**Городское методическое объединение г. Реутов**

**СПЕЦИФИКА НАРУШЕНИЯ ГОЛОСА У ДЕТЕЙ**

**С ТЯЖЕЛЫМИ**

**НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ**

Учитель-логопед ГРУДИЕВА О.В.

МАДОУ №5 АЛЕНЬКИЙ ЦВЕТОЧЕК

27 августа 2018

г. Реутов

**СПЕЦИФИКА НАРУШЕНИЯ ГОЛОСА У ДЕТЕЙ**

**С ТЯЖЕЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ**

**Введение**

Изучение нарушений голосовой функции представляет собой чрезвычайно важную и сложную проблему, привлекающую внимание специалистов разного профиля. Исследователи, работающие в области голосовых нарушений, преследуют разные цели, используют различные аппараты и различные системы исходных представлений о речевом процессе в зависимости от стоящих перед ними задач-

Таким образом, полное, разносторонее представление о состоянии голосовой функции еще не сформировано, не разрешен до настоящего времени ряд вопросов.

Достаточно полно изучены периферические расстройства голоса у взрослых. Проблема голосовых нарушений у детей, связанная с голосовыми перегрузками, соматической ослабленностью, а также отрицательными психоэмоциональными факторами, приобретает все большую актуальность. По данным Ю.С.Василенко, Е.С.Уланова 11,7% детей в возрасте от 5 до 17 лет имеют нарушения голоса, обусловленные патологией голосового аппарата. Наличие голосовых расстройств у 6-9% детей отмечают зарубежные исследователи.

Процент распространенности нарушений голоса намного выше среди детей с различными видами речевой патологии (Филимонова В.И., Лаврова Е.В., Чиркина Г.В.). Они варьируют от незначительных изменений отдельных акустических характеристик до сложных голосовых расстройств. В то же время, исследованию особенностей голоса детей в структуре речевых дефектов уделяется недостаточно внимания. Сведения о состоянии, характере, распространенности нарушений голоса при таких сложных речевых нарушениях, как дизартрия, алалия, ринолалия, заикание разрозненны и немногочисленны (Ипполитова М.В., Мастюкова Е.М., Ермакова И. В., Ипполитова А. Г., ЧиркинаГ.В., Оганесян Е.В., Филимонова В.И.).

Патологическое изменение акустических характеристик голоса обедняет интонационное оформление речи, отражающее смысловую и эмоциональную стороны высказывания. Таким образом, снижая разборчивость речи, вызывая трудности в ее восприятии окружающими, расстройства голосовой функции осложняют структуру дефекта и влияют на развитие коммуникативной функции речи.

Недостаточное количество данных об особенностях голосовой функции при тяжелой речевой патологии и специальных методик коррекционной работы не позволяет нацелить логопедов на необходимость обследования голоса и включения в систему занятий специальных фонопедических приемов воздействия. Важность и необходимость совершенствования традиционных и поиск новых методов и форм коррекционно-педагогической работы обусловливает актуальность изучения проблемы нарушения голосовой функции и интонационной стороны речи у детей с дизартрией, ринолалией, алалией, заиканием.

Для формирования полноценного, пригодного для речевого общения голоса необходима взаимосвязанная работа всех частей голосового аппарата.

В момент голосообразования между сомкнутыми голосовыми складками, напряжением их мышц и подскладочным давлением устанавливается тесное взаимодействие: давление столба воздуха в трахее тем сильнее, чем большее сопротивление оказывают складки. Сложная система дыхательных мышц рефлекторно поддерживает воздушное давление на определенном уровне, необходимом для произнесения того или иного звука. Голосовые складки не находятся в полной зависимости от величины воздушного давления; они своей активной деятельностью регулируют тонус мышц органов дыхания при постоянном контроле со стороны ЦНС. Как только возникает необходимость в изменении величины подскладочного давления, кора головного мозга “принимает срочные меры”, изменяя тонус внутренних мышц гортани и голосовых складок, повышая или понижая частоту колебаний последних. Этот процесс регулируется сложным рефлекторным путем по принципу обратной связи при участии слухового анализатора.

Сокращение мышц голосовых складок - активный процесс. Частота нервных импульсов, идущих к голосовой мышце по нижнегортанному (возвратному) нерву, равна частоте колебаний голосовых складок, то есть в точности соответствует частоте основного тона голоса человека.

Таким образом, воздушная струя, образующаяся во время выдоха, является не движущей силой колебательных движений голосовых складок (как объясняет миоэластическая теория), а материалом, из которого генерируется энергия - звук.

Голос образуется в результате того, что воздух, выталкиваемый под давлением из легких и бронхов, на своем пути встречает сопротивление в виде сомкнутых и напряженных голосовых складок. Пробивающаяся воздушная струя вызывает их вибрацию, в результате чего и получается звук. Этот звук проникает в резонирующую надставную трубу, где приобретает индивидуальную силу и тембр.

Голосообразование теснейшим образом связано с дыханием. Поэтому необходимо подробнее остановиться на некоторых особенностях речевого дыхания, которые выделяются Л. В. Нейманом, О. В. Правдиной, С. Л. Таптаповой, Л. М. Телеляевой. Эти особенности связаны с тем, что речевое дыхание включено в процесс речи, являясь основой голосообразования, формирования речевых звуков, речевой мелодии того или иного речевого абзаца.

Как известно, речь образуется на фазе выдоха. И первое, что отмечают все исследователи - это изменение последовательности фаз вдоха и выдоха. Выдох при речевом дыхании значительно удлиняется, тогда как вдох, напротив, становится более коротким.

При речи требуется в 3-4 раза больше воздуха, чем при спокойном дыхании. Поэтому при вдохе воздух будет поступать главным образом через рот.

Следующей особенностью речевого дыхания является то, что выдох осуществляется при активном участии выдыхательных мышц. Это обеспечивает глубокий выдох, и достаточное давление воздушной струи.

Большое значение для голоса имеет так называемая “опора дыхания”, благодаря которой значительно удлиняется выдох. Как отмечает Митринович-Моджеевска А., опора - сознательное замедление фазы выдоха, благодаря контролируемому напряжению мышц-выдыхателей.

Голос является структурным компонентом устной экспрессивной речи, обеспечивает ее разборчивость, выразительность и эмоциональную окраску.

Голос в разные возрастные периоды имеет свои акустические особенности. В развитии речевого голоса выделяют несколько стадий:

*Голос новорожденных и грудных детей.* Издаваемые новорожденными звуки могут быть разными по силе, но они, как правило, мало отличаются по высоте . Спектры голоса детей первых дней жизни без патологии незначительно отличаются друг от друга. Однако тембр их голоса не одинаков и уже на третий-четвертый день после рождения не только мать, но и обслуживающий персонал родильного отделения могут различать голоса детей.

*Голос детей младшего дошкольного возраста.* Для того периода характерно бурное развитие речевой деятельности. Разговорный голос отличается узостью диапазона используемых звуков по высоте.

*Голос детей старшего дошкольного возраста и детей младшего школьного возраста*отличается заметным расширением диапазона продуцируемых звуков, как по высоте, так и по силе, но диапазон голоса значительно меньше чем у взрослых.

*Голос в период мутации.*В возрасте от 11-19 лет наступает период мутации- ломки голоса. Голос в период мутации не стабильный, он часто срывается, изменяется от дисканта до баритона.

**Характеристика нарушений голоса у детей с дизартрией**

К нарушениям тембра относят следующие изменения голоса: **Голос низкий, беззвучный,приближенный к шепотному, с большой утечкой воздуха; такой голос определяют ещекак “глухой”.** Д. Вильсон называет такой тембр “придыхательным”. Такое звучание голоса обусловлено неполным смыканием голосовой щели, задний отдел которой остается открытым. Воздух проходит между голосовыми складками, в результате чего появляется шум. Обычно такой голос встречается у глухих детей, с очень малыми остатками слуха.

**Хриплый голос.** Д. Вильсон описывает его как сочетание огрубелости голоса и придыхания. Педагогу, обнаружившему такое изменение голоса рекомендуется направить ученика к отоларингологу, чтобы исследовать состояние гортани. **Голоссдавленный, скрипучий, резкий.** Такое изменение голоса возникает в результате сильного напряжения мышц.

**Гнусавый голос.** Очень распространенное нарушение голоса. Это нарушение представляется еще и следствием нарушения резонанса. К нарушениям силы относятся следующие определения голоса: **Голос очень тихий, слабый.** Такой голос характерен для маленьких детей в начале обучения. Чаще встречается у глухих детей, которые не умеют пользоваться своим голосом**.**

**Крикливый голос.** Характерен в большей мере для слабослышащих, со значительными остатками слуха.Кроме того, громкость голоса зависит еще и от индивидуальных психологических особенностей ребенка, его темперамента. С нарушением нормальной высоты связаны следующие особенности голоса: **Слишком высокий или слишкомнизкий голос; несоответствующий возрасту** ребенка. Д. Вильсон отмечает распространенность этого нарушения, причем, чаще встречается более высокий (в сравнении со слышащими сверстниками) тон голоса. У маленьких детей, по его данным, высота основного тона обычно находится в пределах нормы.

**Фальцетный голос** - высокий голос, образуемый без участия грудного резонатора. . Голос повышается или переходит на фальцет лишь на некоторых звуках. По данным Д. Вильсона у детей могут встречаться следующие нарушения резонанса: **Гиперназальность.** При ней в качестве резонатора избыточно используется полость носа. Часто это возникает из-за небно-глоточной недостаточности. Особенно страдает качество гласных звуков.

**Гипоназальность.** Возникает при недостаточном использовании носового резонанса. Гипоназальность проявляется при произнесении носовых согласных: м и н. Они звучат как б и д.

**Глоточный резонанс.** Возникает вследствие локализации звука в глотке и задних отделах полости рта. Иногда встречается комбинация нескольких нарушений резонанса. Необходимо отметить, что выделенные нами качественные изменения голоса детей значительно варьируется.

***Исследование голоса и интонационной стороны речи с использованием***

***специальных проб***

Проверка акустических характеристик голоса (высоты, окраски звука) и интонации при произнесении как изолированных гласных, согласных, так и их сочетаний.

Изолированные гласные предлагаются в следующей последовательности: [а, о, у, э, и]. Именно при такой последовательности увеличивается плотность смыкания голосовых складок (на [а] охриплость может не появиться, а на [и] -- появится). Кроме того, увеличивается возвратный импеданс -- соотношение надскладочного и подскладочного давления воздушной струи.

Изучение особенностей произнесения звуков происходит в условиях их многократного звучания (например, укачивания куклы *«а-а-а»*и т.п.), во время которого легко выявляется интонационная характеристика голоса:

[а] -- проверяется при выполнении ребенком инструкции: *«Как нужно укачивать куклу!».*В случае если он не может самостоятельно выполнить задание, логопед показывает необходимые движения и произносит *«а-а-а»,*затем просит ребенка повторить их;

[о] -- в ответ на инструкцию: *«Покажи, как стонет человек, у которого что-нибудь болит»;*

[у] -- при выполнении задания: *«Покажи, как звучит самолет в воздухе»;*

[э] -- при повторении вслед за логопедом коротких слов *эй, это, эхо;*

[и-а] -- в ответ на просьбу: *«Покажи, как кричит маленький ослик».*

Аналогичным способом проверяются характеристики голоса при выполнении следующих инструкций -- *«Покажи,*

*как рычит собака, если ей что-нибудь не нравится»*-- [р];

*как звенит комар*-- [з];

*как жужжит жук весной*-- [ж];

*как лает собака, когда не подпускает чужих к дому*-- [ав];

*как вздыхает старенькая бабушка*-- [ох];

*как мычит корова*-- [му];

*как мычит теленок, который потерял маму*--(жалобно) [ме];

*как пищат мышки*--(тихо) [пи];

*как мурлычет взрослый кот*-- [мурр];

*как мяукает маленький котенок*-- [мяу];

*как кричит петушок*--[ку-ка-ре-ку];

*как тикают часики*--[тик-так].

В каждом случае, когда ребенок затрудняется в выполнении задания, логопед показывает ему образец.

Произнесение слов, обозначающих название той или иной предметной картинки. При выборе картинок учитывается максимальный набор в их названиях гласных и сонорных: *мак, малина, мыло, машина, лимон, дом, самолет, юла, лиса, мел.*

Повторение за логопедом коротких фраз типа: *Мама мыла Милу. Мила любиламолоко. Нина ела малину. Мама купила лимон.*

Произнесение тех же фраз с различной интонацией -- утвердительной, вопросительной и восклицательной.

Произнесение тех же фраз с вопросительной интонацией с логическим ударением на разных словах. Например: *Мама мыла Милу? Мама мыла Милу? Мама мыла Милу?*

Чтение наизусть коротких стихотворений:

Мама мыла Милу мылом, Мыла Мила мишку мылом,

Мила мыло не любила. Мила мыло уронила,

Уронила Мила мыло, Уронила Мила мыло,

В мыльной пене утопила. Мишку Мила не домыла.

Маланья-болтунья Марину и Милу

Болтала, выбалтывала, Малина манила,

Да не выболтала. Марине и Миле

Малина мила.

Ла-ла-ла Лу-лу-лу Ул-ул-ул

Мила пол мела. Слава взял пилу. Михаил уснул.

2.7. Инсценирование сказок с целью проверки умения детей передавать голосовыми реакциями характер персонажей и интонационно оформлять собственную речь. Можно использовать русские народные сказки «Три медведя», «Волк и козлята», сказку В. Сутеева «Кто сказал мяу?» и др. Между детьми распределяются роли: они в соответствии с сюжетной последовательностью рассказывают сказку, при этом каждый должен имитировать голос персонажа.

Очень важные сведения о состоянии голоса ребенка и о владении им интонацией дают наблюдения за его поведением и во время собственно логопедических занятий, и в среде сверстников -- в процессе игр, на прогулках, в различные режимные моменты, т. е. в любой непринужденной ситуации и в беседах на различные доступные ребенку темы.

При достаточно большом количестве известных в настоящее время инструментальных и объективных методов исследования, аудитивный метод оценки голоса по-прежнему остается главным и ведущим. Тренированное ухо специалиста способно улавливать малейшие оттенки нарушенного голоса, по которым ставится диагноз, часто более точный, чем при клиническом обследовании.

**Заключение**

Исследование голосовых нарушений у детей, проводимое на современном уровне, требует своевременной и адекватной дифференциальной диагностики.

Анализ случаев детей с дизартрией показал, что для понимания данных речевых расстройств недостаточно изучение особенностей собственно речевого нарушения. Патология речи (нарушение звукопроизношения) ограничивает способности и социальные возможности ребенка. Стесняясь своего речевого дефекта, ребенок становится замкнутым, неуверенным в своих силах и возможностях.

Особое влияние на речевую, следовательно, и психические функции, оказывает наличие органической неврологической симптоматики. Таким образом, мы пришли к выводу, что наиболее плодотворным является такой подход к ребенку, при котором внимание исследователя сосредотачивается не только на изолированных симптомах (речи), но и на расстройстве целостной сложной системы всего организма.

Нарушения голоса, встречающиеся у детей с дизартрией, на первый взгляд могут показаться схожими. На самом же деле они отличаются рядом особенностей, которые обусловлены характером иннервационных нарушений, периферическим или центральным поражением ЦНС, а также топической локализацией патологического очага.

Исследование характера нарушений является необходимым этапом в создании условий для разработки индивидуальных коррекционных программ для всех обследованных детей.

Коррекция нарушений голоса при дизартрии, хотя и требует специальных приемов, неотделима от коррекции других нарушений речи при дизартрии и осуществляется в рамках комплексного подхода.

В первую очередь специальными логопедическими приёмами исправляется произношение звуков или уточняется артикуляция имеющихся звуков. При устранении недостатков звукопроизношения следует соблюдать строгую последовательность в работе над звуками одной фонетической группы, с тем, чтобы постепенно выработать у детей прочные дифференцировки между сходными звуками. Последовательность учитывает постепенный переход от более лёгких по артикуляции звуков к более сложным. Параллельно с постановкой звуков ведётся работа по развитию звукового анализа и синтеза. Лечение тяжелых нарушений речи, зачастую происходит только при применении комплексного метода, в котором сочетаются разные виды терапевтического воздействия:

Лекарственные средства.

Физиотерапия, лечебная физкультура, иглотерапия для нормализации тонуса мышц и увеличения объема движений органов артикуляции.

Общее, поддерживающее и закаливающее лечение для укрепления организма.

Лечение сопутствующих заболеваний (эти разделы лечения не входит в компетенцию логопеда).

Логопедическая работа по развитию и исправлению речи.

Во всех видах лечения ребенка с ТНР чрезвычайно большая роль принадлежит родителям. Прежде всего, это относится к логопедическим занятиям. Родители должны знать для чего делаются те или иные упражнения, понимать их смысл и представлять ожидаемые результаты.

Логопедическое воздействие при дизартрии направлено на разработку органов артикуляции. Оно включает:

массаж органов артикуляции.

артикуляционную гимнастику;

исправление произношения звуков речи.

исправление речевого дыхания и голоса; работу над выразительностью речи.

Логопедическая работа при дизартрии очень трудоемка, многопланова и требует систематических занятий со специалистами и выполнения домашних упражнений с родителями.

Нами была разработана логопедическая работа для детей с псевдобульбарной дизартрией. ( Приложение 1 )

**Список литературы**

1. Алмазова Нарушение голоса у дошкольников.

2. Бадалян Л.О. Детская неврология. - М.: Медицина, 1984. - 576 с.

3.Вильсон Д.К. Нарушения голоса у детей. - М., Медицина, 1990.

4.Винарская Е.Н. Дизартрия. - Серия «Б-ка логопеда». М.: Изд-во АСТ, 2005. - 143 с.

5.Виноградов Д. Постановка дыхания и голоса.

6.Волкова Г.А. Методика психолого-логопедического обследования детей с нарушениями речи. Вопросы дифференциальной диагностики. - СПб.: Детство-Пресс, 144 с.

7.Логопедия: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. -- М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998. -- 680 с.

8.Лаврова Е.В. «Логопедия. Основы фонопедии» М., 2007.

9.Лаврова Е.В. Нарушение голоса: Учеб. Пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е.В.Лаврова, О.Д.Коптева, Д.В.Уклонская.- М.: Издательский центр « Академия»,2006

10.Максимов И. Фониатрия / Пер. с болгар В.Д. Сухарева. -- М.,

11.Мартынова Р. И. Сравнительная характеристика детей, страдающих легкими формами дизартрий и функциональной дислалией // Хрестоматия по логопедии: Учебное пособие для студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений: В 2 тт. Т1./ Под ред. Л.С. Волковой и В.И. Селиверстова. - М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 1997. - с. 214 - 218 (С сокращениями по публикации в сб.: Расстройства речи и методы их устранения.

12.Митина Ю.С. Основы логопедии. - Калининград: Изд-во Калининградского гос. ун-та, 2003

13.Митринович - Моджеевска А Патология речи, голоса и слуха. Варшава, 1965

14.Орлова О.С. Нарушение голоса. - Москва,2008

15.Фомичев М.И. Основы фониатрии. -- С-П