучающимися универсальные учебные действия, к числу которых относятся коммуникативные универсальные учебные действия, составляющие основу умения учиться и жить в современном обществе. У младших школьников с нормальным речевым развитием голосовая функция ещё недостаточно сформирована и управление голосом у них вызывают затруднения (Л.А. Копачевская, В.В. Емельянов, Г.Н. Лукьянова). При этом отечественные авторы отмечают, что при осознании нарушений голоса снижается потребность в коммуникации. Вследствие чего дети с дизартрией в более

длительные сроки накапливают словарный запас и овладевают языковой системой в целом. Степень отрицательного влияния нарушений голоса зависит от характера и глубины расстройства. В связи с этим возникает необходимость изучения особенностей голосовых нарушений у детей с дизартрией с целью их коррекции, поскольку голос имеет большое значение в коммуникативной деятельности ребенка, становлении его личности. Особого внимания в этом аспекте требуют дети дошкольного и младшего школьного возраста с дизартрией.

В Федеральном государственном образовательном стандарте начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья указывается на то, что система оценки достижений планируемых результатов должна учитывать результаты коррекционной работы в поддержке освоения адаптированной основной общеобразовательной программы начального общего образования, обеспечивающие удовлетворение особых образовательных потребностей обучающихся, успешность в развитии различных видов деятельности. Стоит отметить, что в отечественной логопедии существует большое количество методик по восстановлению и развитию голосовой функции у детей с речевой патологией (Е.С. Алмазова, Л.И. Белякова, Н.Н. Волоскова, М.В. Ипполитова, Е.В. Лаврова, Л.В. Лопатина, Е.М. Мастюкова, О.С. Орлова, О.В. Правдина, Н.В. Серебрякова и другие). Но в то же время работа по коррекции нарушений голоса у детей младшего школьного возраста с дизартрией представлена в имеющихся разработках недостаточно полно. В основном отечественные ученые делают акцент на развитии высоты и силы голоса и устранении ринофонии, в то время как работа над другими акустическими характеристиками голоса, такими как тембр, динамический диапазон, освещена недостаточно. Данный факт говорит о необходимости поиска новых путей работы по коррекции голосовых нарушений у младших школьников с дизартрией.

В результате анализа литературных данных изучения опыта коррекционно-педагогической работы по проблеме исследования выявлены **несоответствия и противоречия** между:

- наличием нарушений голоса у детей с дизартрией и его функциональной несформированностью у детей с нормальным речевым развитием и значимостью развития голосовой функции для их успешного коммуникативного развития;
- указаниями на нарушение голосовой функции у детей с дизартрией и недостаточной изученностью особенностей характеристик голоса у младших школьников с дизартрией;
- отсутствием специальных разработок по коррекции нарушений голоса у младших школьников с дизартрией с учетом уровней развития его характеристик и их практической востребованностью в коррекционно-педагогической работе.

На основе данных несоответствий и противоречий определена **проблема исследования**, которая заключается в изучении особенностей голосовых нарушений у детей младшего школьного возраста с дизартрией, а также составлении дифференцированных методических рекомендаций на основе выявленных особенностей.

Объект исследования: характеристики голоса.

Предмет: особенности голосовых нарушений у младших школьников с дизартрией и функциональной несформированности с нормальным речевым развитием.

Гипотеза исследования: мы предполагаем, что:

1. Будут выявлены особенности голосовых нарушений у младших школьников с дизартрией: недостаточная сформированность представлений о высоте и силе звучания голоса, нарушение модуляции голоса по высоте, силе, низкая способность к изменению голоса от верхнего регистра до

нижнего, выраженные нарушения тембра голоса, не умение осуществлять длительный, экономный выдох во время фонации.

У младших школьников с нормальным речевым развитием — функциональная несформированность будет негрубо проявляться в способности к изменению голоса от верхнего регистра до нижнего.

2. Учет выявленных особенностей характеристик голоса у младших школьников с дизартрией позволит составить дифференцированные методические рекомендации по их развитию.

Цель исследования: выявить особенности голосовых характеристик у детей младшего школьного возраста с дизартрией и нормальным речевым развитием, на основе выявленных особенностей составить дифференцированные методические рекомендации.

В соответствии с проблемой, целью, объектом, предметом и гипотезой исследования были выдвинуты следующие **задачи**:

1. Проанализировать литературу по проблеме исследования;
2. Разработать диагностический комплекс по изучению характеристик голоса у детей младшего школьного возраста;
3. Выявить особенности голосовых характеристик у детей младшего школьного возраста с дизартрией и нормальным речевым развитием;
4. На основе выявленных особенностей составить дифференцированные методические рекомендации, направленные на развитие характеристик голоса у детей младшего школьного возраста с дизартрией.

Методологической и теоретической основой исследования явились положения общей и специальной психологии и педагогики:

- о единстве закономерностей развития нормального и аномального ребенка, о потенциальных возможностях развития ребенка (Л.С. Выготский, Е.М. Мастюкова, Ж.И. Шиф);

- принцип системного подхода к диагностике и коррекции нарушений речи (Л.С. Выготский, Р.Е. Левина);
- о механизмах и симптоматике речевых нарушений у детей с дизартрией (Е.Ф. Архипова, Е.Н. Винарская, Л.В. Лопатина, Н.В. Серебрякова и другие);
- положения о языке, как важнейшем средстве общения и социального взаимодействия людей (Л.С. Выготский, А.А. Леонтьев);
- подходы к логопедической работе по формированию характеристик голоса у детей (Е.С. Алмазова, В.В. Емельянов, Е.В. Лаврова, Л.В. Лопатина, Н.В. Серебрякова, Ф.А. Ивановская, О.С. Орлова).

Методы исследования определились в соответствии с целью, гипотезой, задачами исследования. В ходе исследования применялись теоретические и эмпирические методы. Основным теоретическим методом избран метод научного описания, ключевыми компонентами которого являются анализ, синтез, обобщение и сравнение. Полученные данные были проанализированы, обобщены и интерпретированы с опорой на фундаментальные достижения в области коррекционной педагогики и специальной психологии. В качестве эмпирических методов нами использовались следующие: изучение медицинской и психолого-педагогической документации, констатирующий эксперимент, количественный и качественный анализ полученных данных.

Научная новизна и теоретическая значимость исследования заключается в том, что уточнены и дополнены имеющиеся научные представления об особенностях голосовых нарушений у детей младшего школьного возраста с дизартрией и особенности сформированности голосовой функции у младших школьников с нормальным речевым развитием.

Практическая значимость исследования заключается в том, что нами предложены методика диагностики характеристик голоса у детей младшего

школьного возраста с дизартрией и с нормальным речевым развитием, а также методические рекомендации по их развитию, которые могут быть использованы в работе учителей начальных классов, учителей-логопедов.

Организация исследования. Исследование проводилось на базе МБОУ «Шалоболинская СОШ № 18». Для проведения констатирующего эксперимента были сформированы две группы. В экспериментальную группу вошли 10 обучающихся первого класса с дизартрией. Контрольную группу составили 10 обучающихся первого класса с нормальным речевым развитием. При комплектовании групп учитывался возраст детей (7 лет).

Исследование проводилось в течение 2017-2019 годов в три этапа:

1 этап. Изучение и анализ логопедической, психолого-педагогической литературы, формулирование цели, гипотезы и задач исследования, составление плана исследования, разработка методики констатирующего эксперимента (сентябрь 2017 г. - август 2018 г.).

2 этап. Проведение констатирующего эксперимента и анализ его результатов (сентябрь 2018 г. - май 2019 г.).

3 этап. Разработка дифференцированных методических рекомендаций по развитию характеристик голоса у младших школьников с дизартрией, оформление результатов исследования (июнь 2019 - ноябрь 2019).

Апробация результатов исследования осуществлялась через:

- Участие в научно-практических конференциях, семинарах, форумах, практических площадках:

1. Научно-практическая площадка «Логопедическое сопровождение детей с ОВЗ в условиях инклюзивного образования» в рамках VI Международного научно-образовательного форума «Человек, семья и общество: история и перспективы развития». Красноярск, 2017.

2. XIX Международный научно-практический форум студентов, аспирантов и молодых ученых «Молодежь и наука XXI века». Красноярск. 2018.

3. Обучающий семинар «Логопедический массаж». Красноярск, 2018.

4. XX Международный научно-практический форум студентов, аспирантов и молодых ученых «Молодежь и наука XXI века». Красноярск. 2019.

- Публикации основных положений и результатов исследования в сборниках научных трудов:

1. Мигунова К.В. Современное научное представление о дизартрии и способы её коррекции / К.В. Мигунова, О.Г. Дьяченко // Современные тенденции и исследования в системе образования детей с ОВЗ материалы научно-практической конференции студентов, магистрантов и аспирантов. Красноярск: Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева, 2018. – С. 100-101.

2. Мигунова К.В. Особенности модуляции голоса по высоте у младших школьников с дизартрией// Современные технологии коррекционно-развивающей работы с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья: Материалы научно-практической конференции студентов, аспирантов и молодых ученых «Молодежь и наука XXI века». – Красноярск, 2019. – С. 64-66.

Структура и объем. Работа включает в себя введение, две главы, заключение, список литературы, приложение и проиллюстрировано 6 рисунками.

Глава 1. Проблема изучения и коррекции голосовых характеристик у детей с дизартрией и нормальным речевым развитием в психолого-педагогической литературе

1.1. Основные понятия и физические параметры, используемые для оценки характеристики голоса

Изучению различных характеристик голоса, механизмов его порождения с различных позиций посвящены исследования в области физиологии (А.В. Венцов, А.М. Егоров, В.П. Морозов, С.М. Сонки, Л.А. Чистович, М. Hirano и другие), фонетики (Л.Р. Зиндер, Н.В. Зиновьева, С.В. Кодзасов, Е.Н. Малютин, В.Г. Михайлов, Р.К. Потапова, и другие), фониатрии (В.Г. Ермолаев, Ю.С. Василенков, В.П. Морозов, М.И. Фомичев, L. Glaze, D. Bless, P. Milencovic, R. Susser и другие), логопедии (Л.С. Волкова, Е.В. Лаврова, О.С. Орлова, С.Л. Таптапова, С.Н. Шаховская и другие).

Е.В. Лаврова определяет человеческий голос как совокупность разнообразных по своим характеристикам звуков, образующихся при участии голосового аппарата. Источником голоса является гортань с колеблющимися голосовыми складками, расстояние между которыми в специальной литературе принято называть «голосовой щелью». При вдохе голосовая щель полностью раскрыта и приобретает форму треугольника с острым углом у щитовидного хряща. В фазе выдоха голосовые складки сближаются, но не смыкаются полностью. В момент воспроизведения звука, голосовые складки начинают колебаться, пропуская через себя воздух. При шепотной речи голосовые складки не колеблются, они раскрыты, выходящий из легких воздух встречает сопротивление органов артикуляции в виде смычек и щелей, что вызывает специфический шум [28].

Голосовой аппарат представляет собой целый комплекс органов, принимающих участие в процессе голосообразования: носовая полость и ее придаточные пазухи, гортань, глотка, бронхи, трахея, легкие, диафрагма. Патологическое состояние любого из органов голосового аппарата может негативно повлиять на качество голоса [9].

Л.С. Волкова, С.Н. Шаховская выделяют следующие акустические характеристики человеческого голоса: высота голоса, сила голоса, тембр, резонатор. **Высота голоса** — это субъективное восприятие органом слуха частоты колебательных движений. Данная акустическая характеристика зависит от частоты колебаний голосовых складок в секунду. Частота основного тона звука измеряется в герцах и может изменяться в обычной разговорной речи у женщин от 160 до 340 герц, а у мужчин – от 85 до 200 герц. Авторы указывают на то, что изменение высоты основного тона влияет на выразительность речи. Отсутствие заметной, меняющейся мелодики речи делает человеческую речь монотонной, маловыразительной и обычно свидетельствует о каком-либо нарушении [31].

Сила голоса заключается в умении изменять громкость голоса (делать его тихим или громким). Сила голоса – это энергия звука, которая измеряется в децибелах и зависит от интенсивности амплитуды колебаний голосовых складок. Чем больше амплитуда колебаний, тем сильнее голос. О.С. Орлова указывает на то, что сила голоса во многом зависит от правильного дыхания. При этом большую роль играет не только количество воздуха в легких, но и умение расходовать выдыхаемый воздух, поддерживая постоянное подскладочное давление [31].

В характеристике силы голоса особое место занимает **динамический диапазон** – максимальная разница между самым тихим и самым громким звуком. Большой динамический диапазон делает речь особенно выразительной [31].

Специфической характеристикой голоса является *тембр*. Тембр – это окраска, колорит голоса, который индивидуален для каждого человека. Каждый звук голоса состоит из основного тона, который определяет его высоту, а также многочисленных добавочных тонов (обертонов) более высокой, нежели основной тон, частоты. От того, в каких частотных диапазонах возникают обертоны, зависят такие характеристики голоса, как его звонкость и полетность. Сумма звучания основного тона и обертонов создает индивидуальный тембр человека. Тембр определяется совокупностью высоты и силы голоса, тонов и шумов, возникающих в процессе речи [31].

Изучению тембра голоса посвящены исследования таких отечественных ученых как В.Г. Ермолаев, М.П. Морозов, Е.А. Рудаков и других авторов. По данным авторов, тембр формируется благодаря резонансу, возникающему в полостях рта, гортани, глотки, трахеи, бронхов. Резонанс — это резкое возрастание амплитуды колебаний, происходящих при совпадении частоты колебаний внешнего воздействия с частотой собственных колебаний системы. При воспроизведении звука резонанс усиливает его отдельные обертоны, и вызывает совпадение колебаний воздуха в полостях грудной клетки и надставной трубки [19, 36, 41].

Л.Б. Дмитриев определяет резонатор как полость, имеющую определенные физические характеристики. Чем меньше объем резонатора, тем выше тон. В голосовом аппарате человека существует множество полостей и трубок, которые обеспечивают резонанс: полости рта, носа, околоносовых пазух, носоглотки, глотки, гортани, трахея, бронхи. Некоторые из них неизменны по размеру и форме у взрослого человека (полость носа, околоносовые пазухи), поэтому они всегда усиливают одни и те же обертоны. Другие же полости подвижны и могут легко менять свой размер и форму, благодаря чему звук может варьироваться в широких пределах [15].

В исследованиях Р. Юссена выделяется два основных резонатора –

грудной и головной. Головной резонатор включает в себя носовую полость и ее придаточные пазухи. При использовании головного резонатора голос приобретает яркий полетный характер. Грудной резонатор включает в себя трахею и крупные бронхи. При использовании грудного резонатора тембр голоса становится «мягким». Полноценный голос одновременно озвучивает головной и грудной резонаторы и накапливает звуковую энергию [28].

Ю.С. Василенко указывает на то, что особое значение для качества голоса имеет способ его подачи – *атака звука*. Автор выделяет три типа подачи голоса:

1 тип: придыхательная атака. В данном случае сначала идет легкий выдох, затем смыкаются и начинают колебаться голосовые складки. Голос при этом звучит как бы после легкого шума.

2 тип: мягкая атака. При мягкой атаке звука совпадает момент смыкания голосовых складок и начало выдоха.

3 тип: твердая атака. При данном типе голосоподачи голосовые складки смыкаются, после этого происходит выдох, приводящий к их колебаниям.

Ю.С. Василенко отмечает, что наиболее употребительна и физиологически оправдана мягкая атака звука. Злоупотребление двумя другими типами подачи голоса может привести к существенным изменениям в голосовом аппарате и потере необходимых качеств звука. Так, длительное использование придыхательной атаки звука влечет за собой снижение тонуса внутренних мышц гортани, а постоянная твердая атака звука может спровоцировать органические изменения голосовых складок (контактные язвы, гранулемы, узелки) [10].

По мнению А.М. Егорова, для хорошо поставленного голоса характерны такие его свойства, как полетность, благозвучность, подвижность и разнообразие тона. *Благозвучность голоса* определяется чистотой его звучания, отсутствием неприятных призвуков (сиплости, хрипоты, гнусавости), свободой звучания голоса. В понятии «благозвучность

голоса» автор выделяет, в первую очередь, его звонкость, что зависит и от концентрации звука у передних зубов, от его направленности, а также от активности губ. Благозвучность голоса достигается за счет правильной и свободной работы всех органов артикуляционного аппарата, отсутствия напряжения, мускульных зажимов.

Полетность голоса – это способность голоса быть хорошо слышимым на большом расстоянии без увеличения его громкости [16].

Подвижностью голоса называют способность голоса без напряжения меняться по высоте, силе, темпу [16].

Совокупность акустических характеристик голоса, **таких как** высота, тон, сила звучания, ударения и паузы составляют интонационную выразительность голоса [31].

О.С. Орлова указывает на то, что обязательным условием голосообразования является сохранность физиологического дыхания. Автор описывает следующие типы дыхания: поверхностное, грудное, нижнереберное (диафрагмальное). Наиболее оптимальным для правильной голосоподачи является диафрагмальное дыхание, при котором грудная клетка и диафрагма активно включены в работу [38].

Таким образом, основными акустическими характеристиками голоса являются сила, тембр, высота, атака звука, резонирование, благозвучность, полетность и мелодичность. Здоровый голос человека должен быть достаточно громким, высота его основного тона соответствующей возрасту и полу человека, соотношение речевого и носового резонирования должно быть адекватным фонетическим закономерностям данного языка.

1.2. Механизмы и особенности развития голосовых нарушений у детей с дизартрией

Проблема изучения нарушений речи у младших школьников не теряет своей актуальности и по сей день. В частности, это проблема дизартрии, от легких до более тяжелых форм.

В отечественной логопедии дизартрия определяется как нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата. Ведущим дефектом при данной речевой патологии выступает нарушение звукопроизносительной и просодической стороны речи, что связано с органическим поражением центральной и периферической нервных систем [31].

По мнению Е.С. Алмазовой, нарушение просодических компонентов является основным и наиболее стойким признаком дизартрии. При этом одним из первостепенных симптомов дизартрии является нарушение голоса как одного из компонентов просодической стороны речи. Как отмечает автор, причиной нарушения голоса при дизартрии является нарушение эфферентного и афферентного звеньев управления интонацией [1].

Состояние просодической стороны речи и, в частности, механизмы голосовых нарушений у детей и взрослых с дизартрией были раскрыты в исследованиях таких отечественных ученых, как Е.С. Алмазова, Е.Ф. Архипова, Г.Б. Бабина, Е.Н. Винарская, Е.В. Лаврова, Л.В. Лопатина и другими исследователями. Авторы сходятся во мнении о том, что характерной особенностью дизартрии является нарушение голоса, которые обусловлены парезами мышц губ, языка, мягкого нёба, гортани, голосовых складок, нарушениями их мышечного тонуса и ограничением их подвижности [1, 3, 4, 13, 27, 32].

Л.С. Волкова, С.Н. Шаховская указывают на то, что нарушения голоса при дизартрии связаны с парезами мышц голосового аппарата, их слабостью,

что нарушает вибрацию голосовых складок. В этих условиях сила голоса становится минимальной, голос при этом слабый, лишенный мелодичности [31].

Наиболее подробно нарушения голоса при дизартрии описаны у детей с церебральным параличом (Л.А. Данилова, Е.М. Мастюкова, И.И. Панченко, К.А. Семенова, М.Б. Эйдинова). Авторы отмечают, что голосовые нарушения при церебральном параличе обусловлены периферическими парезами или параличами гортани. Иногда причины параличей и парезов установить не удается. Это так называемые идиопатические парезы. Наиболее распространенными являются односторонние нарушения, но также встречаются и двусторонние. Ослабление двигательной функции гортани влечет за собой нейрогенные парезы внутренних мышц на пораженной стороне. Голос при этом становится резко охрипшим или отсутствует вовсе. Наблюдается частое поперхивание, кашель, затрудненное дыхание, дискоординация рефлекторных механизмов дыхания и голосообразования [14, 35, 39, 44].

По данным И.И. Панченко, центральные параличи или парезы гортани возникают при заболеваниях коры головного мозга, продолговатого мозга, варолиева моста, проводящих путей. Автор указывает на то, что нарушение корковой регуляции голосовой функции негативно сказывается на его характеристиках: у детей отмечается недостаточная модулированность голоса, сужение его диапазона [39].

К.А. Семенова говорит о том, что на характер вокализации также оказывает влияние спастичность голосовых складок, что приводит к неполному их смыканию. Из-за этого голос приобретает сиплый оттенок. Нарушения в управлении работой мышц небно-глоточного кольца приводят к носовому оттенку голоса [44].

При этом, как отмечает Е.М. Мастюкова, дизартрия при церебральном параличе может иметь разную степень выраженности — от полной

неспособности к произношению (анартрии) до минимальных дефектов звукопроизношения и просодики. Общий характер речевой патологии, по мнению автора, зависит от условий формирования просодической стороны речи, артикуляционного праксиса, фонематической системы [35].

В исследованиях Л.А. Даниловой указывается на то, что органические нарушения голоса у детей при церебральном параличе делятся на центральные и периферические. Центральные нарушения включают в себя афонию и дисфонию при различных формах дизартрии. К периферическим нарушениям голоса относятся расстройства голоса, связанные с анатомическими изменениями в гортани, надставной трубе, а также со снижением слуха. При медиальном (срединном) положении голосовых складок больше страдает физиологическое дыхание, а чем сильнее голосовая складка отведена в сторону, тем в большей степени нарушается голос. Автор отмечает, что главной причиной голосовых нарушений при дизартрии выступает патология эфферентного и афферентного звеньев управления интонацией. Причиной эфферентного расстройства является ограниченность произвольных движений губ, языка, мягкого нёба, мышц гортани, голосовых складок, нарушения тонуса, гиперкинезы. Причиной нарушения афферентного звена выступает расстройство проприоцептивной импульсации от органов артикуляции, дыхания и голосообразования [14].

И.И. Панченко, Е.М. Мاستюковой описаны особенности нарушения голосовой функции, характерные для различных форм дизартрии при церебральном параличе. При спастико-паретической форме чрезмерное напряжение мышц дыхательного, артикуляционного и голосового аппарата сочетается с вялостью движений органов речевого аппарата. Дискоординация в работе голосообразующих мышц влечет за собой асинхронность всего процесса голосообразования, что выражается в нарушении высоты, силы, тембра и мелодики голоса. Голос детей с данной формой дизартрии слабый, тихий, иссякающий к концу фразы. Ребенок не способен изменять голос по

высоте и силе. Тембр голоса глухой, с назальным оттенком, иногда хриплый, монотонный, тусклый. При спастико-ригидной форме дизартрии отмечается напряженность дыхательных мышц, гиперкинезы гортани, спастические парезы в губной, язычной мускулатуре, мягком нёбе, что влечет за собой назализацию и монотонность голоса. Иногда наблюдается громкий голос, как при крике или плаче ил же, наоборот, слабый, тихий голос. По тембру голос может быть глухим, гнусавым, хриплым, монотонным, сдавленным, гортанным, форсированным, прерывистым. Голос детей с данной формой дизартрии быстро утомляется [35, 39].

При спастико-гиперкинетической форме дизартрии наблюдается сочетание спастического пареза и гиперкинезов. Приданной форме дизартрии наблюдается нарушение мелодических характеристик голоса, отмечается заметное сокращение фонаторного периода, когда голос замирает через 3-5 секунд, ребенок при этом делает частые вдохи. Тембр голоса также приобретает назальное звучание, но при этом назализация голоса не носит постоянного характера, а увеличивается к концу фонации. Певческим голосом обычно дети с данной формой дизартрии не владеют. Гиперкинезы в дыхательной мускулатуре вызывают напряжение или же, наоборот, вялость и слабость. Вследствие чего голос не только слабый и тихий, но и быстро истощающийся. Дискинезия гортани приводит к тому, что голос у детей, с одной стороны, сдавленный, а с другой – вибрирующий. Спастический парез в сочетании с гиперкинезами в губной, язычной мускулатуре придает голосу монотонный характер с выкриками и повышением голоса. Таким образом, основной причиной расстройства голоса при дизартрии у детей с церебральным параличом в одних случаях выступает асинхронность в деятельности дыхательного, артикуляционного и голосового аппарата, а в других – паретичность движений голосовых складок и артикуляционной моторики [39].

Е.Н. Винарская указывает на то, что нарушения голоса при дизартрии крайне разнообразны и специфичны для разных ее форм [13]. В отечественной логопедии выделяют корковую, бульбарную, псевдобульбарную, мозжечковую, экстрапирамидную (подкорковую) дизартрию и так называемые «стертые» формы дизартрии.

Так, при бульбарной дизартрии вследствие поражения ядер, корешков или периферических отделов седьмого, девятого, десятого и двенадцатого черепно-мозговых нервов нарушения звукопроизношения сопровождаются носовым оттенком голоса. При парезах небно-язычных и небно-глоточных мышц подъем небной занавески в момент фонации затрудняется, происходит утечка воздуха через нос, голос приобретает назальный оттенок, искажая тембр голоса, при этом недостаточно выражены шумовые признаки речевых звуков [31а].

При псевдобульбарной дизартрии нарушение звукопроизношения носят более распространенный, нежели при бульбарной дизартрии характер, и сочетаются с выраженными нарушениями дыхания, голоса, интонационно-мелодической стороны речи [31].

Наиболее выраженные голосовые нарушения наблюдаются при экстрапирамидной дизартрии. Повышение тонуса в мышцах голосового аппарата и дыхательной мускулатуре может полностью исключить возможность вибрации голосовых складок, вследствие чего резко нарушается процесс голосообразования [35].

У детей с дизартрией с менее выраженными нарушениями мышечного тонуса голос имеет гнусавый, назальный оттенок из-за недостаточного тонуса мышц мягкого неба. Наблюдаются трудности изменения голоса по силе и высоте, что делает речь детей с дизартрией монотонной, невыразительной, однообразной. Также отмечается затухание голоса, переходящее в неясное бормотание [33].

Ю.В. Лыхенко было проведено изучение силы и высоты голоса у

старших дошкольников со стёртой формой дизартрии. В результате исследование автором было выявлено, что у детей с преобладанием паретического компонента нарушения голосовые нарушения проявлялись преимущественно в сдавленности, придыхательности, назальном оттенке. У дошкольников с преобладанием спастического компонента наблюдалась приглушённость высоты тона голоса [34].

В исследовании Г.В. Бабиной и Р.Е. Идес описаны следующие характеристики голоса детей со стёртой дизартрией:

- трудности в использовании высокого голоса при произнесении коротких фраз, имитации речи различных персонажей сказок;
- соскальзывание на средний регистр звучания голоса к концу фразы;
- затруднения в применении громкого голоса, его ослабление к концу фразы [4].

Е.Ф. Архипова указывает на то, что у всех детей с дизартрией, независимо от ее формы, нарушается просодическая сторона речи, включая голос. Автор объясняет это тем, что при органическом поражении двигательных нервов или речевых отделов в головном мозге нарушается полноценная передача нервных импульсов, что свою очередь приводит парезам или параличам мышц речевого аппарата. Вследствие того, что парезы затрагивают не только мышцы языка и губ, но и мышцы голосовых связок, небные мышцы, а также мышцы органов дыхания, происходит нарушение голосообразования и речевого дыхания [3].

Несмотря на различие клинической картины дизартрии, можно выявить некоторые общие закономерности нарушения голосовой функции у детей с данной речевой патологией. В целом, по мнению отечественных исследователей (Л.С. Волковой, Л.В. Лопатиной, О.С. Орловой, Н.В. Серебряковой, Г.В. Чиркиной и других), для детей с дизартрией характерны следующие голосовые нарушения:

- гнусавость, назальный оттенок голоса;

- недостаточная сила голоса, слабый, тихий, иссякающий в процессе речи голос;
- нарушения тембра голоса, который может быть глухим, хриплым, монотонным, сдавленным, тусклым или же гортанным, прерывистым, форсированным, напряженным;
- голос либо слабый и вялый, либо чрезмерно громкий, срывающийся на фальцет;
- слабая выраженность или отсутствие модуляции голоса, трудности изменения голоса по высоте и силе [31, 32, 33, 38].

Е.Э. Артемова отмечает, что при осознании нарушений голоса у детей с дизартрией снижается потребность в коммуникации, вследствие чего они в более длительные сроки накапливают словарный запас и овладевают языковой системой в целом [2].

Таким образом, у детей с дизартрией отмечается патологическое изменение акустических характеристик голоса, что существенно обедняет интонационное оформление речи детей, отражающее эмоциональную и смысловую стороны высказывания. Нарушения голоса негативно влияют на становление коммуникативной деятельности детей с дизартрией, что подчеркивает социальную значимость данной проблемы. Данный факт говорит о необходимости планомерной работы по коррекции голосовых нарушений у детей с целью их успешной социальной адаптации.

1.3. Способы коррекции нарушений голоса у детей с речевыми нарушениями в трудах отечественных ученых

Коррекция нарушений голоса у детей с речевой патологией является одной из актуальных проблем в современной логопедической науке и

практике. В литературных источниках представлены различные методики по коррекции голосовых нарушений у детей и взрослых с органическими и функциональными расстройствами голоса (Е.С. Алмазова, Л.И. Белякова, И.И. Ермакова, Ф.А. Ивановская, А.Г. Ипполитова, С.В. Леонова, О.С. Орлова, С.Л. Таптапова и другие), а также методики по формированию интонационной выразительности (Л.А. Копачевская, Е.В. Лаврова, Л.В. Лопатина, Л.В. Забродина, Е.Е. Шевцова и другие). Отдельные приемы работы, описанные в данных методиках, можно применять в коррекции нарушений голоса у детей с дизартрией.

В логопедической литературе имеется описание различных методик коррекционной работы с детьми с дизартрией (Л.С. Волкова, Н.Н. Волоскова, Л.А. Данилова, М.В. Ипполитова, Л.В. Лопатина, О.В. Правдина, Н.В. Серебрякова и другие). В данных методиках приводятся общие указания на необходимость воздействия на различные стороны речевого развития у детей с дизартрией. Традиционно, авторами выделяется несколько направлений логопедического воздействия: нормализация мышечного тонуса и развитие движений органов артикуляционного аппарата; развитие дыхательной функции, а также силы, модуляции и выразительности голоса; коррекция фонетической стороны речи; развитие устной речи; развитие высших психических функций. Авторы сходятся во мнении о том, что для развития голоса необходимо обязательно проводить комплекс дыхательной гимнастики, голосовые и фонопедические упражнения [6, 14, 31, 33, 35, 40].

М.В. Ипполитова и Е.М. Мастюкова отмечают, что одним из важнейших направлений в работе с детьми с церебральным параличом при дизартрии является работа над голосом. Авторы предлагают вести работу по коррекции нарушений голоса в рамках ортофонического метода. Данный метод предполагает проведение дыхательных, артикуляционных и вокальных упражнений, целью которых выступает развитие координированной деятельности голосообразования, дыхания и артикуляции. При этом авторы

делают акцент на том, что нормальное голосообразование возможно лишь в том случае, когда у ребенка достаточно развиты движения челюсти, то есть он может открывать и закрывать рот, имитировать жевательные движения. К способам развития голосовой функции авторы относят медленное произнесение гласных, совместное пение ребенка и логопеда, выразительную декламацию, произнесение слогов с постепенным удлинением слоговых цепочек, произнесение стихотворений и скороговорок со сменой ударения и убыстрением темпа речи, изменением высоты и силы голоса [35].

Е.С. Алмазовой предложена методика логопедической работы по восстановлению голоса у детей. Основной метод работы, на котором базируется данная методика – это ортофонический метод, предполагающий использование дыхательных, артикуляционных и голосовых упражнений. Целью данных упражнений является восстановление или создание функциональной взаимосвязи между артикуляцией, дыханием и голосообразованием. Автор указывает на то, что для активизации голосовых складок необходимо проведение специальных упражнений: стоны или имитации мычания, кашля, подражания голубиному воркованию, произнесения гласного «а» на твердой атаке, массажа гортани. Затем произносится звук «м» в слиянии с гласными в прямых и обратных слогах сначала в среднем регистре голоса, затем ребенка обучают повышать и понижать голос, усиливать и ослаблять его при произнесении гласных, согласных, слогов. При этом логопед должен обращать внимание ребенка на правильное формирование звуков в ротоглоточной полости, поэтому, как отмечает Е.С. Алмазова, логопедическую работу при дисфонии целесообразно начинать с детьми старшего дошкольного возраста, поскольку постоянный контроль за качеством звучащего голоса возможен лишь при сознательном отношении ребенка к своему дефекту [1].

Е.С. Алмазовой также описана логопедическая работа по устранению назализации голоса. Наиболее целесообразным и эффективным методом

восстановления голосовой функции при ринофонии, по мнению автора, является комплексный ортофонический метод, который включает как физиомеханотерапевтическое воздействие на мышцы мягкого неба и глотки, так и фониатрическое и психотерапевтическое воздействие. Е.С. Алмазова выделяет два этапа работы по устранению назального оттенка голоса:

1 этап: подготовительный, целью которого выступает подготовка личности ребенка, его артикуляционного и дыхательного аппарата к последующим интенсивным голосовым упражнениям. Данный этап включает в себя психотерапию; физиомеханотерапевтическое воздействие на мышцы мягкого нёба, задней стенки глотки; артикуляционную и дыхательную гимнастику. Логопедическая работа начинается с активизации мышц мягкого неба и задней стенки глотки. При этом применяются общепринятые в логопедической практике приемы: (покашливание, позевывание, полоскание горла, имитация «жевания», глотание воды, произнесение гласных «а», «э» на твердой атаке). Автор на данном этапе предлагает использовать упражнения с преодолением сопротивления. Например, ребенок максимально вытягивает язык, с помощью взрослого или самостоятельно, после пытается втянуть язык внутрь, а логопед легкими рывками вытягивает его. Е.С. Алмазовой также описываются подобные упражнения для челюсти и головы [1].

На подготовительном этапе также активно применяются дыхательные упражнения с целью дифференциации носового и ротового дыхания, выработки силы и продолжительности ротового выхода. Е.С. Алмазова отмечает, что дыхательные упражнения уменьшают напряжение диафрагмы и мышц брюшного пресса, а, следовательно, и гортанных мышц, что делает звучание голоса более легким, свободным и естественным [1].

После выработки ротового выдоха и активизации движения мягкого нёба, когда ребенок почувствует, что может сделать голосовое усилие, переходят к произвольным голосовым упражнениям, выполняемым по методу самонастройки голосового аппарата вслед за логопедом.

2 этап: основной. На данном этапе осуществляется развитие высоты, тембра голоса, длительности и силы его звучания, постановка певческого голоса, развитие его интонационно-мелодических характеристик. Логопед предлагает ребенку поиграть голосом и в это время производит легкие ритмичные движения в области гортани, шеи, груди, живота, спины. Этот прием позволяет вызвать непроизвольную модуляцию голоса и удлинение голосоподачи. После этого даются слоговые певческие упражнения, в которых ребенку нужно спеть какой-либо знакомый легкий мотив с повторением простого слога, например «та-та-та». При выполнении голосовых упражнений, как отмечает Е.С. Алмазова, важно постоянно контролировать звучание голоса при максимально поднятом мягком небе и правильно направленной воздушной струе. Основным залогом эффективности логопедической работы является сознательное и активное отношение ребенка к процессу коррекции нарушений голоса [1].

О.С. Орловой описана фонопедическая работа по восстановлению голоса у детей, которая включает в себя три этапа:

1 этап: подготовительный. Основными задачами этого этапа являются активное сознательное включение ребенка в коррекционный процесс, подготовка артикуляционного, дыхательного и голосового аппарата к последующим голосовым тренировкам. Занятия начинают со статических дыхательных упражнений, используя гласные и глухие щелевые согласные звуки.

2 этап: формирование нового механизма голосообразования. На данном этапе происходит активное формирование навыков речевого дыхания, воспитание нового стереотипа голосообразования, предполагающего оптимальное звучание голоса при минимальном мышечном напряжении.

3 этап: закрепление и автоматизация речевого стереотипа. На третьем этапе закрепляются полученные навыки, расширяется диапазон звучания голоса, а также воспитывается выносливость к голосовым нагрузкам. Для

закрепления голосовых навыков используется речевой материал различной степени сложности: пословицы, стихи, скороговорки [38].

О.С. Орлова выделяет два направления коррекции голосовых нарушений: восстановление органической структуры артикуляционного и голосового аппарата (медикаментозное лечение, фонохирургия); коррекция поведения и личности ребенка (психотерапия) и выработка правильных голосовых стереотипов и техники голосообразования (голосовой тренинг) [38].

Таким образом, комплекс реабилитационных мероприятий по восстановлению и развитию голоса, предложенный О.С. Орловой, включает следующие разделы: психотерапию, развитие речевого слуха, общей, артикуляционной моторики, работу над фонационным дыханием, развитие артикуляционно-резонаторной системы, расширение диапазона звучания [38].

О.С. Орловой описаны упражнения для развития резонирования голоса. Для активизации верхнего резонатора применяют упражнения с сонорными звуками «м», «н», при произнесении которых логопед добивается от ребенка ощущения вибрации верхней губы, крыльев носа и альвеолярного отростка. При недостаточной активности грудного резонирования автор предлагает применять голосовые упражнения с произнесением гласных звуков «у» или «о», которые усиливаются искусственно вызванной вибрацией путем надавливания на грудную клетку или с помощью вибромассажеров.

О.С. Орлова указывает на то, что при гипотонусной дисфонии, парезах и параличах гортани оптимальных результатов удается достичь при произнесении закрытых слогов с глухими взрывными согласными, особенно если в них включен звук «р» («крюк», «крак», «крэк», «крук»). При гипертонусной дисфонии хорошие результаты достигаются за счет отработки артикуляции гласных, затем шепотной фонации, далее тихого звучания [38].

Л.И. Белякова и Н.Н. Волоскова выделяют следующие задачи развития

голосовой функции у детей с дизартрией: развитие силы и динамического диапазона голоса; формирование навыков голосоподачи и голосоведение; развитие мелодических характеристик голоса. Работу в данном направлении авторы предлагают начинать с формирования диафрагмального вдоха, а также изолированного произнесения гласных звуков, начиная со звука «а», а затем переходя к звукам «о», «у», «э». При этом авторы отмечают, что логопеду необходимо следить за тем, чтобы звук ребенком произносился в процессе выдоха и не прерывался дополнительными вдохами. Для развития интонационно-мелодических характеристик голоса у детей авторы предлагают использовать совокупность гласных звуков с изменением высоты голоса и интонации (вопрос, удивление и т.д.) [6, 7].

О.В. Правдина указывает на то, что для развития голосовой функции у детей с дизартрией большую роль играет активизация движений мягкого неба и укрепление мышц небной занавески. С этой целью автор предлагает использовать упражнения с чередованием расслабления и напряжения: стимуляция зевания и кашлеподобных движений, глотание капель воды, произнесение гласного «а» на твердой атаке, попеременное произнесение, например: м-па-м-па, м-бай-м-бай. По мнению О.В. Правдиной, важной составляющей работы по формированию мелодико-интонационных характеристик голоса является работа над логическим ударением. Детям предлагается выделять слово, на которое падает смысловое ударение, голосом и движением: притопыванием, хлопаньем в ладоши. Развитие у детей естественных интонаций осуществляется с помощью произнесения междометий (Ай! Ой! Эй!). Постепенно происходит усложнение речевого материала: появляются короткие, а затем длинные ритмические фразы. При этом внимание детей постоянно обращается на то, с какой интонацией следует произносить междометия и слова, какой мимикой пользоваться [40].

Л.В. Лопатиной, Н.В. Серебряковой предложена методика работы над голосом у детей со стертой дизартрией, которая нацелена, в первую очередь,

на развитие интонационной выразительности речи, формирование навыков владения голосовыми модуляциями. Авторы предлагают вести логопедическую работу через систему специальных упражнений, направленных на развитие восприятия и воспроизведения различных ритмических структур на постепенно усложняющемся материале от слогов до фраз и стихотворений. При воспроизведении речевого материала детей обучают изменять голос по высоте и силе [33].

Л.В. Забродина, Б.Б. Шевцова предлагают формировать интонационные характеристики голоса через дыхательную гимнастику, артикуляционно-мимическую гимнастику, голосовую (тренировка силы и высоты голоса) и интонационную гимнастику, логоритмические упражнения [21].

Таким образом, в отечественной логопедии существует большое количество методик по восстановлению и развитию голосовой функции у детей с речевой патологией. В то же время работа по коррекции нарушений голоса у детей младшего школьного возраста с дизартрией представлена в имеющихся разработках недостаточно полно. В основном отечественные ученые делают акцент на развитии высоты и силы голоса и устранении ринофонии, в то время как работа над другими акустическими характеристиками голоса, такими как тембр, динамический диапазон, освещена лишь поверхностно. Данный факт говорит о необходимости поиска новых путей работы по коррекции голосовых нарушений у младших школьников с дизартрией.

Выводы по 1 главе:

1). Голосовой аппарат представляет собой целый комплекс органов, принимающих участие в процессе голосообразования: носовая полость и ее придаточные пазухи, гортань, глотка, бронхи, трахея, легкие, диафрагма. Патологическое состояние любого из органов голосового аппарата может негативно повлиять на качество голоса. Основными акустическими характеристиками голоса являются сила, тембр, высота, атака звука, резонирование, благозвучность, полетность и мелодичность.

2). У детей с дизартрией отмечается патологическое изменение акустических характеристик голоса: силы, высоты, тембра, модуляции голоса. Нарушения голоса существенно обедняют интонационное оформление речи детей с дизартрией, искажают эмоциональную и смысловую составляющую высказывания, что негативно сказывается на коммуникативной деятельности детей. Данный факт говорит о необходимости планомерной работы по коррекции голосовых нарушений у детей с целью их успешной социальной адаптации.

3). В настоящее время существует значительное количество методик по восстановлению и развитию голосовой функции у детей с речевой патологией. В то же время работа по коррекции нарушений голоса у детей младшего школьного возраста с дизартрией представлена в имеющихся разработках недостаточно полно. Отечественные ученые, в основном, делают акцент на развитии высоты и силы голоса и устранении назализации, в то время как работа над другими акустическими характеристиками голоса, такими как тембр, динамический диапазон, освещена лишь поверхностно. Данный факт говорит о необходимости поиска новых путей работы по коррекции голосовых нарушений у младших школьников с дизартрией.

Глава 2. Сравнительное изучение голосовых характеристик у детей с дизартрией и нормальным речевым развитием

2.1. Организация и методика констатирующего эксперимента

Целью исследования явилось изучение особенностей голосовых нарушений у детей младшего школьного возраста с дизартрией.

Констатирующий эксперимент проводился на базе МБОУ «Шалоболинская СОШ № 18».

Для проведения констатирующего эксперимента были сформированы две группы. В экспериментальную группу вошли 10 обучающихся первого класса с дизартрией. Контрольную группу составили 10 обучающихся первого класса с нормальным речевым развитием. При комплектовании группы учитывался характер речевого дефекта (дизартрия), возраст детей (7 лет).

При изучении особенностей голоса у младших школьников с дизартрией мы, опираясь на работы Н.М. Борозинца, Т.С. Шеховцовой [8], Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской [31], оценивали голос по следующим характеристикам:

1. Речевое дыхание;
2. Высота голоса;
3. Сила голоса;
4. Тембр голоса;
5. Мелодичность голоса.

Оценка особенностей голоса у младших школьников с дизартрией осуществлялась с помощью заданий следующих методик:

1. Методика обследования просодической стороны речи у старших дошкольников и младших школьников (Е.Ф. Архипова) [3];
2. Методика экспериментального изучения акустических характеристик голоса и интонационной стороны речи детей (В.И. Филимонова) [49];
3. Методика диагностики уровня сформированности речевой деятельности ребенка (А.В. Ястребова, О.И. Лазаренко) [53];
4. Методики из раздела «голос» по учебнику «Сценическая речь» (В.Я. Жуковский) [20].

Задания из данных методик позволяют выявить особенности тембра ребенка, умение управлять голосом, опускаться с верхнего регистра на нижний, интонировать голос. В фонопедии и логопедии выделяется три голосовых регистра, а в сценической речи – девять. В связи с этим, данные методики дают более широкие возможности для оценки особенностей тембра у детей с дизартрией. Мы модифицировали задания методики В.Я. Жуковского с учетом особенностей детей младшего школьного возраста с дизартрией. Модификация методики заключалась в том, что детям предъявлялась иная инструкция, давался образец выполнения задания, вместо проговаривания использовалась пропевка речевого материала.

Методика констатирующего эксперимента включала в себя 5 серий заданий:

- Серия 1. Оценка речевого дыхания
- Серия 2. Обследование модуляций голоса по высоте;
- Серия 3. Обследование модуляций голоса по силе;
- Серия 4. Обследование тембра голоса;
- Серия 5. Обследование мелодичности голоса.

Пятая серия заданий включала в себя адаптированное нами упражнение из методики В.Я. Жуковского на материале русской народной сказки «Репка».

Каждое задание пяти серий оценивалось отдельно. Затем суммировалось количество набранных детьми баллов по каждой из серий

методики констатирующего эксперимента. Общая оценка результатов констатирующего эксперимента осуществлялась посредством суммирования набранных детьми баллов по всем сериям заданий методики констатирующего эксперимента.

Серия 1. Оценка речевого дыхания

Цель: оценка умения осуществлять длительный, экономный выдох во время фонации.

Инструкция: «Послушай внимательно предложение и повтори его. Старайся сказать предложение плавно, на одном выдохе».

Речевой материал:

1. Девочка рисует цветок.
2. Девочка рисует цветок карандашами.
3. Девочка рисует красивый цветок карандашами.
4. Девочка рисует красивый цветок цветными карандашами.

Ход обследования: экспериментатор фиксирует сколько слов ребенок сказал на одном дыхании.

Серия 2. Обследование модуляций голоса по высоте

Задание 1. Произношение автоматизированных рядов, слов с разной высотой голоса по инструкции.

Цель: Определить возможности ребенка самостоятельно изменять высоту голоса при произнесении слов.

Инструкция: «Посчитай от 1 до 5 разным по высоте голосом так, чтобы первое слово было произнесено высоко, второе ниже и т. д. и наоборот» [49].

Задание 2. Воспроизведение поступательного повышения и понижения голоса на гласных звуках с опорой на графическое изображение

Цель: Определить возможности ребенка самостоятельно изменять высоту голоса при произнесении гласных звуков.

Материал для обследования: изображение лесенки.

Инструкция: «Попробуй не ногами, а голосом подняться по ступенькам, а потом голосом спуститься вниз. Когда голос поднимается по ступенькам, он будет становиться тоньше. Когда голос будет спускаться вниз по ступенькам, то будет становиться ниже. Давай попробуем прошагать со звуком «А» (экспериментатор дает образец). А теперь ты будешь шагать со звуком «У»» [3].

Критерии оценки (общие для двух заданий серии):

2 балла – задание выполняется с достаточными модуляциями по высоте;

1 балл – задание выполняется с недостаточными модуляциями голоса по высоте;

0 баллов – задание выполняется без модуляций голоса по высоте.

Баллы выставляются за каждое задание из двух предложенных заданий.

Задание 3. Изучение сформированности представления о высоте звучания голоса

Цель: оценка уровня сформированности представления о силе звучания голоса.

Материал для обследования: пять картинок с изображением животных: мышь, заяц, лиса, волк, медведь.

Инструкция: «Разложи животных в такой последовательности: от самого высокого голоса к самому низкому».

Критерии оценки:

2 балла – задание выполнено верно;

1 балл – задание выполнено с 1-2 ошибками;

0 баллов – задание выполнено не верно.

Общая оценка результатов по второй серии заданий осуществлялась посредством суммирования набранных детьми баллов за

каждое задание серии. Уровень сформированности умения модулировать голос по высоте определялся в соответствии набранным младшими школьниками баллам:

Высокий уровень – 6 баллов;

Средний уровень – 4-5 баллов;

Низкий уровень – 0-3 баллов.

Серия 3. Обследование модуляций голоса по силе.

Задание 1. Воспроизведение отдельных звуков и звукоподражаний, произнесенных с разной силой голоса.

Цель: определить умение ребенка изменять громкость голоса.

Материал для обследования: предметные картинки, на которых изображены объекты, расположенные близко и далеко.

Инструкция: «Слушай внимательно. Плышет пароход, он гудит: «УУУУУ». Если пароход близко – он гудит громко, если далеко – тихо: «уууу». Покажи, как гудит пароход, если он близко? Если далеко?».

Речевой материал: пароход близко, пароход далеко, жук далеко, жук близко, лягушка близко, лягушка далеко.

Задание 2. Воспроизведение постепенного нарастания и падения силы голоса при произнесении отдельных звуков и звукоподражаний.

Цель: определить умение ребенка постепенно изменять силу голоса.

Инструкция: «Послушай, так гудит приближающийся пароход: у-у-У-У. Покажи, как гудит приближающийся самолет и т.д.».

Речевой материал:

Как гудит приближающийся самолет?

Как жужжит приближающийся жук?

Как воет приближающийся волк?

А как воет удаляющийся волк?

Как гудит удаляющийся самолет?

Как гудит приближающийся самолет? [3]

Задание 3: Чтение стихотворения с изменением силы голоса по контексту.

Цель: Определить возможности ребенка изменять силу голоса, исходя из текста.

Инструкция: Прочти про себя стихотворение, подумай, где нужно изменить силу голоса. Прочти вслух.

Речевой материал:

Тихо, тихо, тихо, тихо

Не шумите

Спит ежиха.

Как колючие комочки

Рядом спят

Ее сыночки.

Была тишина, тишина, тишина...

Вдруг грохотом грома сменилась она!

И вот уже дождик тихонько

Ты слышишь?...

Гром грохочет – бух, трах!

Словно горы рушит.

Тишина в испуге – Ах!

Затыкает уши. (А. Чилыгин) [53].

Критерии оценки (общие для всех заданий серии):

2 балла – задание выполняется с достаточными модуляциями по силе;

1 балл – задание выполняется с недостаточными модуляциями голоса по силе;

0 баллов – задание выполняется без модуляций голоса по силе.

Баллы выставляются за каждое задание из трех предложенных заданий серии.

Общая оценка результатов по третьей серии заданий осуществлялась посредством суммирования набранных детьми баллов за каждое задание серии. Уровень сформированности умения модулировать голос по силе определялся в соответствии набранным младшими школьниками баллам:

Высокий уровень – 6 баллов;

Средний уровень – 4-5 баллов;

Низкий уровень – 0-3 баллов.

Серия 4. Обследование тембра голоса

Задание 1. Выявление назального тембра голоса. Определение гипо и гиперназализации

Материал для обследования: предметные картинки.

Инструкция: «Назови картинки. А теперь зажми нос пальцами и назови снова эти картинки».

Ход обследования: ребенок сначала произносил картинки без зажимания носа, а затем зажимал нос пальцами и произносил изображенные на картинках слова. Экспериментатор фиксировал, изменяется ли тембр голоса или остается прежним. В норме, при нормальном тембре зажимание носа приводит к гиперназализации (появляется носовой оттенок голоса). При гипоназализации как при открытых носовых ходах, так и при зажимании носа, тембр остается прежним. При гиперназализации назальный оттенок голоса отмечается без зажимания носа, при закрытии ноздрей гиперназализация будет нарастать.

Речевой материал: машина, муха, замок, носки, слон, ноги, нос.

Критерии оценки:

2 балла – нормальный голос, отклонений от нормального тембра не отмечается;

1 балл – умеренные нарушения тембра, тембр ребенка может быть грубым или «писклявым», назализованным;

0 баллов – выраженные нарушения тембра голоса, тембр ребенка может быть гортанным, резким, глухим, гипер или гипоназализованным.

Задание 2. Анализ умения управлять голосом и опускаться с верхнего регистра до нижнего.

Цель: оценка уровня сформированности представления о высоком и низком голосе, умения изменять голос и перестраиваться с верхнего до нижнего регистра.

Инструкция: «Послушай, как я читаю стихотворение. А теперь прочитай стихотворение, изменяя голос так же, как я»

Ход обследования: экспериментатор показывает ребёнку, как он читает стихотворение «В лесу родилась ёлочка», постепенно опускаясь с самого высокого регистра до нижнего. При этом одна рука тоже поднята вверх и опускается вместе с голосом. Задача ребёнка повторить «Ёлочку». Особое внимание обращается на то, чтобы ребёнок постепенно опускался с верхнего регистра на нижний, и не говорил весь текст в одном регистре [20].

Критерии оценки:

2 балла – задание выполняется правильно, ребенок при прочтении стихотворения опускается с верхнего регистра на нижний;

1 балл – задание выполняется не точно, ребенок с верхнего регистра опускается на средний, дочитывая строчки стихотворения на среднем регистре;

0 баллов – задание не выполняется, ребенок не изменяет тембр голоса.

Задание 3. Произвольное изменение тембра голоса.

Цель: выявить умение ребенка изменять тембр голоса.

Материал для обследования: сюжетная картинка с персонажами сказки «Колобок».

Инструкция: «Вспомни, кто пугал колобка и хотел его съесть? Покажи, каким голосом говорил заяц? Волк? Медведь? Лиса?».

Заяц – звонкий, чистый голос.

Волк – грубый, низкий голос, с угрозой.

Медведь – громкий, низкий, спокойный голос.

Лиса – мягкий, ласковый, хитрый голос.

Ход обследования: В предварительной беседе уточнялось содержание сказки «Колобок», выяснялось, какими голосами говорят персонажи сказки – одинаковыми или разными [3].

Критерии оценки:

2 балла – правильное выполнение задания с точным соответствием всех характеристик тембра голоса данного персонажа;

1 балл – при выполнении задания отмечаются некоторые изменения окраски голоса, но они недостаточно выразительные и не совсем правильные;

0 баллов – выполнение заданий без модуляций голоса (звучание голоса невыразительное, монотонное, тусклое).

Общая оценка результатов по четвертой серии заданий осуществлялась посредством суммирования набранных детьми баллов за каждое задание серии. Уровень сформированности умения изменять тембр голоса определялся в соответствии набранным младшими школьниками баллам:

Высокий уровень – 6 баллов;

Средний уровень – 4-5 баллов;

Низкий уровень – 0-3 баллов.

Серия 5. Обследование мелодичности голоса.

Задание 1. Произнесение фраз с различной интонацией

Цель: выявить у ребёнка умение изменять интонацию голоса по подражанию и без.

Инструкция: «Прочитай мне сказку с выражением».

Речевой материал: русская народная сказка «Репка»

Ход обследования: экспериментатор, в качестве примера, читает несколько строчек из сказки «Репка» ребенка, изменяя интонацию. Затем просит ребенка прочитать сказку с такой же интонацией.

Задание 2. Произнесение фраз с вопросительной интонацией с разным логическим ударением.

Цель: выявить способность ребенка использовать логическое ударение.

Материал для обследования: схемы, отражающие логическое ударение во фразе (ШШШ _____; _____ ШШШ _____; _____ ШШШ)

Инструкция: «Посмотри на схему. Произнеси вопросительно фразу «Мама мыла Милу», выделяя голосом ключевое слово так, как показано на схеме».

Задание 3. Инсценировка сказок с различным интонационным оформлением голоса.

Цель: выявить умение ребенка передавать голосом характер персонажей.

Инструкция: «Прочитай сказку. Постарайся с помощью голоса передать характер персонажей».

Речевой материал:

Фрагмент русской народной сказки «Маша и медведь»:

Идёт медведь между ёлками, бредёт медведь между берёзками, в овражки спускается, на пригорки поднимается. Шёл-шёл, устал и говорит:

– Сяду на пенёк,

Съем пирожок.

А Машенька из короба:

– Вижу, вижу!

Не садись на пенёк!

Не ешь пирожок!

Неси бабушке,

Неси дедушке!

– Ишь, какая глазастая, – говорит медведь, – все видит [49].

Критерии оценки (общие для всех заданий):

2 балла – голос мелодичный, интонационно выразительный, ребенок передает интонации различного типа;

1 балл – ребенок передает интонацию и логическое ударение недостаточно выразительно и не совсем правильно;

0 баллов – задание выполняется без передачи соответствующей интонации и логического ударения. Звучание голоса не мелодичное, не выразительное, монотонное.

Баллы выставляются за каждое задание пятой серии.

Общая оценка результатов по пятой серии заданий осуществлялась посредством суммирования набранных детьми баллов за каждое задание серии. Уровень сформированности умения интонировать голос определялся в соответствии с набранными младшими школьниками баллами:

Высокий уровень – 6 баллов;

Средний уровень – 4-5 баллов;

Низкий уровень – 0-3 баллов.

Общая оценка результатов по всем сериям заданий методики констатирующего эксперимента осуществлялась посредством суммирования набранных детьми баллов по всем сериям заданий методики констатирующего эксперимента. Нами были выделены следующие уровни, характеризующие голосовые нарушения у младших школьников с дизартрией:

Высокий уровень (24 балла) – ребенок выполняет все задания правильно, голос выразительный, мелодичный, имеет достаточные модуляции по высоте и силе, отсутствуют отклонения от нормального тембра;

Средний уровень (13-23 баллов) – ребенок выполняет задания частично, демонстрирует недостаточную способность к модуляции голоса по высоте и силе, голос имеет недостаточную интонационную выразительность, отмечаются умеренные нарушения тембра голоса;

Низкий уровень (0-12 баллов) – ребенок не справляется с заданиями, голос монотонный, не выразительный, наблюдается низкая способность к модуляции голоса по высоте и силе, выраженные нарушения тембра голоса.

Все данные исследования фиксировались в протоколе обследования особенностей голоса младших школьников (Приложение А).

2.2. Анализ результатов констатирующего эксперимента

Нами осуществлялась оценка результатов обследования обучающихся первого класса с дизартрией и нормальным речевым развитием по каждой из серий заданий методики констатирующего эксперимента.

По первой серии заданий (оценка речевого дыхания) осуществлялось изучение умения осуществлять длительный, экономный выдох во время фонации (рис. 1).

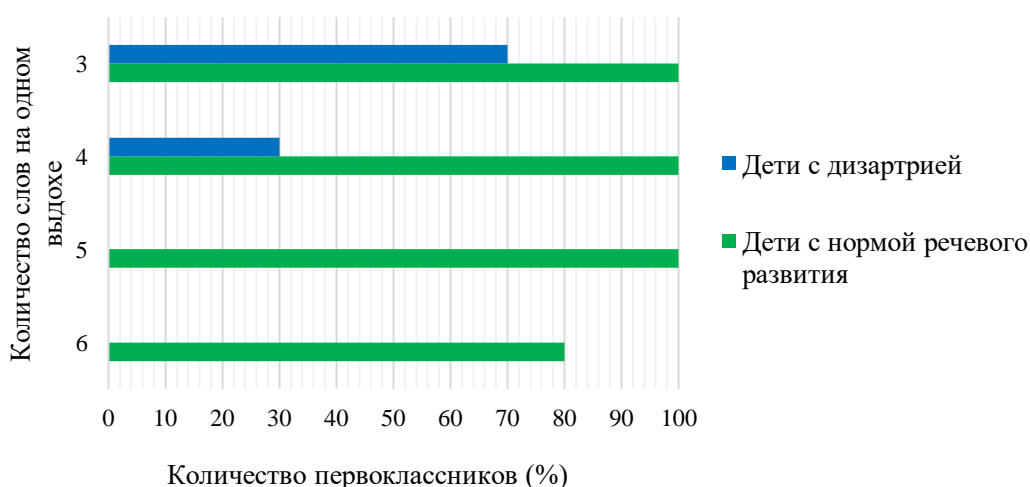


Рисунок 1 – Результаты изучения речевого дыхания обучающихся первого класса с дизартрией и нормальным речевым развитием

Так, большинство первоклассников с нормальным речевым развитием (80 %) смогли произнести максимальное количество слов на одном дыхании (6 слов). Из них 40 % детей смогли воспроизвести на одном выдохе фразу из 6 слов со второй попытки. 20 % детей с нормой речевого развития смогли воспроизвести на одном дыхании фразу из 5 слов. Большинство первоклассников с дизартрией (70 %) смогли воспроизвести на одном выдохе фразу из трех слов. При нарастании количества слов наблюдался добор воздуха первоклассниками с дизартрией после третьего слова или во время произнесения четвертого слова (речь на вдохе). Лишь 30 % детей с дизартрией сумели со второй попытки произнести фразу из четырех слов, при этом отмечалось затухание голоса к концу фразы.

По второй серии заданий (обследование модуляций голоса по высоте) нами осуществлялось изучение возможности детей самостоятельно изменять высоту голоса при произнесении гласных звуков и слов, а также оценка уровня сформированности представления о силе звучания голоса (рис. 2).

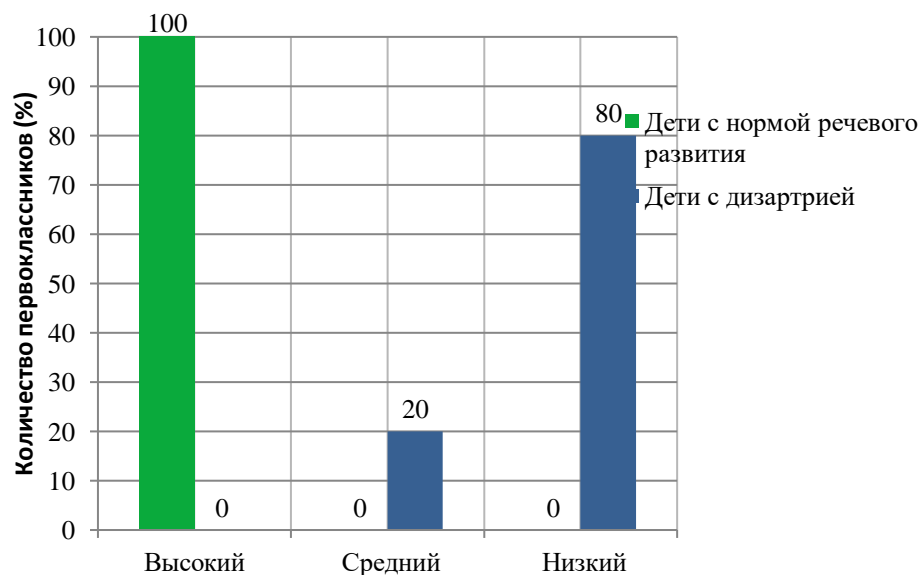


Рисунок 2 – Уровни сформированности умения модулировать голос по высоте у обучающихся первого класса с дизартрией и нормальным речевым развитием

В результате обследования было выявлено, что все дети с нормой речевого развития (100 %) показали высокий уровень сформированности

умения модулировать голос по высоте. Дети воспроизводили автоматизированные ряды слов с разной высотой голоса. Также эти дети были успешны при воспроизведении поступательного повышения и понижения голоса на гласных звуках с опорой на графическое изображение. В ходе исследования нами было выявлено, что у первоклассников с нормой речевого развития сформировано представление о силе звучания голоса: дети правильно разложили картинки с изображением животных – от самого высокого голоса к самому низкому.

Большинство первоклассников с дизартрией (80 %) показали низкий уровень сформированности умения модулировать голос по высоте. 20 % детей показали средний уровень. Ни один ребенок с дизартрией не продемонстрировал способность выполнять задания с достаточными модуляциями по высоте. Перейдем к описанию особенностей модуляции голоса по высоте у обучающихся первых классов с дизартрией, показавших средний и низкий уровни.

20 % обучающихся первых классов с **дизартрией** показали **средний уровень** сформированности умения модулировать голос по высоте. Задание, в котором требовалось разложить картинки с изображением животных от самого высокого голоса к самому низкому, дети выполнили с одной ошибкой (перепутали местами мышь и зайца, либо волка и лису). Произношение автоматизированных рядов с разной высотой голоса осуществлялось детьми с недостаточными модуляциями голоса по высоте. Первоклассники с дизартрией начинали счет с недостаточно высокого голоса, затем произносили последующие одну-две цифры, снижая высоту голоса. Остальные две-три цифры произносились детьми с той же высотой голоса. Воспроизведение поступательного повышения и понижения голоса на гласных звуках с опорой на графическое изображение также осуществлялось с недостаточными модуляциями по высоте, однако при выполнении данного задания дети были более успешными, нежели при

счете с понижением высоты голоса, поскольку в данном случае нужно было произносить только один гласный звук. Стоит отметить, что дети при выполнении заданий часто не меняли высоту голоса, но самостоятельно останавливались и начинали проговаривать речевой материал заново.

80 % обучающихся первых классов с **дизартрией** показали **низкий уровень** сформированности умения модулировать голос по высоте. Дети раскладывали картинки животных, допуская 2-3 ошибки. Выполнение двух последующих заданий вызвало у детей значительные трудности. Первоклассники с дизартрией проговаривали речевой материал без модуляций голоса по высоте.

По третьей серии заданий (обследование модуляций голоса по силе) нами изучались возможности детей изменять громкость голоса, способность постепенно изменять силу голоса (рис. 3).

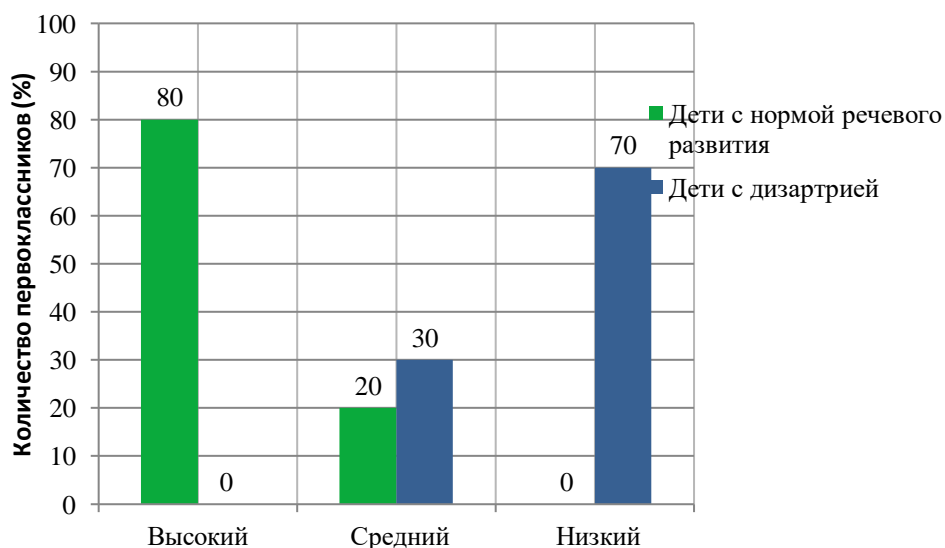


Рисунок 3 – Уровни сформированности умения модулировать голос по силе у обучающихся первого класса с дизартрией и нормальным речевым развитием

Как видно из рисунка 3, большинство первоклассников с **нормой речевого развития** (80 %) показали **высокий уровень** сформированности умения модулировать голос по силе. Эти дети воспроизводили звукоподражания с разной силой голоса. Также первоклассникам,

показавшим высокий уровень, удалось воспроизвести постепенное нарастание и падение силы голоса при произнесении отдельных звуков и звукоподражаний. С третьим заданием (чтение стихотворения с изменением силы голоса в соответствии с контекстом) дети также справились успешно. 20 % первоклассников с **нормой речевого развития** показали **средний уровень** сформированности умения модулировать голос по силе. Дети выполнили первые два задания на высоком уровне, но читали стихотворение с недостаточными модуляциями голоса по силе.

Большинство первоклассников с дизартрией (70 %) продемонстрировали низкий уровень сформированности умения модулировать голос по силе. 30 % детей с дизартрией показали средний уровень. Перейдем к описанию особенностей модуляции голоса по силе у обучающихся первых классов с дизартрией, показавших средний и низкий уровни.

30 % обучающихся первых классов с **дизартрией** показали **средний уровень** сформированности умения модулировать голос по силе. Эти дети воспроизводили звукоподражания с опорой на картинки, на которых расположены объекты близко и далеко, с разной силой голоса (громко и тихо). Воспроизведение постепенного нарастания и падения силы голоса при произнесении отдельных звукоподражаний осуществлялось детьми с недостаточной модуляцией голоса по силе. Дети начинали воспроизводить звукоподражание с недостаточно тихого голоса, увеличивая его громкость. Чтение стихотворения осуществлялось также с недостаточными модуляциями: первоклассники с дизартрией лишь в некоторых местах снижали и увеличивали громкость голоса, при этом голос не совсем соответствовал контексту (был недостаточно тихим или громким).

70 % обучающихся первых классов с **дизартрией** показали **низкий уровень** сформированности умения модулировать голос по силе. 60 % первоклассников воспроизводили звукоподражания с недостаточными

модуляциями голоса по силе: голос детей незначительно изменялся по силе при изображении звука объекта, расположенного далеко или близко. 10 % детей выполнили данное задание без модуляций голоса по силе. Воспроизведение постепенного нарастания и падения силы голоса при произнесении отдельных звукоподражаний осуществлялось первоклассниками с дизартрией с недостаточной модуляцией голоса по силе, либо без модуляций голоса. Дети начинали воспроизводить звукоподражание с недостаточно тихого голоса, увеличивая его силу, либо, начиная с тихого голоса, незначительно увеличивали его громкость. С третьим заданием не справился ни один ребенок, показавший низкий уровень. Чтение стихотворения первоклассниками с дизартрией было невыразительным, монотонным, без изменений силы голоса по контексту.

По четвертой серии заданий (обследование тембра голоса) нами осуществлялась оценка уровня сформированности представления о высоком и низком голосе, умения изменять голос и перестраиваться с верхнего до нижнего регистра, также мы выявляли степень назализации речи (рис. 4).

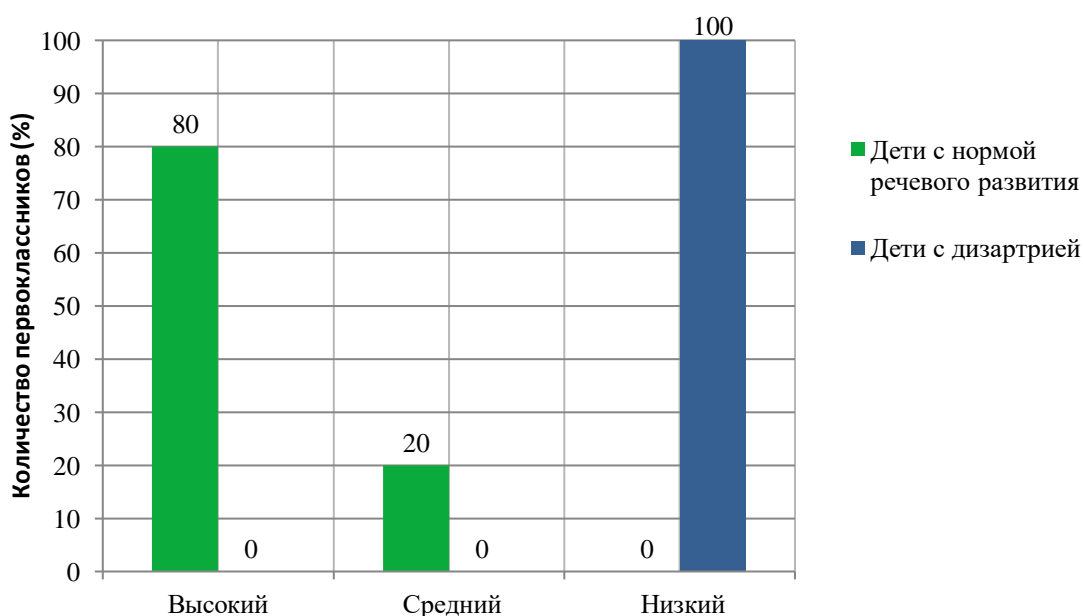


Рисунок 4 – Уровни сформированности умения изменять тембр голоса у обучающихся первого класса с дизартрией и нормальным речевым развитием

Как видно из рисунка 4, большинство первоклассников с **нормой речевого развития** (80 %) показали **высокий уровень** сформированности умения изменять тембр голоса. У этих детей не выявлены отклонения от нормального тембра голоса. Дети данной группы читали стихотворение в соответствии с инструкцией экспериментатора, постепенно опускаясь с самого высокого регистра на нижний. Чтение сказки «Колобок» также не вызвало затруднений у первоклассников, показавших высокий уровень, дети изображали ее персонажей с соответствием характеристик тембра голоса каждого из них. 20 % первоклассников с нормой речевого развития показали **средний уровень** сформированности умения изменять тембр голоса. Задание, в котором нужно было прочитать стихотворение, постепенно опускаясь с верхнего регистра на нижний, выполнялось не точно. Дети с верхнего регистра опускались на средний, дочитывая строчки стихотворения на среднем регистре. При чтении сказки «Колобок» дети были успешны, изменяя тембр голоса в соответствии с характеристиками персонажей сказки.

100 % первоклассников с **дизартрией** показали **низкий уровень** сформированности умения изменять тембр голоса. 60 % детей имеют умеренные нарушения тембра голоса: голос хриловатый, грубый, монотонный. 40 % детей имеют выраженные нарушения тембра голоса: голос сдавленный, глухой, назализованный (в 20 % случаев). При выполнении задания «Елочка» 40 % детей не смогли «взять» верхние регистры и начали проговаривать стихотворение со среднего регистра и, опустившись на два регистра, продолжили читать стихотворение, не изменяя высоту голоса. 60 % первоклассников с дизартрией не справились с данным заданием: дети читали стихотворение, не изменяя тембр голоса. При изображении персонажей сказки «Колобок» у 70 % первоклассников с дизартрией отмечались некоторые изменения окраски голоса, но они были недостаточно выразительными и не совсем правильными. 30 % детей с дизартрией

выполняли данное задание без модуляций, звучание голоса было монотонным, невыразительным, тусклым.

По пятой серии заданий (обследование мелодичности голоса) нами осуществлялось изучение способности детей изменять интонацию голоса, использовать логическое ударение (рис. 5).

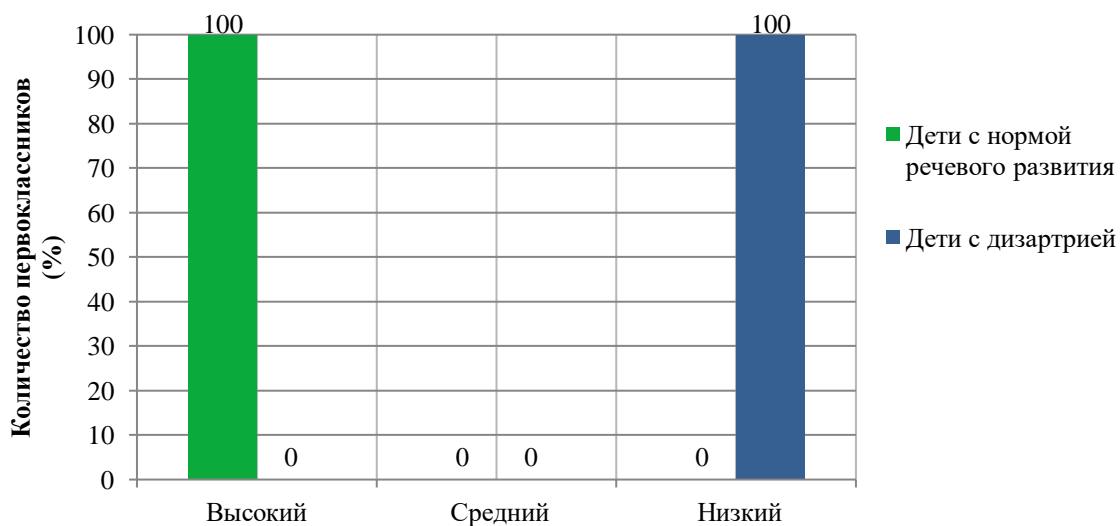


Рисунок 5 – Уровни сформированности умения интонировать голос у обучающихся первого класса с дизартрией и нормальным речевым развитием

100 % первоклассников с нормой речевого развития продемонстрировали **высокий уровень** сформированности умения интонировать голос. Дети читали сказки «Репка», «Маша и медведь» по заданному взрослым образцу и без него, изменяя интонацию. Голос детей был мелодичным, интонационно выразительным, передавал интонации различного типа, характер персонажей. Произнесение фраз с вопросительной интонацией с разным логическим ударением также не вызвало у первоклассников с нормой речевого развития затруднений. Дети выделяли голосом заданное схемой слово, изменяя смысл вопроса.

100 % первоклассников с дизартрией показали **низкий уровень** сформированности умения интонировать голос. 60 % детей передавали интонацию по заданному образцу при чтении сказки «Репка» недостаточно выразительно. Из них 50 % смогли изменить интонацию для передачи характера персонажей русской народной сказки «Маша и медведь», но голос

детей был недостаточно мелодичным и выразительным. Произнесение фраз с вопросительной интонацией с разным логическим ударением также было не выразительным и не совсем правильным. 40 % первоклассников с дизартрией выполняли задания без передачи соответствующей интонации и логического ударения. Звучание голоса было не мелодичным, монотонным.

Общая оценка результатов по всем сериям заданий методики констатирующего эксперимента представлена на рисунке 6.

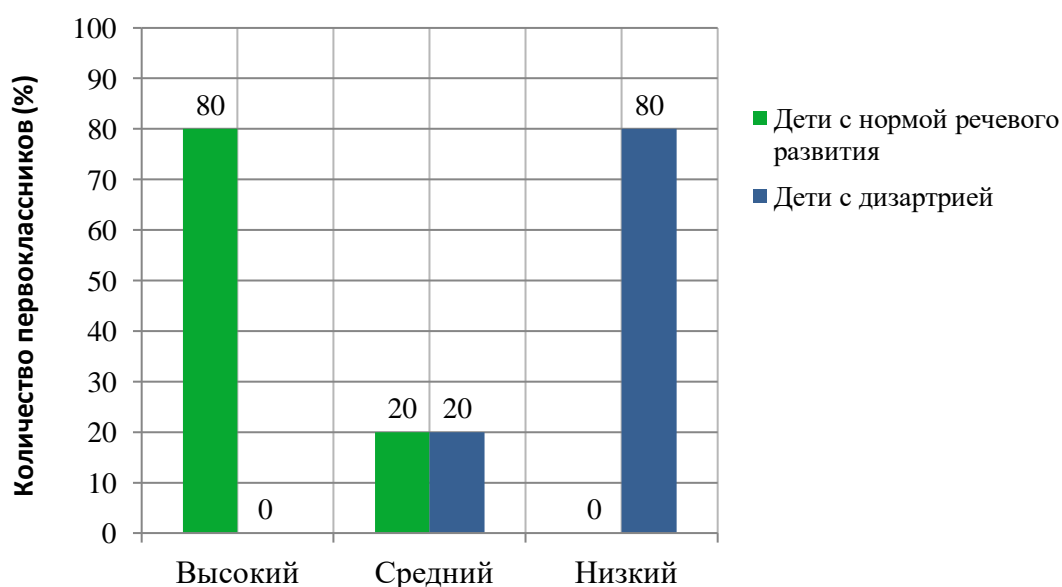


Рисунок 6 – Уровни развития характеристик голоса у обучающихся первого класса с дизартрией и нормальным речевым развитием

Таким образом, подсчет баллов по всем сериям заданий методики констатирующего эксперимента показал, что большинство первоклассников с **нормой речевого развития (80 %)** показали **высокий уровень** развития характеристик голоса. Дети выполняли все задания правильно, голос при этом был выразительный, мелодичный, имел достаточные модуляции по высоте и силе, отклонения от нормального тембра отсутствовали. 20 % первоклассников с нормой речевого развития показали **средний уровень**. Стоит отметить, что эти дети находились на верхней границе среднего уровня, набрав 22 балла. Первоклассники данной группы выполнили практически все задания правильно, лишь при выполнении некоторых заданий (чтение стихотворения с изменением силы голоса по контексту,

пропевание стихотворения с изменением голоса от верхнего регистра до нижнего) дети показали недостаточную способность к модуляции голоса по высоте и силе, голос имел недостаточную интонационную выразительность.

Большинство первоклассников с дизартрией (80 %) показали **низкий уровень** развития характеристик голоса. Голос детей был монотонным, не выразительным, не мелодичным, наблюдалась низкая способность к модуляции голоса по высоте и силе, выраженные нарушения тембра голоса (голос глухой, сдавленный, тихий, назализованный). Помимо этого, у детей с дизартрией была выявлена недостаточная сформированность представлений о высоте звучания голоса, низкая способность к изменению голоса от верхнего регистра до нижнего. Эти дети были не способны осуществлять длительный, экономный выдох во время фонации, в результате чего отмечалось затухание голоса к концу фразы. 20 % первоклассников с дизартрией продемонстрировали **средний уровень** развития характеристик голоса, оказавшись на нижней его границе (дети набрали 14 баллов). Эти дети выполняли предложенные задания частично, демонстрировали недостаточную способность к модуляции голоса по высоте и силе, голос имел недостаточную интонационную выразительность, отмечались умеренные нарушения тембра голоса (голос грубый, хриловатый).

Выявленные в ходе констатирующего эксперимента голосовые нарушения у младших школьников с дизартрией нацеливают на разработку дифференцированных методических рекомендаций по развитию характеристик голоса у детей данной категории.

2.3. Методические рекомендации по развитию характеристик голоса у младших школьников с дизартрией

Основываясь на данных констатирующего эксперимента, нами был сделан вывод о необходимости разработки дифференцированных

методических рекомендаций с целью развития характеристик голоса у младших школьников с дизартрией.

При разработке содержания логопедической работы нами были использованы методы и приемы фонopedической работы, предлагаемые Е.С. Алмазовой, В.В. Емельяновым, Е.В. Лавровой, Л.В. Лопатиной, Н.В. Серебряковой, Ф.А. Ивановской, Л.А. Копачевской, О.С. Орловой [1, 17, 24, 25, 28, 33, 38].

Признавая необходимость комплексного подхода к коррекции речевых нарушений при дизартрии, важно подчеркнуть, что работа по коррекции нарушений голоса и развитию голосовой функции должна проходить через всю деятельность обучающихся младших классов с дизартрией и осуществляться на занятиях не только логопеда, но и музыкального работника (учителя музыки) и специалиста по лечебной физкультуре (если таковой имеется в учреждении).

В ходе констатирующего эксперимента было выявлено, что младшие школьники с дизартрией демонстрируют средний и низкий уровень развития характеристик голоса. При разработке рекомендаций нами учитывалась степень сложности заданий, степень самостоятельности, дифференцировка внутри группы. Для детей с низким уровнем развития характеристик голоса задания давались с более длительным сроком, оказывалась стимулирующая, организующая и обучающая помощь, зрительная опора в виде картинок и руки дирижирования. Таким образом, дифференцировка логопедической работы состояла в более глубоком содержании и более длительных сроках работы для детей с низким уровнем.

Мы предлагаем следующие направления работы:

- Формирование речевого дыхания. Данное направление предполагает формирование у младших школьников с дизартрией умения осуществлять длительный, экономный выдох во время фонации.

- Развитие умения модулировать голос по высоте. В рамках данного направления основной задачей коррекционной работы выступает развитие способности самостоятельно изменять высоту голоса при произнесении речевого материала различного уровня сложности.

- Развитие умения модулировать голос по силе, предполагающее формирование способности воспроизводить речевой материал с разной силой голоса, с постепенным нарастанием силы голоса, изменять силу голоса в зависимости от контекста.

- Формирование способности изменять тембр голоса. Данное направление предполагает коррекцию нарушений тембра голоса, развитие умения произвольно изменять тембр голоса, умения управлять голосом и опускаться с верхнего регистра до нижнего.

- Развитие мелодичности голоса, предполагающее развитие у детей способности изменять интонацию голоса, использовать логическое ударение.

Нами выделены следующие этапы работы по развитию характеристик голоса у младших школьников с дизартрией:

1 этап. Подготовительный (предречевой);

2 этап. Основной (вокальный);

3 этап. Заключительный (речевой).

Задачами **подготовительного этапа** являются следующие:

- создание мотивации на активное сознательное участие ребенка в коррекции голосовых нарушений и развитию компонентов голоса;
- развитие физиологического и фонационного дыхания;
- развитие артикуляционной моторики.

Формирование мотивации у младших школьников с дизартрией осуществляется за счет создания положительного эмоционального фона на занятиях, бесед с детьми, в ходе которых им разъясняется необходимость сотрудничества с логопедом, понимания тех функциональных тренировок голосового аппарата, которые будут проводиться.

Функцию дыхания в голосообразовании невозможно преувеличить, поэтому значительное количество времени обязательно отводится коррекции дыхания и развитию его координации с фонацией. Целью дыхательных упражнений выступает увеличение объема дыхания, нормализация его ритма, выработка плавного, длительного, экономного выдоха. Начинать занятия следует с развития физиологического дыхания. Хорошим средством развития физиологического дыхания являются общеразвивающие и логоритмические игры и упражнения. Данные упражнения выполняются не только на логопедических занятиях, но и включаются в комплексы оздоровительной гимнастики, в физкультурные и музыкальные занятия. Тренировки навыков правильного физиологического дыхания постоянно сочетаются с нормализацией фонационного дыхания и активизацией двигательной функции гортани, поскольку они физиологически связаны и взаимно обусловлены. Занятия проводятся в спокойной обстановке. Дыхательные упражнения желательно выполнять лежа, что обеспечивает лучшее расслабление корпуса. Начинается работа с простых упражнений. Ребенка укладывают на спину так, чтобы голова была расположена невысоко. При этом ребенку дается установка на расслабление. Одна рука ребенка помещается на область грудной клетки, другая — на живот. Руки должны контролировать неподвижность грудной клетки и движение стенки живота. Затем осуществляется быстрый короткий, неглубокий вдох через нос и плавный, продолжительный выдох через рот, как сквозь узкую трубочку. При вдохе стенка живота должна подниматься, при выдохе — втягиваться. Продолжительность упражнения – 2-3 минуты. Постепенно включаются другие упражнения, которые ребенок выполняет стоя или сидя на стуле с целью развития координации ротового и носового дыхания, выработки нижнеберберного типа дыхания при активном участии диафрагмы:

1. вдох и выдох через нос;
2. вдох через нос, выдох через рот;

3. вдох через рот, выдох через нос;
4. вдох и выдох через левую половину носа, затем через правую (попеременно);
5. вдох через одну половину носа, выдох через другую (попеременно);
6. вдох через нос, удлинённый выдох через нос с усилением давления воздуха в конце;
7. вдох через нос, выдох через сжатые губы;
8. вдох через нос, выдох через нос толчками, то есть кратковременно задерживая дыхание.

Для контроля можно подносить к носу или рту зеркало, ватку, полоску бумаги. С целью развития длительного, плавного выдоха, активизации мышц губ можно выполнять игровые дыхательные упражнения (Приложение Б).

Через неделю после начала тренировки правильного дыхания добавляются упражнения для активизации мускулатуры шеи, а также артикуляционные упражнения для активизации наружных и внутренних мышц гортани, которые выполняются в положении сидя:

1. Исходное положение — пальцы рук, сложенные в замок, на затылке. Отклонение головы назад, преодолевая сопротивление рук;
2. Исходное положение — сжатые в кулак кисти рук подпирают подбородок. Наклоны головы вперед через сопротивление рук;
3. Исходное положение — ладони прижаты к ушам. Наклоны головы в стороны, преодолевая сопротивление рук;
- 4) Движение нижней челюсти вниз, в стороны, вперед, сжатие челюстей;
- 5) Надувание щек;
6. Прикасание кончиком языка к мягкому небу;
7. Поднимание мягкого неба как при зевке.

Данные упражнения проводятся по 2-3 раза каждое.

Спустя 7-10 дней включаются упражнения на координацию дыхания и фонации: сочетание длительного выдоха с произнесением щелевых согласных [с], [з], [ш], [ж], [ф], [в]. С целью отработки удлиненного выдоха через рот выполняются дыхательные упражнения с одновременным произношением гласных звуков. Осуществляется быстрый вдох через рот, затем пауза и медленный выдох с одновременным произношением гласных сначала шепотом, затем громко. При этом количество произносимых гласных звуков на одном выдохе постепенно увеличивается.

Далее можно переходить к произнесению слогов. Сначала используются слоги со звуками [ф], [в]: *фа, фо, фу, фы, фэ; ва, во, ву, вы, вэ*. А затем в дыхательные упражнения включаются слоги с другими звуками. При этом надо следить за точной координацией фонационного выдоха и произнесения слогов.

Дальнейшая тренировка удлиненного выдоха через рот осуществляется путем проговаривания слов на одном выдохе с постепенным наращиванием их количества:

- Произнесение ряда слов на одном выдохе: *папа, папа, пока; папа, пока, кипа; папа, пока, кипа, тика* и т.д.

- Перечисление дней недели (каждую строчку говорить на одном выдохе): *понедельник; понедельник, вторник; понедельник, вторник, среда* и т.д.

- Перечисление названий месяцев: *январь; январь, февраль; январь, февраль, март* и т.д.

- Перечисление времен года: *зима; зима, весна; зима, весна, лето; зима, весна, лето, осень*.

Затем дыхательно-игровые упражнения проводятся на материале фраз и предложений. При этом каждое предложение проговаривается слитно, на одном выдохе. Проговаривание может сопровождаться движениями рук. Усложняя задание, каждый раз надо предлагать более длинные фразы.

С целью снятия напряжения с артикуляционного аппарата можно выполнять с младшими школьниками с дизартрией ряд артикуляционных упражнений:

1. Сначала медленно, а затем, ускоряя темп, открывать и закрывать рот, не стараясь удерживать его открытым. Слышится призвук [п]. Выполнять 2-3 мин.

2. Высунуть расслабленный язык. Выполнять 4-6 раз. При трудностях выполнения логопед в перчатке может прихватить язык стерильной марлевой салфеткой и потряхивать его, затем слегка поглаживать.

3. Слегка покусать зубами кончик языка.

4. Слегка покусывая всю поверхность языка, высовывать его вперед и убирать назад.

5. Пощёлкать языком, меняя объем рта так, чтобы звуковысотность щелчка менялась.

6. Покусать попеременно верхнюю и нижнюю губы по всей длине от угла до угла.

7. Сделать выдох сквозь неплотно сжатые губы, не напряженно, щеки слегка надуваются, слышится звук вроде «фырканья»: *пр-пр-пр*; [р] звучит как фрикативный. Выполнять 4-6 раз; следить, чтобы лицо было спокойным.

8. Сделать выдох сквозь неплотно сжатые губы с продуцированием того же звукосочетания. Логопед при этом похлопывает ребенка по щекам.

Для голосообразования большое значение имеет движение челюсти. Поэтому на подготовительном этапе используются упражнения для развития подвижности челюстей: открывание и закрывание рта, имитация жевания. Для выработки движений нижней челюсти можно использовать специальное приспособление, представляющее собой, ярко окрашенный шарик, привязанный к резинке. Ребенок в момент опускания челюсти тянет шарик вниз. В последующем это же движение выполняется с закрытыми глазами, с целью усиления кинестетических ощущений. Затем движения с выполняются

с одновременным произнесением гласных звуков. После того как обеспечивается свободная голосоподача, снятие голосовой зажатости, для развития голоса используются голосовые упражнения.

Второй этап по постановке и развитию голоса – вокальный. Содержание данного этапа представлено голосовыми тренировками, направленными на формирование естественного тона голоса и продуктивного способа голосоведения, развитие силы, высоты, тембра, мелодичности голоса.

Развитие высоты голоса мы рекомендуем начинать с вокальных упражнений, в которых создаются наиболее благоприятные анатомо-физиологические условия для работы голосового аппарата. Вокальные упражнения являются, с одной стороны, своеобразной гимнастикой голосового аппарата, а с другой стороны упражнения способствуют обогащению тембра голоса ребенка с дизартрией, способствуют развитию его разговорного голоса, настраивают слуховое восприятие на правильное звучание голоса.

Вокальные упражнения проводятся сопряженно с логопедом или по подражанию с музыкальным сопровождением и без него. Сначала занятия по развитию характеристик голоса проводятся на материале гласных звуков, пения вокализов (мелодии без слов на один гласный звук), затем на материале слогов и слов. Например, ребенку с дизартрией могут быть предложены следующие голосовые упражнения:

Упражнение 1. Ребенок сидит за столом напротив логопеда. Его ладони и ладони логопеда лежат на столе. Логопед показывает ребенку, как нужно выполнять голосовое упражнение. Затем ребенок сопряженно с логопедом произносит гласные звуки [а, о, у, э, и], сопровождая каждый звук попеременным ударом ладоней правой и левой руки по столу. Выполняется несколько раз.

Упражнение 2. Ребенок сидит за столом напротив логопеда, ладони

лежат на столе. Затем по инструкции логопеда пальцы обеих рук по одному отрываются от стола с одновременным пропеванием гласных звуков. Начинается упражнение с поднятия больших пальцев с пропеванием звука [а], потом следуют указательные — [о], средние — [у], безымянные — [э], мизинцы — [и]. Затем все действия выполняются в обратном порядке, то есть начиная с мизинцев.

Упражнение 3. Ребенку предлагается напеть знакомую колыбельную. Полупропевно произносится гласный звук, при этом изменяется высота голоса:

а а а у у у

а а у у

«Раскачав» гласные, ребенку нужно их «бросать» вверх без напряжения.

Упражнение 4. Ребенок сидит за столом напротив логопеда, ладони лежат на столе. После демонстрации логопедом образца выполнения упражнения, ребенок синхронно с логопедом хлопает по столу попеременно ладонью правой и левой руки и произносит группы слогов с ударением на первом гласном: *ба-да-га, бу-ду-гу, бо-до-го; бэ-дэ-гэ, бы-ды-гы*. Каждая группа слогов произносится по три раза. Аналогично можно комбинировать любые слоги, но согласный звук в них должен быть звонким.

Сначала ребенок выполняет все упражнения сопряженно с логопедом, а затем – самостоятельно. После выполнения тренировочных упражнений с синхронными движениями рук ребенку предлагается произносить гласные звуки отраженно за логопедом. Сначала это делается на придыхательной атаке звука, а затем под контролем логопеда осваивается произнесение гласных на мягкой голосоподаче. При этом необходимо постоянно следить за четкой координацией фонации и дыхания.

После освоения данных тренировочных упражнений осуществляется переход к голосовым упражнениям, содержащим слоги и слова с сонорами

[м, н, л] и звонкими щелевыми согласными [в, з, ж]. Сонорный вибрант [р] не рекомендуется использовать в тренировках, так как он требует большого напряжения артикуляции, что может вызвать повышение тонуса мышц. С целью развития звучности голоса, увеличения фонационного выдоха детям предлагаются упражнения, в которых требуется произносить пары слогов на одном выдохе с ударением на втором слоге. Согласный звук произносится длительно: *мама'*, *мамо'*, *нана'*, *нано'*, *лала'*, *лало'*. Затем цепочки слогов удлиняются и произносятся с перемещающимися ударениями: *ма'ма – мама'* - *мамама'*.

Пение мелодий песен гласными звуками способствует отработке ровной, плавной голосоподачи с повышением и понижением голоса. Отработав плавное, медленное пение, можно переходить к вокальным упражнениям в более быстром темпе (поются гласные, слоги). Данные упражнения способствуют тренировке силы голоса. Сила голоса зависит от уровня подсвязочного давления воздуха и плотности смыкания голосовых складок. Регулирование сильной и длительной выдыхаемой струи воздуха является сложной задачей при дизартрии. Поэтому в развитии силы голоса у младших школьников с дизартрией большую роль играют не столько голосовые упражнения сколько проведение дыхательной гимнастики. При назализованной фонации, характеризующейся слабостью и затуханием голоса, детей с дизартрией нужно учить говорить громко, но не крикливо, постепенно изменяя силу голоса — от громкого произнесения к среднему и тихому и наоборот. Для развития силы голоса можно использовать игровые упражнения (см. приложение В).

Чтобы развитие голосовых характеристик проходило в интересной и занимательной форме можно использовать в процессе занятий с младшими школьниками с дизартрией элементы театрализованной игры. Примерами упражнений на развитие динамики голоса могут служить следующие: распевка «Эхо» М. Андреевой, распевка «Тихие и громкие звоночки»

Ю. Островского, Р. Рустамова, попевка «Барабан» И. Михайловой, игра «Громко-тихо запоем» М. Михайловой, игра «Колокольчики», игра «Оркестр», В. Жубинского, упражнение «Бременские музыканты», распевка «Солнышко». Рекомендуются игры на развитие и модуляцию голоса по высоте: попевка «Ручеек», распевка «Лесенка», игры «Подумай и отгадай», «Угадай-ка», упражнение «Самолет» О. Новиковской, игра «Чей домик?» Ю. Островского, Е. Тиличевой, игра «Васька-кот» Н. Френкель, Г. Лобачевой. Игры и упражнения на развитие модуляций голоса по тембру: распевка «Тридцать три трубача», игра «Догадайся, кто поет» А. Ганговой, Е. Тиличевой, игра «Зайцы в хороводе» Т. Волгиной, А. Филиппенко.

В ходе работы на вокальном этапе рекомендуется обращать внимание детей на особенности звуков, изменение их по силе, высоте, тембру, эмоциональной окраске.

Развитие тембра голоса при дизартрии базируется на поставленном длительном и сильном ротовом выдохе, достаточной сформированности подвижности мягкого неба, четкой артикуляции гласных и согласных звуков, умении пользоваться силовыми высотными модуляциями голоса как при речевом, так и при напевном произнесении. Звонкий и «полетный» голос возможно получить при его звучании в «позиции резонатора» []. Для младших школьников, страдающих дизартрией, такими звуками могут выступать лабиализованные гласные [у], [о], губной согласный [б] (а не носовые звуки [м], [н], как это принято при постановке голоса). Гласные [у], [о] произносятся в одной тональности, «в позиции резонатора»: ребенок с дизартрией видит вытянутые или округленные губы, осязает сильную струю воздуха, слышит громкий голос. При произнесении звука [б] ребенок видит сомкнутые губы, ощущает их смычку, осязает струю воздуха, слышит громкий голос. Участие губ помогает настроить голос на собранное звучание. Мелодическое, силовое и тембральное звучание голоса является базой для развития мелодико-интонационной стороны речи.

Ниже приведены примеры упражнений на развитие тембра голоса:

Упражнение 1. Ребенок стоит, ноги на ширине плеч, руки в замке над головой. Логопед демонстрирует образец выполнения упражнения: вдохнуть через нос, слегка прогнувшись назад. Наклоняясь вперед, медленно выдохнуть. На выдохе нужно произносить каждый раз новый гласный:

«А» – руки вверх.

«О» – руки кольцом перед собой.

«У» – руки рупором.

«Ы» – руки овалом впереди.

«Э» – руки овалом сзади.

Упражнение 2. Ребенок стоит, руки на груди. Наклоняясь вперед, ребенку необходимо на выдохе произносить несколько гласных звуков, доводя продолжительность выдоха до 7-10 с.

А _____ о _____

А _____ о _____ у _____

А _____ о _____ у _____ ы _____

А _____ о _____ у _____ ы _____ э _____

Данный этап занятий заканчивается, если голос при всех тренировках звучит легко, без напряжения, имеет достаточную силу и звучность.

На **третьем этапе** (автоматизация навыка правильного голосоведения) осуществляется закрепление навыка произвольно изменять голос при воспроизведении текстов (стихотворных и прозаических), а также в повседневном речевом общении.

Стоит отметить, что большое значение в закреплении сформированных характеристик голоса имеет непринужденность занятий и естественность речевого материала. Логопедическая работа должна сводиться не к заучиванию наизусть или пересказыванию, а к многократному проговариванию отработанного речевого материала в различных ситуациях. С этой целью стоит включать в занятия с младшими школьниками с

дизартрией как можно больше элементов творчества: наращивание и распространение предложений, беседы на заданные и отвлеченные темы, обсуждение произведений литературы и искусства.

При работе с текстами, логопед постоянно следит за голосом детей, побуждая их говорить плавно, не торопясь, на мягком выдохе, при необходимости в грудном регистре с тактильным контролем.

Совершенствование ритмико-мелодико-интонационной стороны речи можно проводить с помощью упражнений, включающих воспроизведение повествовательных, вопросительных и восклицательных предложений, чтение стихотворений с изменением высоты, силы, тембра голоса по цепочке, что позволяет активизировать и организовать всех детей, закрепить навык правильного дыхания.

Для развития тембра голоса большое значение имеют различные логопедические игры, чтение сказок по ролям, инсценировки.

Комплексы игр и упражнений по развитию характеристик голоса, которые можно использовать в работе с младшими школьниками с дизартрией, приведены в приложении В.

Таким образом, при разработке методических рекомендаций нами использовались методы и приемы развития характеристик голоса, описанные в работах Е.С. Алмазовой, В.В. Емельянова, Е.В. Лавровой, Л.В. Лопатиной, Н.В. Серебряковой, Ф.А. Ивановской, Л.А. Копачевской, О.С. Орловой. В авторских методиках выделены следующие общие направления в работе по коррекции нарушений голоса, которые легли в основу наших рекомендаций: формирование речевого дыхания, артикуляционной моторики, развитие умения модулировать голос по высоте и силе, формирование способности изменять тембр голоса, развитие мелодичности голоса.

В заключение необходимо отметить, что успешность логопедической работы по коррекции нарушений голоса, развитию его основных характеристик также зависит от того, отрабатываются ли приобретенные на

занятиях с логопедом умения на других уроках, во внеурочной деятельности и в повседневной жизни.

Выводы по 2 главе:

1). Нами был проведен констатирующий эксперимент, целью которого явилось изучение особенностей голосовых нарушений у детей младшего школьного возраста с дизартрией. Оценка особенностей голоса у младших школьников с дизартрией осуществлялась с помощью заданий следующих методики обследования просодической стороны речи у старших дошкольников и младших школьников (Е.Ф. Архипова); методики экспериментального изучения акустических характеристик голоса и интонационной стороны речи детей (В.И. Филимонова); методики диагностики уровня сформированности речевой деятельности ребенка (А.В. Ястребова, О.И. Лазаренко); методики из раздела «Голос» по учебнику «Сценическая речь» (В.Я. Жуковский). Мы модифицировали задания методики В.Я. Жуковского с учетом особенностей детей младшего школьного возраста с дизартрией. Также нами была составлена бальная оценка результатов обследования.

2). В ходе проведения констатирующего эксперимента нами было выявлено, что большинство первоклассников с нормой речевого развития (80 %) показали высокий уровень развития характеристик голоса. 20 % первоклассников с нормой речевого развития показали средний уровень (верхняя граница уровня). Большинство первоклассников с дизартрией (80 %) показали низкий уровень развития характеристик голоса. 20 % первоклассников с дизартрией продемонстрировали средний уровень развития характеристик голоса, оказавшись на нижней его границе. Нами описаны особенности голосовых нарушений первоклассников с дизартрией.

3). На основе результатов констатирующего эксперимента нами разработаны дифференцированные методические рекомендации по формированию характеристик голоса у младших школьников с дизартрией, включающие в себя направления и содержание работы. При разработке

содержания логопедической работы нами были использованы методы и приемы фонопедической работы, предлагаемые Е.С. Алмазовой, В.В. Емельяновым, Е.В. Лавровой, Л.В. Лопатиной, Н.В. Серебряковой, Ф.А. Ивановской, Л.А. Копачевской, О.С. Орловой.

4). Полученные результаты не исчерпывают всех вопросов, связанных с развитием характеристик голоса у детей младшего школьного возраста с дизартрией.

Заключение

Изучению особенностей нарушений голоса у детей с дизартрией посвящены работы Е.С. Алмазовой, Е.Ф. Архиповой, Г.Б. Бабиной, Е.Н. Винарской, Е.В. Лавровой, Л.В. Лопатиной, Е.М. Мастюковой, И.И. Панченко и других исследователей. Авторы сходятся во мнении о том, что у детей с дизартрией отмечается патологическое изменение акустических характеристик голоса: силы, высоты, тембра, модуляции голоса. Нарушения голоса существенно обедняют интонационное оформление речи детей с дизартрией, искажают эмоциональную и смысловую составляющую высказывания, что негативно сказывается на коммуникативной деятельности детей. Данный факт говорит о необходимости планомерной работы по коррекции голосовых нарушений у детей с целью их успешной социальной адаптации.

В настоящее время существует значительное количество методик по восстановлению и развитию голосовой функции у детей с речевой патологией. В то же время работа по коррекции нарушений голоса у детей младшего школьного возраста с дизартрией представлена в имеющихся разработках недостаточно полно. Отечественные ученые, в основном, делают акцент на развитии высоты и силы голоса и устранении назализации, в то время как работа над другими акустическими характеристиками голоса освещена лишь поверхностно. Данный факт говорит о необходимости поиска новых путей работы по коррекции голосовых нарушений у младших школьников с дизартрией.

С целью изучения особенностей голосовых нарушений у детей младшего школьного возраста с дизартрией нами проведен констатирующий эксперимент на базе МБОУ «Шалоболинская СОШ № 18». В исследовании приняли участие 20 детей 7 лет. В экспериментальную группу вошли 10

обучающихся первого класса с дизартрией. Контрольную группу составили 10 обучающихся первого класса с нормальным речевым развитием. Оценка особенностей голоса у младших школьников с дизартрией осуществлялась с помощью заданий методики обследования просодической стороны речи у старших дошкольников и младших школьников (Е.Ф. Архипова); методики экспериментального изучения акустических характеристик голоса и интонационной стороны речи детей (В.И. Филимонова); методики диагностики уровня сформированности речевой деятельности ребенка (А.В. Ястребова, О.И. Лазаренко); методики из раздела «Голос» по учебнику «Сценическая речь» (В.Я. Жуковский). Авторский вклад заключался в разработке оценочной шкалы для количественной и качественной оценки результатов эксперимента.

В результате констатирующего эксперимента большинство первоклассников с нормой речевого развития (80 %) показали высокий уровень развития характеристик голоса. 20 % детей с нормой речевого развития показали средний уровень (верхняя граница уровня). Большинство первоклассников с дизартрией (80 %) показали низкий уровень развития характеристик голоса, что проявлялось в следующих особенностях голосовых нарушений: недостаточная сформированность представлений о высоте и силе звучания голоса, нарушение модуляции голоса по высоте, силе, низкая способность к изменению голоса от верхнего регистра до нижнего, выраженные нарушения тембра голоса, не умение осуществлять длительный, экономный выдох во время фонации. 20 % младших школьников с дизартрией показали средний уровень развития характеристик голоса (нижняя граница уровня).

Основываясь на данных констатирующего эксперимента, нами были разработаны дифференцированные методические рекомендации по развитию характеристик голоса у младших школьников с дизартрией. При разработке содержания логопедической работы нами были использованы методы и

приемы фонопедической работы, предлагаемые Е.С. Алмазовой, В.В. Емельяновым, Е.В. Лавровой, Л.В. Лопатиной, Н.В. Серебряковой, Ф.А. Ивановской, Л.А. Копачевской, О.С. Орловой. При разработке рекомендаций нами учитывалась степень сложности заданий, степень самостоятельности, дифференцировка внутри группы.

Таким образом, цели и задачи исследования реализованы, гипотеза доказана.

Следует отметить, что полученные результаты не исчерпывают всех вопросов, связанных с развитием характеристик голоса у детей младшего школьного возраста с дизартрией. В качестве дальнейшей перспективы предполагается подтверждение полученных данных на большем количестве испытуемых, апробация предложенных нами методических рекомендаций.

Список литературы

1. Алмазова Е.С. Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей: практ. пособие / Е.С. Алмазова; под общ. ред. Г.В. Чиркиной. 2-е изд., испр. – М.: Айрис-пресс, 2005. – 192с.
2. Артемова Е.Э. Формирование просодики у дошкольников с речевыми нарушениями. Монография/ Е.Э. Артемова – М., МГГУ им. М.А. Шолохова, 2008. – 123 с.
3. Архипова Е.Ф. Стертая дизартрия у детей: учебное пособие/ Е.Ф. Архипова. – М.: Астрель, 2006. – 319 с.
4. Бабина Г.В. Состояние интонационной стороны речи у младших школьников с дизартрией / Г.В. Бабина, Р.Е. Идес //Коррекционная педагогика. Единое образовательное пространство: Сб. науч.- методич. Трудов. – СПб, 2003. – С. 99-105.
5. Барабанов Р.Е. Нарушения голоса у детей, страдающих ДЦП / Р.Е. Барабанов // Актуальные вопросы современной педагогики: материалы V Междунар. науч. конф. (г. Уфа, май 2014 г.). – Уфа: Лето, 2014. – С. 150-154.
6. Белякова Л.И. Логопедия. Дизартрия / Л.И. Белякова, Н.Н. Волоскова. – М.: ВЛАДОС, 2009. – 287 с.
7. Белякова Л.И. Особенности интонационной стороны речи учащихся школ для детей с тяжелыми нарушениями речи / Л.И. Белякова, И.З. Романчук // Проблемы воспитания и обучения при аномальном развитии речи. – М.: МГПИ, 1989. – С.116-122.
8. Борозинец Н.М. Логопедические технологии: Учебно-методическое пособие / Н.М. Борозинец, Т.С. Шеховцова. – Ставрополь, 2008. – 224 с.
9. Брюховских Л.А. Дизартрия: учебно-методическое пособие по логопедии. Изд-е 2, перераб. и доп. / Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – Красноярск, 2015. – 180 с.
10. Василенко Ю.С. Голос. Фониатрические аспекты / Ю.С. Василенко. – М.: Дипак, 2013. – 394 с.

11. Венцов А.В. Физиология речи. Восприятие речи человеком / М.П. Гранстрем, Л.А. Чистович, А.В. Венцов. – Л.: Наука, 1976. – 388 с.
12. Вильсон Д.К. Нарушения голоса у детей: Пер. с англ. / Д.К. Вильсон. – М.: Медицина, 1990. – 448 с.
13. Винарская Е.Н. Дизартрия / Е.Н. Винарская. – М.: АСТ: Астрель, 2006. – 141 с.
14. Данилова Л.А. Методы коррекции речевого и психического развития у детей с церебральным параличом / Л.А. Данилова. – Л.: Медицина, 1977. – 312 с.
15. Дмитриев Л.Б. Теория голосообразования. Атака звука. Регистры / Л.Б. Дмитриев. – М.: Музыка, 1963. – 675с.
16. Егоров А.М. Гигиена голоса и его физиологические основы / А.М. Егоров. – М.: Музгиз, 1962. – 174 с.
17. Емельянов В.В. Развитие голоса: координация и тренинг / В.В. Емельянов. – Изд. 3-е, испр. – СПб.: Лань, 2003. – 192 с.
18. Ермакова И.И. Коррекция речи и голоса у детей и подростков / И.И. Ермакова. – М., 2004. – 143 с.
19. Ермолаев В.Г. Руководство по фониатрии/ В.Г. Ермолаев, Н.Ф. Лебедев, В.П. Морозов. – Л.: Медицина, 1970. – 178с.
20. Жуковский В.Я. Сценическая речь в театральном вузе: учебное пособие / В.Я. Жуковский. – М-во культуры Российской Федерации, Петровская акад. наук и искусств, Красноярская гос. акад. музыки и театра. Красноярск: Красноярская гос. акад. музыки и театра, 2012. – 228 с.
21. Забродина Л.В. Технологии формирования интонационной стороны речи / Л.В. Забродина, Е.Е. Шевцова. – М.: АСТ: Астрель, 2009. – 223 с.
22. Зиндер Л.Р. Общая фонетика / Л.Р. Зиндер. – М.: Высш. школа, 1979. – 312 с.
23. Зиновьева Н.В. Система акустических ключей к распознаванию фонетических единиц русского языка / Н.В. Зиновьева // Экспериментальная

фонетика. – М.: Изд-во МГУ, 1989. – С. 11-15.

24. Ивановская Ф.А. Сборник логопедических упражнений при расстройствах голоса / Ф.А. Ивановская. – М.: Учпедгиз, 1961. – 51 с.

25. Копачевская Л.А. Формирование интонационной выразительности у детей с речевыми нарушениями / Л.А. Копачевская, Е.В. Лаврова // Ребенок. Раннее выявление отклонений в развитии речи и их преодоление. 2-е изд., испр. – М.: Издательство Московского психолого-социального института, 2003. – С. 222-235.

26. Кривнова О.Ф. Интонационное членение как средство управления процедурой смыслового распознавания / О.Ф. Кривнова // Экспериментальная фонетика. – М.: Изд-во МГУ, 1989. – С. 112-120.

27. Лаврова Е.В. Влияние патологии голоса детей на развитие коммуникативной функции речи / Е.В. Лаврова // Онтогенез речевой деятельности: норма и патология. Монографический сборник. – М.: МГПУ, 2005. – С. 213-216.

28. Лаврова Е.В. Логопедия. Основы фонопедии / Е.В. Лаврова. – М.: Наука, 2007. – 211 с.

29. Лаврова Е.В. Характеристика и классификация нарушений голоса / Е.В. Лаврова // Дефектология, 1987. – № 1. – С. 34-37.

30. Леонова С.В. Развитие голоса у детей с речевыми нарушениями / С.В. Леонова // Логопед, 2005. – № 4. – С. 94–98.

31. Логопедия: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: ВЛАДОС, 2008. – 680 с.

32. Лопатина, Л.В. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами: учебное пособие / под ред. Е.А. Логиновой. СПб.: СОЮЗ, 2004. 192 с.

33. Лопатина Л.В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников (коррекция стертой дизартрии): учебное пособие / Л.В. Лопатина, Н.В. Серебрякова. – СПб.: СОЮЗ, 2000. – 192 с.
34. Лыхенко Ю.В. Особенности формирования просодической стороны речи у детей со стертой формой дизартрии / Ю.В. Лыхенко // Организация инклюзивного образовательного пространства: состояние и перспективы. Материалы международной научно-практической конференции. 2017. – С. 207-211.
35. Мастюкова Е.М. Нарушение речи у детей с церебральным параличом / Е.М. Мастюкова, М.В. Ипполитова. – М.: Просвещение, 1985.
36. Морозов В.П. Биофизические основы вокальной речи / В.П. Морозов. – Л.: Наука, 1977. – 232 с.
37. Морозов В.П. Развитие физических свойств детского голоса / В.П. Морозов. – Л.: Музыка, 1964. – 106 с.
38. Орлова О.С. Нарушения голоса у детей: учеб.-метод. пособие / О.С. Орлова. – М.: Астрель, 2005. – 125 с.
39. Панченко И.И. Дизартрические и анартрические расстройства речи у детей с церебральными параличами и особенности логопедической работы с ними: дисс. ... канд. пед. наук: 13.00.00 / И.И. Панченко. – М., 1974. – 251 с.
40. Правдина О.В. Логопедия. Учеб. пособие для студентов дефектолог. фак-тов пед. ин-тов. Изд. 2-е, доп. и перераб. / О.В. Правдина. – М.: Просвещение, 2010. – 272 с.
41. Рудаков Е.А. О регистрах певческого голоса к прикрытым звукам // Музыкальное искусство и наука. Вып. 1 / Е.А. Рудаков. – М.: Музыка, 1970. – С. 52-58.
42. Румянцева Е.Ю. Коррекционный аспект формирования певческого голоса как средства развития звуковысотного слуха у детей дошкольного возраста с церебральными параличами / Е.Ю. Румянцева // Ребенок. Раннее выявление отклонений в развитии речи и их преодоление / Под ред. Ю.Ф.

Гаркуши. 2-е изд., испр. – М.: Издательство Московского психолого-социального института, 2003. – С. 235–246.

43. Сонки С.М. Теория постановки голоса в связи с физиологией / С.М. Сонки. – СПб.: типография И. Шурухт. 1912. – 247с.

44. Семенова К.А. Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей / К.А. Семенова, Е.М. Мастюкова, М.Я. Смуглин. – М.: Книга по Требованию, 2013. – 328 с.

45. Стулова Г.П. Развитие детского голоса в процессе обучения пению / Г.П. Стулова. – М.: Прометей, 1992. 260 с.

46. Таптапова С.Л. Коррекционно-логопедическая работа при нарушении голоса / С.Л. Таптапова – М.: Просвещение, 2004. – 112 с.

47. Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, утвержденный приказом Минобрнауки России от 19.12.2014 N 1598 [Электронный ресурс] // URL: www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_175495/

48. Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования, утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 6 октября 2009 г. № 373 (с изменениями и дополнениями от: 26 ноября 2010 г., 22 сентября 2011 г., 18 декабря 2012 г., 29 декабря 2014 г., 18 мая, 31 декабря 2015 г.): [Электронный ресурс] / URL: https://kpfu.ru/docs/F2009061155/FGOS.NOO_23_10_09_Minjust_3._1_..pdf

49. Филимонова В.И. Состояние голоса у дошкольников с речевой патологией: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.00 / В.И. Филимонова. – М., 1990. – 159 с.

50. Фониатрия и фонопедия / Л.Б. Дмитриев, И.И. Ермакова, С.Л. Таптапова, Л.М. Телелева. – М.: Медицина, 1990. – 270 с.

51. Худенко Е.Д. Планы-конспекты логопедических занятий по формированию просодического компонента речи у детей/ Е.Д. Худенко,

С.Н. Шаховская, Т.А. Ткаченко. – М.: Руссико, 2003.

52. Шевцова Е.Е. Технологии формирования интонационной стороны речи / Е.Е. Шевцова. – М.: АСТ: Астрель, 2009. – 222 с.

53. Ястребова А.В. Диагностика уровня сформированности речевой деятельности ребенка (лингвистическое развитие ребенка) / А.В. Ястребова, О.И. Лазаренко. – М.: Аркти, 2000. – 54 с.

54. Glaze L.E. Acoustic characteristics of children's voice / L. Glaze, D. Bless, P. Milencovic, R. Susser // *Journal of Voice*, 1988. – Vol.2, – No. 4, – P. 321–319.

55. Hirano, M. Clinical examination of voice / M. Hirano // New York: Springer, 1981. – 289 p.

Протокол обследования особенностей голоса младших школьников

Дата обследования _____

Имя ребенка _____

Возраст на момент обследования _____

I. Особенности речевого дыхания

Характер речевого дыхания _____

Координация дыхания и фонации _____

Максимальное количество слов, сказанных на одном дыхании _____

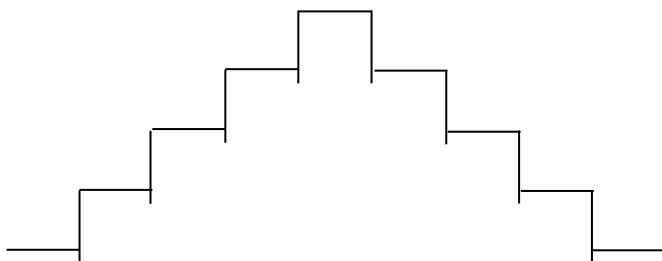
II. Модуляции голоса по высоте*1. Произношение автоматизированных рядов с разной высотой голоса*

1	2	3	4	5

Достаточные модуляции по высоте

Не достаточные модуляции голоса по высоте

Отсутствие модуляций голоса по высоте

2. Воспроизведение поступательного повышения и понижения голоса на гласных звуках с опорой на графическое изображение

Достаточные модуляции по высоте

Не достаточные модуляции голоса по высоте

Отсутствие модуляций голоса по высоте

3. Представления о высоте звучания голоса

Мышь	
Заяц	
Лиса	
Волк	
Медведь	

Количество баллов: _____

III. Модуляции голоса по силе

1. Воспроизведение отдельных звуков и звукоподражаний, произнесенных с разной силой голоса

Пароход близко _____ пароход далеко _____

Жук близко _____ жук далеко _____

Лягушка близко _____ лягушка далеко _____

2. Воспроизведение постепенного нарастания и падения силы голоса при произнесении отдельных звуков и звукоподражаний

Как гудит приближающийся самолет? _____

Как жужжит приближающийся жук? _____

Как воет приближающийся волк? _____

Как воет удаляющийся волк? _____

Как гудит удаляющийся самолет? _____

Как гудит приближающийся самолет? _____

3. Чтение стихотворения с изменением силы голоса по контексту

Достаточные модуляции голоса по силе

Не достаточные модуляции голоса по силе

Отсутствие модуляций голоса по силе

Количество баллов: _____

IV. Тембр голоса

1. Умение управлять голосом и опускаться с верхнего регистра до нижнего

Речевой материал	Регистр
В лесу родилась елочка	
В лесу она росла	
Зимой и летом стройная	
Зеленая была	

3. Произвольное изменение тембра голоса

Заяц _____ Волк _____

Медведь _____ Лиса _____

Количество баллов: _____

V. Мелодичность голоса

1. Произнесение фраз с различной интонацией (чтение сказки «Репка»)

2. Произнесение фраз с вопросительной интонацией с разным логическим ударением

ШШШШ _____

_____ ШШШШ _____

_____ ШШШШ _____

3. Инсценировка сказки с различным интонационным оформлением голоса (фрагмент русской народной сказки «Маша и медведь»)

Количество баллов: _____

Упражнения, направленные на развитие речевого дыхания

Упражнение «Косарь»

Содержание: логопед предлагает детям поставить ноги врозь на ширине плеч, руки должны быть слегка согнуты в локтях и подняты вперед, пальцы сжаты в кулак. Поворачиваясь направо и налево, дети имитируют движения косаря: делают размашистые движения руками и произносят: «Ж-у-х! ж-у-х!». Упражнение повторяется 7-8 раз в среднем темпе.

Упражнение «Гуси шипят»

Содержание: логопед предлагает детям встать. Исходное положение: ноги на ширине плеч, руки на поясе. «Раз, два, три, четыре» — наклониться вперед и, вытягивая шею, произнести на удлинённом выдохе: «Ш-ш-ш-ш». Упражнение повторяется 4-5 раз в медленном темпе.

Упражнение «Пилим дрова»

Содержание: школьники становятся парами лицом друг к другу. Исходное положение: ноги врозь, левая нога вперед, взяться за руки. Наклонившись вперед и поочередно сгибая и разгибая руки в локтях, дети имитируют движениями рук пилку дров, при этом произносят: «Ж-ж-ж-ж». Упражнение повторяется в течение 35-40 секунд в медленном темпе.

Упражнение «Паровоз»

Содержание: дети ходят на месте или по кабинету с попеременным движением согнутыми руками и имитацией звука отходящего или останавливающегося поезда: «Ч-у-х! Ч-у-х!». Упражнение повторяется в течение 35-40 секунд.

Упражнение «Спущенное колесо»

Содержание: логопед предлагает детям встать следующим образом: ноги врозь, держать в руках воображаемую накачанную воздухом резиновую камеру. На счет «раз, два» сделать глубокий вдох через рот; «три, четыре,

пять, шесть» — спустить воздух из камеры со звуком «с-с-с-с!». Упражнение повторяется 3-4 раза в медленном темпе.

Упражнение «Поем песенку»

Содержание: логопед предлагает детям сделать глубокий вдох через рот, затем постепенно и медленно выдыхать воздух, произнося звук [а]. Затем логопед предлагает детям произносить сочетания звуков: ау, ай, ауи и т.п. Выдох контролируется ладонью.

Упражнение «Немое кино»

Содержание: логопед показывает школьникам беззвучную артикуляцию гласного звука или сочетаний двух-трех гласных звуков. Затем предлагает детям озвучить немую артикуляцию и произнести звук (звуки) на длительном выдохе.

Упражнение «На берегу моря»

Содержание: логопед: «Представьте, что вы находитесь на берегу моря. Закройте глаза. Слышите, как бежит волна: с-с-с.. Сделайте глубокий вдох и пропойте: с-с-с. Сыплется песок: с-с-с-с... Ветер песню напевает: с-с-с-с... И песочек рассыпает: с-с-с-с...».

Упражнение «Ах, как пахнет!»

Содержание: у логопеда в руках два-три живых цветка, которые знакомы детям. Цветы можно заменить фруктами с выраженным запахом (апельсин, лимон, яблоко) или листьями (смородина, черемуха, тополь). Дети нюхают цветок (фрукт, листок) и на выдохе произносят фразу «Ах, как пахнет!». Затем количество слов, произносимых на выдохе увеличивается: «Ах, как вкусно пахнет!», «Ах, как вкусно пахнет роза!».

**Комплекс игр и упражнений, направленных на развитие характеристик
голоса у младших школьников с дизартрией**

Игра «Ракета»

Цель: развитие способности изменять голос по высоте

Содержание: логопед вместе со школьниками стоят в кругу. Логопед: «Представьте, что вы превратились в ракеты. Ракета должна взлететь!». Школьники вслед за логопедом начинают протяжно произносить низким голосом звук [У] (руки немного разведены в стороны). Логопед продолжает: «Наша ракета летит на Луну». Дети поднимают руки вверх и протяжно произносят высоким голосом звук [У]. Логопед: «Ракета приземляется на Луне». Дети опускают руки и приседают, затем протяжно произносят низким голосом звук [У]. Логопед: «А теперь ракета летит домой». Дети выполняют все действия еще раз в том же порядке.

Игра «Ножки»

Цель: развитие способности изменять голос по высоте

Содержание: школьники сидят за партами и совместно с логопедом читают стихотворение, изменяя высоту голоса и одновременно стуча пальцами по столу:

Бегут по дорожке

Дочкины ножки:

Топ! Топ! Топ! (дети произносят эти строчки высоким голосом, быстро и легко постукивают пальцами по парте).

А вот папины ноги

Идут по дороге:

Топ! Топ! Топ! (дети произносят строчки низким голосом, медленно и громко стучат пальцами по парте)

Упражнение повторяется 2-3 раза.

Игра «Теремок»

Цель: закрепление знаний школьников о постепенном движении голоса вверх и вниз.

Оборудование: игровое поле с изображением домика с крыльцом из семи ступенек, игрушки-животные (мышка, лягушка, заяц, лиса, волк, медведь).

Содержание: логопед читает детям стихотворный текст:

Стоит в поле теремок.

Как красив он и высок.

По ступенькам мы идем.

Свою песенку поем.

Каждый из участников игры берет себе любую игрушку. Персонаж идет по ступенькам вверх и поет первую фразу с постепенным повышением голоса:

- По ступенькам я иду...

Затем, стоя у входа в домик, поет вторую фразу на высоких нотах:

- В дом чудесный захожу!

И «заходит» в дом.

Когда все персонажи «зайдут» в дом, начинается движение вниз в обратном порядке с постепенным понижением высоты голоса.

Персонаж спускается по ступенькам и поет:

- По ступенькам вниз иду...

Затем, стоя у первой ступеньки, допевает вторую фразу:

- По тропиночке уйду.

Упражнение «Тихо – громко»

Цель: развитие способности изменять голос по силе

Оборудование: барабан или бубен.

Содержание: школьники вместе с логопедом стоят в кругу. Под звуки барабана или бубна дети начинают шагать по кругу. Если логопед ударяет в

барабан громко, то дети шагают, высоко поднимая ноги и громко говоря: «топ-топ!». При тихих ударах школьники шагают как обычно и говорят тихо: «топ-топ».

Вариант упражнения: при громких ударах дети громко хлопают в ладоши, а при тихих ударах — тихо. В это время школьники с соответствующей силой голоса произносят следующие слова:

Мы идем и топаем: «Топ-топ-топ».

Мы идем и хлопаем: «Хлоп-хлоп-хлоп».

Игра «Котята»

Цель: развитие способности изменять голос по силе

Содержание: школьники сидят на стульях и читают совместно с логопедом вслух стихотворение, изменяя силу голоса, в зависимости от содержания стихотворения:

Тише, тише:

Кот на крыше (говорят шепотом).

И котята чуть-чуть выше (говорят очень тихим голосом).

Кот пошел за молоком (произнести голосом обычной громкости)

А котята кувырком.

Кот принес всем молока (говорят громким голосом)

Прилег довольный: «Ха! Ха! Ха!» (произносят очень громко).

Упражнение «Пастушок»

Цель: развитие тембра голоса

Содержание: школьники сидят на стульях и вместе с логопедом читают вслух стихотворение, изменяя тембр голоса и мимику лица, в зависимости от содержания стихотворения:

«Мо-моо, му-муу» (произносят с серьезным лицом, повторяют 2-3 раза)

Рано-рано поутру

Пастушок: «Туру-ру-ру!» (произносят с веселым выражением лица, повторяют 2-3 раза).

А коровы вслед ему

Замычали: «Му-муу» (произносят серьезным лицом, повторяют 2-3 раза).

Затем, можно поменять мимику и тембр голоса на разных строчках стихотворения.

Упражнение «Колокольчик»

Цель: развитие тембра голоса

Содержание: дети по образцу логопеда читают стихотворение с соответствующим содержанию тембром голоса:

В лесу, на опушке, живет колокольчик

Толстый и важный, ворчливый всегда.

Лишь только проснется, в лесу раздается

Его недовольное грубо «ЛА-ЛА»

Соседки его на тоненьких ножках

В ответ ему весело «Ла-Ла-Ла-Ла»

Хватит ворчать вам, бурчать и сердиться,

Пойте нежнее вы с нами «ЛА-ЛА!»

Игра «Угадай-ка»

Цель: развитие интонационной выразительности речи.

Оборудование: карточки с изображением эмоций (грусть, радость, испуг, злость), карточки с междометиями, сюжетные картинки.

Содержание: логопед: «Ребята, посмотрите на картинку. Подумайте, как говорят, если упала чашка? Произнесите и подберите карточку с эмоцией».

Речевой материал:

Упала чашка – ОЙ! (испуг).

Ругают – Ая-яй! (злость)

Забил гол – УРА! (радость).

Просят убрать игрушки – У-У (грусть).

Упражнение «Угадай знак»

Цель: развитие интонационной выразительности речи

Оборудование: карточки с изображением восклицательного, вопросительного знаков, точки.

Содержание: дети сидят за партами. Логопед знакомит школьников с символами и их обозначением. Логопед: «Сейчас я покажу вам карточку со знаком, затем буду говорить предложение. Вы должны произнести это предложение с интонацией знака, который изображен на этой карточке».

Речевой материал:

Солнце светит. Солнце светит? Солнце светит!

Сверкает молния. Сверкает молния? Сверкает молния!

Снег идет! Снег идет? Снег идет.

Я пойду в гости! Я пойду в гости. Я пойду в гости?

Мама пришла. Мама пришла! Мама пришла?

Игра «Медведь»

Цель: развитие интонационной выразительности речи

Оборудование: карточки с изображением восклицательного, вопросительного знаков, точки.

Содержание: логопед дает детям инструкцию: «Послушайте внимательно и повторите за мной отдельно каждое предложение. Подберите к каждому предложению картинку с соответствующим знаком».

Ты куда идешь, медведь?

В город елку поглядеть!

Да на что тебе она?

Новый год встречать пора.

Где поставишь ты ее?

В лес возьму, в свое жилище.