



МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ГУМАНИТАРНО-
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» (ФГБОУ ВО «ЮУрГГПУ»)

ФАКУЛЬТЕТ ИНКЛЮЗИВНОГО И КОРРЕКЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КАФЕДРА СПЕЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКИ, ПСИХОЛОГИИ И
ПРЕДМЕТНЫХ МЕТОДИК.

Коррекция тембра голоса у детей младшего школьного возраста с
ринолалией на логопедических занятиях

Выпускная квалификационная работа по направлению
44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование
Направленность(профиль) «Логопедия»
Форма обучения очная

Проверка на объем заимствований:
60,15 % авторского текста
Работа реценз. к защите
рекомендована/не рекомендована
« 28 » 12 2022 г. пр. н 5
зав. кафедрой специальной педагогики,
психологии и предметных методик
к.п.н доцент Л.А. Дружинина

Выполнила:
Студентка группы ОФ/406-101-4-1
Лебедева Кристина Алексеевна

Научный руководитель:
к.п.н доцент
Шереметьева Елена Викторовна

Челябинск

2022

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1 НАУЧНО-ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ТЕМБРА ГОЛОСА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РИНОЛАЛИЕЙ	5
1.1 Современное понимание сущности тембра голоса	5
1.2. Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей младшего школьного возраста с ринолалией.....	10
1.3 Роль логопедических занятий в коррекции ринолалии.....	26
Выводы по главе 1	30
ГЛАВА 2 ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЯ ТЕМБРА ГОЛОСА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РИНОЛАЛИЕЙ	32
2.1 Методики логопедического обследования состояния тембра голоса	32
2.2 Результаты обследования состояния тембра голоса у детей младшего школьного возраста с ринолалией.....	38
2.3 Методы и приемы коррекции тембра голоса у детей младшего школьного возраста с ринолалией на логопедических занятиях.....	42
Выводы по главе 2	56
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	58
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	60
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	64
ПРИЛОЖЕНИЕ 1	64
ПРИЛОЖЕНИЕ 2	65
ПРИЛОЖЕНИЕ 3	66
ПРИЛОЖЕНИЕ 4.....	67

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время число рождающихся детей с отклонениями в развитии возрастает, и весомую долю среди них занимают нарушения речи. Речевые патологии на данный момент времени многообразны, все они имеют свою этиологию, особенную структуру и симптоматику. Такое явление, как речевое нарушение может представлять собой как отдельную форму дизонтогенеза, так и быть его отдельным симптомом. Очень часто недостатки речевого развития сочетаются с различными отклонениями в двигательной, когнитивной, эмоциональной, перцептивной и других сферах психической деятельности ребенка.

Среди врожденных отклонений, большое место занимает патология челюстно-лицевой области. Самый часто встречающийся порок данной области является расщелина верхней губы и неба. Данное явление приводит к такому речевому дефекту, как ринолалия. По различным данным, с таким дефектом рождается от 1 на 1200 детей.

Ринолалия – нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата. Больше всего при ринолалии страдает такая просодическая сторона речи, как тембр.

Актуальность исследования заключается в том, что на данный момент тембр голоса, как отдельное явление мало изучен, а рождающихся детей с данной речевой патологией становится все больше. Исходя из этого, появляется необходимость создавать благоприятные условия для их обучения, а так же немаловажную роль имеет пополнение методической базы коррекционного воздействия на детей с данной категорией речевого отклонения.

Практическая значимость данной работы в том, что описанные методики являются базой для обследования просодического компонента,

как тембр, а приемы коррекционного воздействия, помогут при составлении логопедической работы.

Объект – тембр голоса у детей младшего школьного возраста с ринолалией.

Предмет – особенности коррекции тембра голоса на логопедический занятия.

Цель исследования – выявить особенности нарушенного тембра голоса у детей младшего школьного возраста с ринолалией, и разработать содержание коррекционного воздействия по преодолению нарушений тембра в системе логопедических занятий.

Задачи:

1. Изучить и проанализировать литературу по проблеме исследования.

2. Экспериментально изучить особенности тембра голоса у младших школьников с ринолалией.

3. Определить методы и приемы коррекции тембра голоса на логопедических занятиях.

База исследования – Муниципальное бюджетное образовательное учреждение «Специальная (коррекционная) общеобразовательная школа-интернат для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (тяжелыми нарушениями речи) №11 г. Челябинска».

В ходе исследования для достижения поставленных задач использованы следующие методы:

1. анализ литературных источников;
2. констатирующий, формирующий эксперимент;
3. методы статистического анализа данных.

ГЛАВА 1 НАУЧНО-ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ТЕМБРА ГОЛОСА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РИНОЛАЛИЕЙ

1.1 Современное понимание сущности тембра голоса

Тембр - это индивидуальная окраска голоса человека. Тембр считается постоянной, не изменяющейся, как отпечатки пальцев, особенностью каждого говорящего с момента мутации его голоса. Именно по личностной окраске произносимых звуков мы узнаем голоса наших знакомых, все потому что тембр это самая главная наша отличительная черта, нет людей с абсолютно одинаковыми голосами [29. с 194.].

Изучение тембра голоса имеет длинную лингвистическую историю. Исследования последних лет показывают, что ученые не пришли пока к единому мнению по поводу акустической природы данного явления, поэтому в некоторых работах тембр голоса рассматривается только как голосовая характеристика, присущая эмоционально-окрашенной речи. К.И. Долотин писал: «Для крайних по интенсивности эмоций как положительного, так и отрицательного знака наблюдалось вырождение мелодической кривой в прямую линию при самом высоком регистре основного тона (эффект ограничения натяжения голосовых связок). Это, в свою очередь, может свидетельствовать о возможности передачи эмоциональной окраски фразы другими параметрами речи. Одним из таких параметров может быть тембральный признак голоса»[16. с 56.]. Г.Е. Крейдлин говорил о следующем: «Голосовые признаки, и среди них, прежде всего физические – такие, как высота, сила или громкость, тембр и фонации, обуславливающие общую и (преимущественно) эмоционально-чувственную окраску. Все перечисленные признаки голоса уточняют, а порой и однозначно задают тот или иной конкретный тип речевого акта в коммуникации» [26. с 147.].

Рассмотренное выше описание акустической природы тембра голоса позволяет определять его как психоакустическую характеристику голоса, обусловленную совокупностью факторов: формантной структурой спектра, степенью выраженности шумовых компонентов и негармонических обертонов, модуляционными процессами, атакой и затуханием голосового сигнала. Следует отметить, что данный феномен является квазипостоянным, поскольку вся ларингальная и надларингальная база с возрастом претерпевает изменения. В результате этого меняется качество фонационного процесса и артикуляционных установок. Кроме того, мышечная активность голосового аппарата может зависеть и от психического состояния человека. Безусловно, тембр голоса может эксплуатироваться говорящим в своих коммуникативных целях, однако это подвластно только профессиональным ораторам, к которым относятся также и пародисты-имитаторы. Только профессионалы могут понять, прочувствовать и создать в процессе речевой коммуникации разные тембральные окраски. Люди, не знакомые с искусством публичных выступлений, не могут продемонстрировать широкий диапазон тембров. Все когда-то пытались повторить голос другого человека, и все знают как это трудно, рано или поздно человек возвращается к своему привычному произношению. Так же, изменение тембра используется при чтении литературных произведений, в частности стихов это связано с тем, что определенные герои имеют свой характер, а подключая воображение, читающий может предположить, как говорит тот или иной герой, как звучит его голос, и соответственно пытается соответствовать ему. Это далеко не все примеры того, как и зачем человек может менять свой голос, но даже этих примеров достаточно, чтобы понять, что человеческий голос это уникальное явление.

Этот краткий обзор показывает, что ряд исследователей, не рассматривая детально акустическую природу, относятся к тембру как к голосовому качеству, способному придавать речи говорящего

эмоционально-чувственную окраску. При этом важно отметить, что в данном случае имеется в виду не индивидуальный тембр голоса, который помогает идентифицировать личность говорящего. Данное голосовое качество не является объектом лингвистического исследования. Внимание ученых привлекает тембр голоса, при помощи которого, например, оратор способен создавать особые звуковые образы, производящие особый эффект и вызывающие эмоциональный отклик у аудитории.

Дать определение «тембру голоса» возможно, поняв его акустическую природу. Ряд ученых объясняют ее следующим образом. Обертоны образуются в результате колебания голосовых связок и усиливаются в резонаторных полостях. Резонаторные полости можно разделить на головную (полость рта, носа и носоглотки), фарингальную (гортанная область) и грудную (подгортанная область резонирования) [4.с.136.]. Важно, что строение и артикуляционные установки данных резонаторов не меняются, и это позволяет им резонировать одни и те же группы обертонов и создавать индивидуальную окраску голоса, то есть тембр. Качество звучания зависит от места резонирования, формы, размера резонатора и его мускульной активности. Отметим, что акустическими показателями тембра можно считать обертоны, продуцируемые формантами спектра звука – третьей и четвертой. Следует добавить, что третья и четвертая форманты определяются «строением речевого аппарата, произносительными привычками говорящего, психическим состоянием, влияющим на соматику мышц речевых органов». Это объяснение свидетельствует о том, что тембр голоса напрямую зависит от типов фонации, которые акустически отражаются в спектре голосового источника, и от разных артикуляционных установок, влияющих на конфигурацию речевого тракта, а следовательно, и на его резонансные свойства. Физической базой данных модификаций являются интегральные спектральные характеристики [12 с. 119].

Понятие «Просодический тембр»

Некоторые отечественные ученые отождествляют понятие "качество голоса» с понятием «тембр голоса» т.е. его индивидуальным качеством: «Голос, образующийся колебанием напряженных голосовых связок под давлением выдыхаемого воздуха, видоизменяется под влиянием резонаторов и превращается в звук, приобретая лишь одному ему присущее качество» [5, с. 199]. При подключении новых резонаторов или изменении положения уже участвующих в образовании звука резонаторов создается дополнительная окраска, которую, по мнению Е.А. Бурой, И.Е. Галочкиной и Т.И. Шевченко, следует называть «просодическим тембром» [5, с. 199]. Важно, что просодический тембр может быть объектом лингвистического исследования только тогда, когда говорящий, или оратор намеренно изменяет качества своего голоса «с целью передачи оценочной информации, являющейся частью смысла высказывания» [5, с. 201]. Таким образом, просодический тембр может рассматриваться как средство, раскрывающее эмоциональное состояние говорящего и его отношение к слушающему или содержанию высказываемого, и одновременно способствует реализации информационно-содержательного компонента звучащего текста.

Среди видов тембральной окраски Е.А. Бурая, И.Е. Галочкина и Т.И. Шевченко выделяют

- гиперлабиализованный тембр (при произнесении нежных слов), создаваемый сильным огублением;
- нелабиализованный тембр (при передаче контекста негативного или даже яростного характера);
- ларингальный тембр (при демонстрации боли и страдания);
- тембральная окраска с использованием переднеорального резонатора (при создании иронического эффекта);
- придыхательное звучание (для передачи сильно эмоциональных чувств).

В работе С.В. Дечевой за тембром голоса как одного из компонентов речевого голоса также закреплена эмоционально-модальная функция. Автор определяет тембр как «способность говорящего к выделению в речи тех элементов звучания, которые необходимы как для эстетического воздействия на слушающего, так и для адекватного восприятия произведения в целом [13 с. 13]. Как видим, в данном определении эмотивный аспект превалирует над физио-акустическим.

Механизм образования природного тембра голоса до сих пор не выяснен, в частности не установлено, каким путем и в какой преимущественно части голосового аппарата голос приобретает свою тембровую окраску. Одни авторы полагают, что тембр голоса предопределяется в гортани, где он и приобретает все свои основные акустические свойства. Другие, наоборот, приписывают тембровые особенности голоса преимущественно резонаторному аппарату (полости рта, глотки, носоглотки, носа, иначе говоря — надставной трубке). Наконец, третьи авторы представляют себе образование тембра таким образом, что звук, зародившись в гортани, выходит оттуда, имея уже в своем составе все свои тембровые особенности, но свое дальнейшее оформление и развитие в смысле окраски получает уже в надставной трубке, т.е. в надгортанных полостях.

Е.С. Алмазова в своей работе «Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей» пишет, что тембр голоса зависит от деятельности ротоносоглоточного резонатора. В процессе фонации существует тесная функциональная связь между глоткой и гортанью, между мягким нёбом и гортанью. Малейшее изменение положения мягкого нёба рефлекторно вызывает изменение положения голосовых складок. Рецепторы мягкого-нёба—пусковые поля, с них начинается возбуждение голосового аппарата, а, следовательно, начало фонации.

При координированной работе всех частей ротоносоглоточного резонатора голос приобретает звонкость, собранность, полетность,

ровность, устойчивость, гибкость и выносливость. В таком голосе выражены высокие (2000—3000 Гц) частоты, придающие ему звонкость и мягкость.

Повышение уровня высокой форманты (2300—2700 Гц) увеличивает силу и полетность звучания [1. с 153].

1.2. Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей младшего школьного возраста с ринолалией

Ринолалия – нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата.

В переводе с греческого языка «ринолалия» дословно звучит, как «речь с носовым оттенком». Данное речевое нарушение является следствием врожденной аномалии: расщелины верхней губы и неба. Наличие данной патологии значительно отражается на здоровье ребенка, его общем развитии, и что немало важно на формировании речи. Такой ребенок с самого рождения овладевает речью в патологических условиях, у него нарушаются все звуки, как согласные, так и гласные. Так же страдает голос: его тембр, сила и высота, так же имеются грубые нарушения дыхания и звукообразования. Из-за продолжительных деформаций голоса появляются изменения и перестройки речевого слуха. Происходит привыкание к назализованной фонации имитации искажений, в ходе чего формируются афферентные кинестетические установки от органов речи. Лица с данной речевой патологией не дифференцируют и не контролируют слухом назализованное и правильное звучание. Следует отметить, что некоторые речевые недостатки при ринолалии связаны не с нарушенной артикуляцией, а с недостаточностью физического слуха, со снижением его остроты, из-за частых воспалительных процессов в верхних дыхательных путях [29 с. 127].

В отечественной и зарубежной литературе среди речевых патологий, данный дефект рассматривают, как одну из сложных клинических форм.

Ранее, данное нарушение речи обозначали как «гносавость». Данный термин имеет народное происхождение, отражающее особенность внешнего проявления расстройства.

М.Е. Хватцев писал, что ринолалия – это самостоятельное нарушение, а его коллеги О.В.Правдина и Олтушевский В.Ф причисляли ее к форме механической дислалии.

В настоящее время, ринолалия является самостоятельным речевым нарушением, проявляющееся в сочетании расстройств голоса и неправильной артикуляции звуков. Отличие ее от механической дислалии, заключается в том, что при ринолалии страдает не только произношение согласных, но, и гласных звуков. Так же, страдает произношение и звонких и глухих звуков, а это, в свою очередь, отличает данное речевое расстройство от нарушений голоса.

В некоторых источниках может, встречается такой термин, как «ринофония». Одним из таких источников выступает работа В.И.Селиверстова «Понятийный словарь логопеда» в нем он трактует этот термин следующим образом : Ринофония - это носовой (гносавый) оттенок голоса, возникающий из-за неправильного направления голосовыдыхательной струи вследствие либо механических дефектов носоглотки, носовой полости, мягкого и твердого нёба, либо расстройств функции мягкого нёба. Данное явление указывает на специфический назальный оттенок голоса, в то время как ринолалия говорит о нарушении артикуляционной и акустической характеристики звука. При ринофонии назализация лишает тембр голоса приятных модуляций, звуковысотных изменений и звонкости, в то время, как при ринолалии тембр придает смазанное, глухое и монотонное звучание всей речи.

К ринолалии относится такой дефект речевого аппарата, как врожденные расщелины нёбно-глоточного смыкания.

Основными симптомами и причинами нарушения у детей нормального функционирования нёбно- глоточного затвора может быть:

– наличие врождённых расщелин мягкого и твёрдого нёба, приводящих к полной невозможности разобщения носовой и ротовой полостей;

—короткое мягкое нёбо;

—отсутствие маленького язычка или его раздвоение;

—гнусавость голоса;

—наличие параличей или парезов мягкого нёба, полностью исключающих или резко ограничивающих возможность его поднимания или смыкания с задней стенкой глотки, что не позволяет изолировать носовую полость от ротовой;

—произношение большинства звуков «в нос»;

—ощущение постоянной заложенности носа у малыша.

Существует множество классификаций ринолалии. Ниже будет описана общепринятая классификация ринолалии [29 с. 128].

Ринолалия проявляется в 3-х видах – открытая, закрытая и смешанная. В зависимости от характера повреждения речевого аппарата, особенности анатомического дефекта и нарушения функции небно-глоточного смыкания. По этиологии может быть органическая и функциональная.

Закрытая ринолалия

Характеризуется пониженным физиологическим носовым резонансом во время произношения звуков речи. Речевой выдох направлен через рот при всех звуках, в результате чего страдает артикуляционная и акустическая характеристика звуков м, н и тембр голоса. Закрытая ринолалия проявляется при нарушении деятельности носового резонатора, при анатомо-физиологических нарушениях в носоглоточной и носовой полости, или при гиперфункции мягкого неба.

При закрытой форме ринолалии затрудняется процесс носового дыхания, иногда человек совсем не может дышать носом. Это приводит к искажению носовых звуков м и н, звук м заменяется на б, н на д.

Нарушение носового резона приводит к изменению тембра. При частой закупорке носа м звучит, как мб, н искажается как нд.

Основные причины закрытой ринолалии:

- 1) органические изменения в носовой полости, которые закрывают проход воздушной струи в носовое пространство;
- 2) функциональные нарушения мягкого неба, небной занавески, небо-глоточного клапана, который пропускает воздух в носовую полость.

Закрытая ринолалия подразделяется на органическую и функциональную.

Органическая закрытая ринолалия возникает вследствие анатомических изменений в носовой или носоглоточной полости. Оказывается пораженным зевом, носом, носоглоткой.

В данном случае необходимо хирургическое вмешательство, устранение причины невозможности проходимости носовой полости. Как правило, с устранением этих причин носовое дыхание нормализуется и дефект исчезает.

М.Зееман разделял органическую закрытую ринолалию на два вида: переднюю закрытую ринолалию и заднюю закрытую ринолалию.

Причинами передней закрытой ринолалии может выступать хронический насморк, приводящий к гипертрофии слизистой носа, разрастания в носовой полости (полипы, опухоли), искривление носовой перегородки.

Задняя закрытая ринолалия появляется в следствии уменьшении носоглоточной полости. Причины: разрастания в носоглотке. Например: большие аденоидные разрастания, фибромы, носоглоточные полипы, опухоли носоглотки.

При функциональной закрытой ринолалии каких-либо органических повреждений в носовой или носоглоточной полости нет. Отмечается повышенная функция мягкого неба. Оно всегда приподнято и преграждает путь воздушной струе в носовую полость, вследствие чего воздушная

струя идет через рот. Данная форма встречается часто, но не всегда правильно распознается. При функциональной закрытой ринолалии тембр носовых и гласных звуков может быть нарушен сильнее, чем при органической форме. Причиной этому служит то, что мягкое небо, при фонации и произнесении носовых и звуков поднимается сверх нормы и преграждает звуковые волны доступ к носоглотке.

Открытая ринолалия

Данное речевое нарушение чаще встречается чаще, чем закрытая ринолалия. Причиной является нарушение перегородки между ротовой и носовой полостями. Воздушная струя слабая, во время речи проходит одновременно через рот и нос. Данный вид характеризуется искаженной артикуляцией и аномальным акустическим произношением звуков. Во время речи воздушная струя проходит одновременно и через нос, и через рот, итог этого явления: носовой резонанс, при произнесении абсолютно всех звуков. Неправильный акустический эффект может выступать исходом нарушенного тембра голоса.

При открытой форме ринолалии ротовые звуки приобретают назальность. Наиболее выражено искажается тембр при произнесении гласных *и* и *у*, при артикуляции которых ротовая полость максимально сужена. Наименее назализованным является гласный звук *а*, так как ротовая полость при произношении данного звука максимально раскрыта. Намного хуже дело состоит с согласными звуками, тембр в данных случаях страдает значительно больше. Когда произносятся шипящие и фрикативные звуки, появляется осипший звук, исходящий из носовой полости. Так как в ротовой полости не образуется необходимое воздушное давление, вследствие неполного перекрытия носовой полости взрывные звуки, такие как *п*, *б*, *д*, *к*, *г* произносятся смазано, неясно. Звуки *л* и *р* звучат искаженно, слабо, так как струя в полости рта настолько слаба, что не дает энергии для колебания кончика языка, что значительно препятствует произнесению звука *р* [].

Открытая ринолалия может быть органической или функциональной.

Органическая открытая ринолалия – может быть врожденная, как следствие врожденных расщелин верхней губы, твердого и мягкого неба, и приобретенная, как следствие травм, параличей, парезов, рубцов, опухолей.

Функциональная открытая ринолалия – дефект обусловлен чаще всего гипокинезом мягкого неба, его гипофункцией без явных признаков органического повреждения, недостаточным подъемом, а также обусловлен нарушением контроля собственной речи при сниженном слухе или при подражании назальной речи. Функциональная открытая ринолалия встречается реже, чем органическая открытая ринолалия. Чаще всего она встречается у физически ослабленных детей с пониженным мышечным тонусом. Так же может появляться при удалении больших аденоидных разрастаний. Такая форма чаще всего обуславливает неправильное произнесение только гласных звуков, в то время как согласные произносятся без назализации так как небо-глочное смыкание производится хорошо, без каких-либо препятствий.

Смешанная ринолалия

Возникает при комбинации факторов, вызывающих открытую и закрытую ринолалию. Характер проявления речевого расстройства зависит от преимущественного нарушения. Чаще всего состояние речи характеризуется пониженным носовым резонансом, при произнесении носовых звуком и назализованным тембром. Причиной является сочетание непроходимости носа и недостаточность небо-глочного контакта функционального и органического происхождения. Смешанная ринолалия обуславливается утечкой воздуха через нос при патологически уменьшенном носовом резонансе, в результате чего страдает артикуляционная и акустическая характеристика всех речевых звуков, значительно искажается тембр голоса. Наиболее типичными являются сочетания укороченного мягкого неба, подслизистого его расщепления и

аденоидных разрастаний, которые в таких случаях служат препятствием для утечки воздуха через носовые ходы во время произнесения оральных звуков.

Ринолалия, обусловленная врожденными расщелинами губы и неба, представляет собой серьезную проблему для различных отраслей медицины и логопедии. Она является предметом внимания хирургов-стоматологов, ортодонт, детских оториноларингологов, психоневрологов и логопедов. Своевременное коррекционное воздействие при ринолалии создает благоприятные условия для развития этих детей.

Характер нарушений речи зависит от совокупности структурных и функциональных изменений. Это может быть целый ряд нарушений в костно-мышечном аппарате речи: сужение верхней челюсти, твёрдого нёба, деформация верхнего ряда зубов. Так же нарушаются нормальное переплетение и тонус мышц нёба, и необходимое их физическое натяжение. Мышцы значительно ослабляются, питающие их сосуды суживаются, что ведёт к развитию рубцовой ткани. Вялость артикуляторного аппарата (губ, нижней челюсти и языка) проявляется в слабости круговой мышцы рта, вплоть до невозможности удержать губами самые мягкие предметы. При несращении губы и нёба вырабатывается целый ряд приспособительных движений губ, носа и мягкого нёба. С их помощью дети, артикулируя звуки, стараются помешать выходу воздуха через нос. Речь сопровождается движениями крыльев носа, бровей, сужением ноздрей, сокращением лобных мышц и поднятием верхней губы. Чем обширнее дефект, тем большие нарушения претерпевает детский организм в период своего развития.

Наличие расщелин приводит к невозможности грудного вскармливания. Угасание сосательного рефлекса, выпадение губных движений приводит к ослаблению всей лицевой мускулатуры, обедняется мимика лица.

Из-за неправильных анатомических условий не развивается координированная и дифференцированная работа языка – он практически не участвует в артикуляторном акте. Для того чтобы приспособиться к особым анатомическим условиям, развивается такое положение языка, при котором корень его поднимается вверх, препятствуя выходу воздуха через рот и ещё больше увеличивая назальный оттенок речи и снижая его разборчивость. При этом наблюдается значительное ограничение подвижности языка, смещение его передней части к середине ротовой полости, смазанность и вялость артикуляции. Нарушается мышечная взаимосвязь при питании: при кормлении дети сжимают соску не губами, а корнем языка и частично нёбным сводом. При таком сосании вместе с движением корневой части языка активизируются мышцы лица, в дальнейшем это сказывается на качестве лепета и оказывает влияние на формирование произношения.

У детей с открытой ринолалией ухудшаются условия физиологического дыхания, вырабатываются неправильные механизмы речевого дыхания.

Наблюдается отставание в развитии общей и мелкой моторики ведущей руки. Мышцы пальцев и кисти слабые, быстро устают, движения недостаточно координированы. Речь часто сопровождается напряжением растопыренных пальцев обеих кистей. Дети позднее начинают держать голову, сидеть и ходить. Нервно-мышечный аппарат речи рано приспособляется к своеобразным условиям глотания и дыхания.

У детей с врождёнными расщелинами часто наблюдаются функциональные нарушения нервной системы, выраженные психогенные реакции на свой дефект, повышенная возбудимость. Неполющенность речи при ринолалии сказывается на формировании всех психических функций, развивается замкнутость, застенчивость, раздражительность.

Характерным для детей с ринолалией является изменение оральной чувствительности в ротовой полости. Причина заключается в дисфункции

сенсомоторных проводящих путей, обусловленной неполноценными условиями вскармливания в грудном возрасте.

Патологические особенности строения и деятельности речевого аппарата вызывают разнообразные отклонения в развитии не только звуковой стороны речи. В разной степени страдают различные структурные компоненты речи. В связи с нарушением речедвигательной периферии ребёнок лишается интенсивного лепета, тем самым обедняется этап подготовительной настройки речевого аппарата. Отмечается позднее начало речи, значительный временной интервал между появлением первых слогов, слов и фраз уже в ранний период, являющийся сензитивным для формирования не только звукового, но и смыслового её содержания, т.е. начинается искажённый путь развития речи в целом.

В результате периферической недостаточности артикуляционного аппарата формируются приспособительные изменения уклада органов артикуляции при производстве звуков: высокий подъём корня языка и сдвиг его в заднюю зону ротовой полости, недостаточное участие губ при произнесении лабиализованных гласных, губно-губных и губно-зубных согласных, чрезмерное участие корня языка и гортани.

Наиболее существенными проявлениями дефектности фонетического оформления устной речи являются нарушения всех оральных звуков речи за свой счёт подключения носового резонатора и изменения аэродинамических условий фонации. Звуки становятся назальными. Сочетания назализации речи и искажений в артикуляции отдельных звуков весьма разнообразны. Многое зависит от соотношения резонирующих полостей и от многообразия индивидуальных особенностей строения ротовой и носовой полостей. В целом речь ребёнка малоразборчива. Нарушение фонетического оформления речи накладывает некоторый отпечаток на формирование лексико-грамматического строения речи, но глубокие качественные его изменения встречаются обычно при сочетании ринопалии с другими речевыми нарушениями.

Особенности произношения детей с ринолалией ведут к искажению и несформированности фонематической системы языка. Вторично обусловленные особенности восприятия речевых звуков являются основным препятствием к овладению правильным письмом. Связь нарушений письма с дефектами артикуляционного аппарата имеет разнообразные проявления. Если к моменту обучения ребёнок с ринолалией овладел внятной речью, умеет чётко произносить большинство звуков родного языка и в его речи остаётся лишь незначительный назальный оттенок, то развитие звукового анализа, необходимого для обучения грамоте, протекает успешно.

Закрытая ринолалия образуется при пониженном физиологическом носовом резонансе во время произнесения звуков речи. Самый сильный резонанс у носовых звуков (м-м', н-н'). При нормальном их произнесении носоглоточный затвор остаётся открытым, и воздух проникает прямо в носовую полость. Если для назальных звуков носовой резонанс отсутствует, они звучат как ротовые (б-б', д-д'). В речи исчезает противопоставление звуков по признаку назальный – неназальный, что влияет на её разборчивость. Меняется также звучание гласных звуков из-за заглушения отдельных тонов в носоглоточной и носовой полостях. При этом гласные звуки приобретают в речи неестественный оттенок.

Причина закрытой формы ринолалии чаще всего органические изменения в носовом пространстве или функциональные расстройства нёбно-глоточного смыкания. Органические изменения вызываются болезненными явлениями, в результате которых затрудняется носовое дыхание.

Функциональная закрытая ринолалия встречается у детей часто, но не всегда правильно распознаётся. Она возникает при хорошей проходимости носовой полости и ненарушенном носовом дыхании. Однако тембр назальных и гласных звуков при этом может быть нарушен сильнее, чем при органических формах. Мягкое нёбо при фонации и при

произношении назальных звуков сильно поднимается и закрывается доступ звуковым волнам к носоглотке. Это явление чаще наблюдается при невротических расстройствах у детей.

При ринолалии речь развивается с опозданием (первые слова появляются к двум годам и позже) и имеет качественные особенности. Импрессивная речь развивается относительно нормально, а экспрессивная претерпевает некоторые качественные изменения. В первую очередь следует отметить невнятность речи. Появляющиеся у них слова и фразы малопонятны для окружающих, так как формирующиеся звуки своеобразны по артикуляции и звучанию. Страдает не только артикуляция звуков, но развитие просодических элементов речи. Отмечается позднее начало речи, значительный временной интервал между появлением первых слогов, слов и фраз уже в ранний период, являющийся сенситивным для формирования не только звукового, но и смыслового её содержания. Выделяется специфическая окраска некоторых согласных звуков за счёт подключения глоточного резонатора. Встречаются также и явления дополнительной артикуляции в полости гортани, что придаёт речи своеобразный «щёлкающий» призвук. Выявляется множество и других дефектов:

- опускание начального согласного («ак, ам» - так, там),
- нейтрализация зубных звуков по способу образования,
- замена взрывных звуков фрикативными,
- свистящий фон при произношении шипящих звуков или наоборот,
- отсутствие вибранта «р» или замена звуком «ы» при сильном выдохе,
- наложение дополнительного шума на назализованные звуки (шипение, свист, придыхание, храп, гортанность).

Из-за непроходимости носовой полости, ребёнок вынужден дышать ртом, что ведёт к частым вирусным и простудным заболеваниям.

Зачастую, речевые нарушения вследствие ринолалии, оказывают влияние на психологический аспект жизни ребенка, в особенности на личностное становление. Специфическая речь часто является причиной, при которой ребенок, страдающий ринолалией ощущает дискомфорт в коллективе, при общении с другими людьми. Речь – это главное коммуникативное средство, а нарушенная речь создаёт затруднительные условия при общении в учебных заведениях, на работе и в прочих коллективных местах. В школьных учреждениях, у детей с ринолалией часто формируются комплексы, появляется стремление к замкнутому образу жизни. Их деятельная активность является абсолютно полноценной, так как ринолалия не оказывает никакого влияния на умственные способности. Тяжесть нарушений речи у лиц с ринолалией зависит от совокупности структурных и функциональных изменений и в немалой степени – от социально – психических условий развития ребенка. Степень нарушения психических процессов у детей при ринолалии зависит двух основных причин:

- 1) степени развития;
- 2) наличие синдромальных нарушений по типу олигофрении.

Отмечено, что у детей с незначительным дефектом речи, вторичные невротические психические процессы относительно сохранены и не нарушают адаптацию детей в семье, а также в школьных коллективах. При выраженной степени дефектов речи отмечается серьезное нарушение психических процессов. В результате длительной и хронической астенизации у детей с открытой ринолалией наблюдается неустойчивое и рассеянное внимание. Из-за этого страдает познавательная деятельность. Также снижается объем вербальной памяти. Медленнее протекает процесс запоминания, долговременная память непрочная. Зрительная память обычно не нарушается. Из-за речевого недоразвития наблюдается недостаточность словесно-логического мышления. Затрудняется восприятие учебного материала. Выражено нарушение эмоционально –

волевой сферы. Ярко-выраженное расстройство речи ребенка сильно влияет на функцию общения в коллективе. У ребенка ограничиваются социальные контакты, а кроме того, снижается речевое развитие. Таким образом, результатов всех перечисленных нарушений является формирование специфического поведения при общении со сверстниками, при котором часто у детей наблюдается замкнутость, а также сопутствующие реакции, такие как: застенчивость, раздражительность, низкая самооценка, неадекватное реагирования на различные ситуации. В дальнейшем, мероприятия, направленные на социально-педагогическую адаптацию ребенка с ринолалией зависят от адекватной психолого-педагогической помощи, а также от характера семейных отношений.

По мнению многих исследователей, разговорная речь детей с ринолалией содержит только половину всей необходимой информации, по сравнению со здоровыми детьми. Поэтому детям в 2 раза сложнее передать то, что они хотели бы сказать сверстнику или взрослому человеку. При закрытой ринолалии из-за непроходимости носовой полости, ребенок вынужден дышать ртом, что ведет за собой частые вирусные и простудные заболевания. Такие дети соматически ослабленные, часто болеющие. Поэтому со стороны родителей высока вероятность гиперопеки, а, следовательно, неправильное воспитание и формирование негативных черт личности.

Психическое развитие может иметь норму, а может и отклоняться. После оперативного вмешательства ребенок может чувствовать себя неуверенно, быть запуганным, нервным. У детей с открытой ринолалией нарушается сам процесс формирования речи. На ранних этапах ее развития выявляются следующие особенности: крик тихий, слабый, немодулированный; своевременно появившиеся гуление и лепет постепенно угасает; развитие речи зависит от социальных условий (отношение родителей к ребенку). В случае социальной депривации замедляется и превращается в задержку. В социально благоприятных

условиях речь ребенка развивается, но в искаженной форме: грубо нарушено звукопроизношение и дыхание, большие голосовые недостатки. Общее звучание речи смазано, так как помимо звукопроизношения сильно страдает просодика. При ринолалии наблюдаются качественные изменения речевой деятельности, то есть ее развитие происходит с опозданием. Если говорить о речи носящей эмоциональный окрас, то она развивается нормально, в экспрессивной речи замечаются некоторые изменения. У больных отмечается невнятность речи, часто их слова и предложения трудно разобрать другим людям, это объясняется своеобразным звучанием и артикуляцией людей страдающих ринолалией.

Из-за дефектов полости рта (неправильного положения языка) согласные звуки произносятся с изменением положения кончика языка и при активной лицевой мимике. Подобная артикуляция встречается и при произношении других звуков. Для многих людей страдающих ринолалией произношение согласных букв вызывает немалое затруднение. Это объясняется тем, что они не могут произносить согласные звуки верхней позиции, из-за невозможности осуществления необходимой преграды у альвеол и верхних зубов. Речь идет о верхних согласных: т, д, л, ч, ш, щ, ж, р; и нижних согласных: с, ц, з, которые произносятся одновременно с выдохом. По этой причине шипящие и свистящие звуки у людей с ринолалией имеют специфическое звучание. Такие гласные как – к и г, часто отсутствуют. Произношение гласных букв осуществляется при выдохе, и отличается пассивной артикуляцией губами. Однако гласные буквы наряду с согласными произносятся с характерным выраженным носовым оттенком. Как правило, их артикуляция отличается от стандартной, и соединение букв друг с другом приобретает нечеткость.

Для людей страдающих ринолалией подобная артикуляция является основной двигательной характеристикой в произношении звуков, и имеют смысловое и различительное значения речи, которые необходимы при каждодневном речевом общении. Большинство произносимых звуков при

ринолалии, при слуховом восприятии, кажутся дефектными. Окружающие воспринимают такую речь как храпящую с ярко выраженным носовым оттенком. Все глухие звуки слышатся как приближенный к звуку х, а звонкие приближены к фрикативным звукам (губные и зубные приближены к звуку м, а, переднеязычные к звуку – н, с слабо заметным изменением в звучании). Бывают случаи, что при ринолалии артикулемы максимально приближены к норме, но при этом произношение звуков все равно является дефектным, поскольку дыхание при речи нарушено и сопровождается сильным напряжением мышц лица, что оказывает влияние на воспроизведение звука. Поэтому произношение звуков в случае ринолалии сильно искажено. Люди, страдающие ринолалией, часто не осознают свой речевой дефект и попросту не замечают их. При прослушивании на записи своей речи, такие пациенты, как правило, соглашались на серьезную логопедическую коррекцию речи. При рассмотрении структуры речевой деятельности первичным звеном нарушения речи при ринолалии считается фонетико-фонематический дефект. Главенствующим звеном считается нарушения фонетического воспроизведения речи. Данный дефект ощущается при формировании лексического и грамматического построения речи, но сильные изменения заметы в тех случаях, когда ринолалия сочетается с каким-либо другим речевым нарушением. В определенных литературных источниках есть указания на особенности формирования письменной речи у людей больных ринолалией. Мы не будем подробно анализировать причины, которые способствуют дефективности письменной речи, но отметим, что обозначенные методики работы не дают развиваться нарушениям письма и на ранней стадии исключают письменные дефекты (если во время оказать логопедическую помощь). Работы, направленные на минимизацию или полное устранение речевого дефекта оказывают положительное влияние на психологию человека, оказывает мотивирующее и стимулирующее действие. Представленные в литературных источниках, катамнестические

заклучения, а также проведенные нами наблюдения полностью оправдывают мнение о том, что в большинстве случаев дети с ринологией могут реабилитировать свою речевую деятельность.

Расщелины с рождения оказывают негативное влияние на формирование высших функций психики ребенка. Страдающие ринологией иногда находят неправильные пути исправления речевого дефекта, как следствие – усиление неправильной взаимосвязи мышц артикуляционного аппарата. Именно это является главной причиной нарушения фонетического речевого оформления и при рассмотрении структуры дефекта считается ведущим речевым расстройством. Данное расстройство ведет за собой и прочие второстепенные нарушения в речи и накладывает отпечаток на психический статус человека, страдающего ринолалией. Однако, данной группе больных свойственны все возможности для приспособления и компенсации речевого дефекта, а также для исправления нарушенных функций.

Целенаправленные логопедические работы, коррекция артикуляции и пошаговое ведение контроля над слуховым восприятием, приводит к формированию правильной кинестезии, что позволяет установить у больного новые речевые стандарты. Кроме этого, большое значение имеет формирование четкой афферентации, что возможно достигнуть путем грамотной логопедической помощи при развитии должного фонематического восприятия. Целенаправленная работа по преодолению дефекта речи способствует становлению положительных черт характера, стимулирует развитие высших психических функций. Катамнестические сведения, представленные в литературе, показывают, что большинство детей с ринолалией способно к высокой степени компенсации дефекта и реабилитации функций.

1.3 Роль логопедических занятий в коррекции ринолалии

Ринолалия, обусловленная врожденными расщелинами губы и неба, представляет собой серьезную проблему для различных отраслей медицины и логопедии. Она является предметом внимания хирургов-стоматологов, ортодонтот, детских оториноларингологов, психоневрологов и логопедов. Изучение речевой деятельности детей, страдающих ринолалией, показывает, что неполноценные анатомо-физиологические условия речеобразования, ограниченность моторного компонента речи приводят не только к аномальному развитию ее звуковой стороны, но в ряде случаев и к более глубокому системному нарушению всех ее компонентов. Из этого следует, что роль логопеда в процессе реабилитации ребенка с небно-глочной недостаточностью крайне важна. Необходимо не только вовремя диагностировать этот патологический механизм, но и проводить дооперационную и послеоперационную работу [18. с 13].

В дооперационном периоде целью логопедического обучения является поддержание произносительной стороны речи на доступном, максимально высоком для ребенка уровне.

А.Г. Ипполитова пишет: «Если исходить из того, что дефект речи при ринолалии обусловлен не только наличием расщелины, но и неправильным положением языка в полости рта и нарушением взаимодействия мышц всего артикуляционного аппарата, то можно предположить, что компенсация двух последних дефектов (неправильного положения языка в полости рта и нарушения взаимодействия мышц артикуляционного аппарата) возможна до операции и обеспечит предпосылки для улучшения речи».

Таким образом, еще до операции можно создать предпосылки для формирования правильной речи. Логопедическое воздействие в дооперационном периоде осуществляется в условиях наличия

анатомического дефекта у больных, часто имеющих также определенные психологические особенности.

В логопедической работе учитываются формирование правильной речи и коррекция развития личности.

Формирование правильной речи (работа над произношением) у ребенка с ринолалией складывается из воспитания направленного ротового выдоха в сочетании с одновременным созданием полноценных артикулем речевых звуков. Процесс логопедического воздействия делится на два периода: подготовительный и основной.

Основная цель занятий подготовительного периода — формирование правильного речевого дыхания параллельно с усвоением артикулем. Период можно условно разделить на два этапа:

1. Формирование речевого дыхания при дифференциации вдоха и выдоха через нос и рот.
2. Формирование длительного ротового выдоха при реализации артикулем гласных звуков (без включения голоса) и фрикативных глухих согласных звуков.

Основная цель занятий основного периода та же, что и в первом периоде, то есть формирование правильного речевого дыхания одновременно с развитием артикулем.

На данном этапе решаются следующие задачи:

1. Включение голоса при длительном ротовом выдохе.
2. Формирование короткого ротового выдоха при реализации взрывных согласных звуков.
3. Дифференциация короткого и длительного ротового и носового выдоха при формировании произношения группы сонорных звуков и аффрикат.
4. Формирование мягких звуков.

В послеоперационном периоде, через 1 месяц и в течение последующих 6 месяцев, до момента завершения процесса рубцевания,

ответственность за результат операции ложится на логопеда. Так как именно на логопедических занятиях восстанавливается полноценная функция небно-глоточного кольца, необходимая для нормального состояния произносительной стороны речи [29. с 68.]. Необходимо учитывать, что результаты операции могут быть различными. В лучших случаях при уранопластике полностью восстанавливается мягкое небо, то есть оно становится достаточно длинным и подвижным, так что при подъеме почти соприкасается с задней стенкой глотки. Чаше же мягкое небо и после уранопластики остается укороченным, а соприкосновения со стенкой глотки не происходит, вследствие чего полного небно-глоточного затвора не образуется. Иногда после операции на небе остаются свищи (несросшиеся участки неба), и возникает вопрос о повторной операции. Логопед должен помочь ребенку научиться пользоваться речью в анатомически новых условиях. Для всех детей, вне зависимости от того, проводилась дооперационная подготовка, или нет, необходимы логопедические занятия после уранопластики. Это связано с тем, что анатомия мышечной ткани неба после операции изменяется, что может отразиться на качестве речи даже в случае ее полной нормализации до операции.

Основные приемы коррекционной работы с детьми после пластики неба традиционны. Однако, существуют и некоторые особенности. Задача логопеда сформировать артикуляционные уклады звуков таким образом, чтобы фонемы звучали соответственно фонетической системе родного языка.

Коррекционная работа с детьми после операции направлена на полное восстановление речи, как средства общения, что способствует формированию полноценной личности ребенка и его социальной адаптации.

В основу нормализации речевого развития ребенка с небной патологией должны быть положены анатомо-физиологические

закономерности данного процесса в норме и учтены особенности структуры основного дефекта [29. с. 82].

А.С. Балакириева сформулировала задачи устранения речевого нарушения у детей после операции:

1. Коррекция физиологического и фонационного дыхания.
2. Стабилизация работы органов артикуляционного аппарата.
3. Нормализация баланса резонирования.
4. Развитие фонематической компетенции.
5. Постановка и автоматизация звукопроизношения.

Детям с нарушенной речью рекомендуется курс логопедического обучения в стационаре или амбулаторные занятия дважды в неделю.

Занимаясь с логопедом, ребенок проходит два этапа:

Первый — подготовительный. Он включает постановку нижнериберного типа дыхания, формирование фонационного дыхания, дифференциацию ротового и носового выдоха, артикуляционную гимнастику, направленную на растормаживание мышц мягкого неба, перевод языка в передний отдел ротовой полости, расслабление его корня и активизацию кончика, а также на улучшение подвижности и переключаемости всех органов артикуляции, вокальные упражнения.

Второй — основной. Он включает формирование артикуляционных укладов гласных и согласных звуков, их постановку в следующей последовательности: [А, Э, О, И, У, Ы], [Ф, Ф', В, В', П, П', Б, Б', Т, Т', Д, Д', Л', Л, Й, С, С', З, З', Ц, К, К', Г, Г', Х, Х', Ш, Ж, Щ, Ч, Р, Р', М, М', Н, Н'], обязательное выведение поставленных звуков на ротовой выдох в дыхательной гимнастике, их автоматизацию на уровне слога — слова — словосочетания — предложения — связной речи, развитие фонематического слуха.

Коррекционная работа с детьми после пластики губы и неба должна быть дифференцирована в зависимости от возрастных особенностей

ребенка, проявления речевой патологии и функциональных возможностей органов артикуляции.

Выводы по главе 1

В данной главе был представлен анализ литературы по проблеме изучения тембра голоса у детей младшего школьного возраста с ринолалией. Исходя из результатов изучения, можно сформулировать следующие выводы:

В современном понимании тембр голоса— это индивидуальная окраска голоса человека, которая не изменяется с момента его мутации. Исследования последних лет показывают, что ученые не пришли к единому мнению по поводу акустической природы данного явления, поэтому в некоторых работах тембр голоса рассматривается только как голосовая характеристика, присущая эмоционально-окрашенной речи. Тембр голоса зависит от деятельности ротоносоглоточного резонатора. В процессе фонации существует тесная функциональная связь между глоткой и гортанью, между мягким нёбом и гортанью. Малейшее изменение положения мягкого нёба рефлекторно вызывает изменение положения голосовых складок. Рецепторы мягкого нёба пусковые поля, с них начинается возбуждение голосового аппарата, а, следовательно, начало фонации.

Ринолалия, обусловленная врожденными расщелинами губы и неба, представляет собой серьезную проблему для различных отраслей медицины и логопедии. Она является предметом внимания хирургов-стоматологов, ортодонтонтов, детских оториноларингологов, психоневрологов и логопедов. Отличительной чертой ринолалии является в первую очередь нарушение тембра голоса. Было выяснено, что основной проблемой школьников страдающих ринолалией является проблемы с усвоением школьной программы, из-за такого явления, как рассеянное внимание, замкнутость, необщительность. Так же нарушается процесс

овладения чтением и письмом, из-за неправильных дифференцировок различных звуков, а так же из-за нарушенного фонематического и физического слуха.

По мнению многих исследователей, разговорная речь детей с ринолалией содержит только половину всей необходимой информации, по сравнению со здоровыми детьми. Поэтому детям в 2 раза сложнее передать то, что они хотели бы сказать сверстнику или взрослому человеку.

Роль логопедических занятий в коррекции ринолалии важна как в дооперационный этап, так и в послеоперационный. В дооперационном периоде целью логопедического обучения является поддержание произносительной стороны речи на доступном, максимально высоком для ребенка уровне. В послеоперационном периоде, через 1 месяц и в течение последующих 6 месяцев, до момента завершения процесса рубцевания, ответственность за результат операции ложится на логопеда. Так как именно на логопедических занятиях восстанавливается полноценная функция небно-глоточного кольца, необходимая для нормального состояния произносительной стороны речи.

ГЛАВА 2 ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЯ ТЕМБРА ГОЛОСА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РИНОЛАЛИЕЙ

2.1 Методики логопедического обследования состояния тембра голоса

Для понимания специфических особенностей структуры речевого дефекта, правильной организации комплексного воздействия и определения путей совершенствования коррекционной работы с детьми с ринолалией необходимо провести обследование состояние тембра голоса.

Субъективная оценка тембра голоса проводится при первичном общении с ребенком. Для исследования и оценки состояния тембра голоса используется шкала оценки тембра голоса, предложенная Е.С Алмазовой.

4 балла — нормальный голос, отклонений от нормального тембра не отмечается.

3 балла — легкая степень нарушения тембра, тембр голоса может быть крикливым или «писклявым», назализованным.

2 балла — умеренные нарушения тембра, тембр голоса может быть грубым или «квакающим».

1 балл — выраженные нарушения тембра голоса, тембр может быть гортанным, резким, глухим, «металлическим».

0 баллов — афония, отсутствие звучного голоса при наличии шепотной речи.

Обследования дыхательной функции у детей с ринолалией по методике Е.Ф. Архиповой.

Методика обследования дыхания:

1. Определение типа дыхания.

Материал для исследования: состояние покоя, при котором ребенок может сидеть, лежать, стоять.

Процедура: Ребенку предлагается спокойно посидеть, постоять или полежать на кушетке. Руки логопеда располагаются одна на плечах, а другая на животе. При спокойном дыхании ребенка определяется, какая часть туловища поднимается. Если поднимаются плечи, то это дыхание относится к поверхностному ключичному. Если поднимается при вдохе живот, то это диафрагмальное. Если расширяется грудь, то это относится к грудному типу дыхания.

Инструкция: «Полежи на кушетке спокойно. Руки логопеда будут проверять, как ты дышишь».

2. Исследование умения дифференцировать носовое и ротовое дыхание

Инструкция: «Покажи, как ты умеешь дышать: вдыхать и выдыхать. Слушай внимательно и выполняй».

Вдохни носом (понюхай цветок) - выдохнуть носом (2-3 раза). Рот при этом закрыт.

Вдохни носом, а выдохни ртом (погрей руки) (2-3 раза).

Вдохни ртом (как рыба) - выдохни ртом (погрей руки).

Вдохни ртом, а выдохни носом.

3. Исследование целенаправленности воздушной струи

Материал для исследования: пузырек, ватный шарик, маленькая свечка для дня рождения.

Инструкция: «Покажи, как ты умеешь дуть».

- Вот мяч, а вот ворота. Подуй на шарик и забей мяч в ворота.

- Вот пузырек. Подуй в него так, чтобы пузырек засвистел.

- Вот свеча, ее зажгли в день рождения ребенка. Задуй свечу с первого раза.

4. Исследование силы воздушной струи.

Материал для исследования: граненый карандаш, губная гармошка.

Инструкция: «Проверим, как ты сильно умеешь дуть».

- Вот карандаш (на расстоянии 20 см), подуй на него так, чтобы он прокатился по столу. Для этого вдохни носом и сильно выдохни на карандаш. Губы вытяни трубочкой.

- Вот губная гармошка, подуй в нее сильно, чтобы появился звук.

Критерии оценки:

4 балла - диафрагмальный тип дыхания, дифференцирует ротовой и носовой вдох и выдох, выдыхаемая воздушная струя сильная и целенаправленная.

3 балла - диафрагмальный тип дыхания, дифференцирует носовой и ротовой вдох и выдох, снижен объем и сила выдоха.

2 балла - диафрагмальный тип дыхания, ритмичность вдоха и выдоха, малый объем и сила выдоха, недостаточная дифференциация ротового и носового вдоха и выдоха.

1 балл - верхнеключичный тип дыхания, ритмичность вдоха и выдоха, малый объем и сила выдоха, не дифференцирует ротовой и носовой вдох и выдох.

0 баллов - задание не выполняет

Методика обследования ребенка с ринолалией, направленная на выявление гипоназализации.

При гипоназализации звуки [м], [н] в речи детей звучат как [б], [д], поэтому для обследования нам нужны те слова, в которых присутствуют нарушенные звуки.

Материал для исследования: слова, предметные картинки, в названиях которых встречаются звуки [м],[н].

Дается инструкция: «Повтори за мной слова. Назови картинки, при этом зажми нос пальцами» (приложение 1).

МАШИНА МОЛОКО МАК МАЛИНА НИТКИ НОС НОГИ

Процедура: во время произнесения слов ребенок зажимает нос пальцами и проговаривает слова. При этом мы фиксируем, изменяется ли тембр или остается прежним.

Трактовка результатов: в норме, при нормальном тембре зажимание носа приводит к гиперназализации, или другими словами, появлению носового оттенка голоса. При гипоназализации — как при открытых носовых ходах, так при зажимании носа — тембр остается прежним

Методика обследования, направленная на выявление гиперназализации:

При гиперназализации носовой оттенок приобретают согласные звуки, кроме [м] и [н], а также нарушается тембр гласных.

Материал для обследования: слова, предложения, вопросы по сюжетным картинкам.

Дается первая инструкция: «Повтори за мной предложения». Потом прочитай сам(а), и зажди нос пальцами. Вторая инструкция: ответь на мои вопросы по сюжетным картинкам (приложение 2).

Предложения для обследования:

- У Коли сломался велосипед,
- Машинист остановил поезд,
- На ветке красные ягоды рябины,
- Из трубы идет дым.

Процедура: во время произнесения слов ребенок зажимает нос пальцами и проговаривает слова. При этом мы фиксируем, изменяется ли тембр или остается прежним.

Трактовка результатов: при выявлении гиперназализации проводят тестирование дважды: 1-я инструкция дается для определения наличия отклонения тембра. 2-я инструкция позволяет подтвердить гиперносовой резонанс, имеется в виду, гиперназализацию. Гиперназализация при закрытии ноздрей будет нарастать.

Методика обследования воспроизведения тембра голоса.

Оцениваются эмоциональные характеристики голоса. Так как изменение окраски голоса характерно для определенных разновидностей

эмоциональной речи, изучение ее особенностей у детей проводится на материале междометий и сказки «Колобок».

С помощью данного обследования выясняется, достаточно ли ребенок владеет своими голосовыми возможностями, может ли изменять окраску голоса в соответствии с предъявленными требованиями и ситуацией, способен ли передать голосом эмоциональные переживания и чувства персонажей сказки, может ли подражать голосам сразу нескольких животных.

Перед выполнением задания с детьми необходимо провести беседу о возможных изменениях голоса. Детям говорится о том, что голос может меняться в зависимости от ситуации: голос может быть ласковым или грубым, писклявым или хриплым, веселым или печальным, жалобным или испуганным и т.д.

Методика 1. Передача эмоционального состояния междометиями с помощью разных оттенков голоса

Материал для исследования: серии сюжетных картинок с изображением разного настроения у действующих лиц (приложение 3).

Процедура: Ребенку предлагается рассмотреть серию сюжетных картинок и определить, какое настроение у изображенных на ней действующих лиц. По каждой картинке дается комментарий. Ребенку предлагается выразить состояние действующего лица, используя междометия, изменяя окраску голоса по ситуации на картинке.

Инструкция: «Посмотри на картинку, догадайся, как подают голос, если...»

1. Упала чашка - Ой! (испуганно).
2. Забили гол в ворота — Ура! (радостно).
3. Просят убрать игрушки— У-У—(недовольно, плаксиво).
4. Устали и хотят спать — Ох (устало, тихо)
5. Рубят дрова— Ух (тяжело).
6. Грозят пальцем: нельзя детям брать спички — Ай-я-яй (строго).

7. Оценивается по критерию Е.С Алмазовой

4 балла — нормальный голос, умение изменять окраску голоса в норме.

3 балла — легкая степень нарушения тембра, тембр голоса может быть крикливым или «писклявым», назализованным, изменение окраски голоса на среднем уровне.

2 балла — умеренные нарушения тембра, тембр голоса может быть грубым или «квакающим», изменение тембральной окраски среднее.

1 балл — выраженные нарушения тембра голоса, тембр может быть гортанным, резким, глухим, «металлическим», изменять голос почти не получается.

0 баллов — афония, отсутствие звучного голоса при наличии шепотной речи.

Методика 2. Изменение тембра голоса в зависимости от того, какому персонажу сказки подражает ребенок

Материал для исследования, сюжетная картинка с персонажем сказки «Колобок» (приложение 4).

Процедура: в предварительной беседе уточняется содержание сказки «Колобок», и обговариваются все действующие лица. Выясняется, какими голосами они говорят — одинаковыми или разными, приводится пример со стороны ребенка. Если они говорят разными голосами, то, что характерно для каждого из них.

Инструкция: «Вспомни, кто пугал колобка и хотел его съесть? Каким голосом говорили...»

Заяц —//—(звонким, задорным, чистым голосом).

Волк —//—(грубым, низким голосом, с угрозой).

Медведь—//—(громким, низким, спокойным).

Лиса —//—{мягким, ласковым, хитрым голосом).

Критерии оценок:

4 балла — правильное выполнение задания с точным соответствием всех характеристик тембра голоса данного персонажа, с первой попытки и очень выразительно.

3 балла — правильное выполнение задания с передачей тембра голоса, но только после нескольких проб, после неоднократного демонстрирования образа.

2 балла — некоторые изменения окраски голоса есть, но недостаточно выразительные и не совсем правильные.

1 балл — выполнение заданий без модуляций голоса (звучание голоса невыразительное, монотонное, тусклое).

0 баллов — невыполнение задания или отказ от задания.

2.2 Результаты обследования состояния тембра голоса у детей младшего школьного возраста с ринолалией

При проведении обследования были использованы общедидактические принципы и методики, разработанные такими учеными, как Е.С. Алмазова, Е.Ф.Архипова.

Логопедическое обследование было направлено на выявление нарушения тембральной окраски голоса. Были даны задания на подражание голосов, на изменение оттенка голоса, были смодулированы ситуации, при которых необходимо изменение силы, высоты голоса. Так же была изучена дыхательная функция.

Эксперимент проводился на базе Муниципального бюджетного образовательного учреждения «Специальная (коррекционная) общеобразовательная школа-интернат для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (тяжелыми нарушениями речи) №11 г.Челябинска».

В исследовании приняли участие 3 младших школьника 7-8 лет. У обследуемых детей в норме интеллектуальные возможности, слух и зрение.

Цель констатирующего эксперимента- выявление особенностей тембра голоса у детей с ринолалией, для дальнейшего построения коррекционной работы.

В ходе диагностики такого просодического компонента речи, как тембр изучалось: общее воспроизведение тембральной окраски голоса, и наличие гипоназализации и гиперназализации.

Обследование включало в себя:

1.Изучение состояния дыхательной функции;

2.Общее наблюдение за речью детей;

3.Выявление гипоназализации;

4.Выявление гиперназализации;

5.Проверку передачи эмоционального состояния междометиями, с помощью разных оттенков голоса.

6.Проверка умения подражать голосу в зависимости от ситуации.

Результаты обследования:

Таблица 1 – Обследование дыхания

Имена детей	Вика Л.	Коля В.	Влад Н.
Результат	2	1	1

Обследование показало, что у 2 детей экспериментальной группы верхнеключичный тип дыхания, аритмичность вдоха и выдоха, малый объем и сила выдоха, не дифференцирует ротовой и носовой вдох и выдох. 1 ребенок имеет верхнеключичный тип дыхания, аритмичность вдоха и выдоха, малый объем и сила выдоха, частично дифференцирует ротовой и носовой вдох и выдох.

Таблица 2 – Наблюдение за речью детей

Имена детей	Вика Л.	Коля В.	Влад Н.
Результат	3	1	2

В таблице 2 представлены результаты наблюдения за речью детей. Обследование показало, что у 2 детей экспериментальной группы тембр голоса умеренно нарушен, и у одного ребенка тембр имеет грубые

нарушения. Наблюдения за речью детей показали, что у Вики Л. легкая степень нарушения тембра голоса, когда девочка говорит, слышится гнусавость, ее голос имеет отчетливый носовой оттенок. В речи Коли В. слышались резкие нарушения тембра, его речь практически не понятна, голос глухой и сильно назализованный. Речь Влада Н. неразборчива, грубый тембр голоса, так же голос имеет носовое звучание.

Таблица 3 – Выявление гипоназализации

Проверяемые слова	Имена детей		
	Вика Л.	Коля В.	Влад Н.
Слова со звуком [м]	Не проявилось	Не проявилась	Не проявилась
Слова со звуков [н]	Не проявилась	Не проявилась	Не проявилось

Из таблицы 3 следует, что у 100% детей обследуемой группы гипоназализация не выявлена. У Вики Л. при произнесении слов «молоко», «малина», «мак», звук [м] звучал, как [б]. У Коли В. слова звуком [н] звучали следующим образом: «дос», «доски», «дитки». У Влада Н. при зажимании носа звуки [м] и [н] менялись на [б] [д].

В норме, при нормальном тембре зажимание носа приводит к гиперназализации, или другими словами, появлению носового оттенка голоса. При гипоназализации — как при открытых носовых ходах, так при зажимании носа — тембр остается прежним.

Таблица 4 – Выявление гиперназализации

Номер инструкции	Имена детей		
	Вика Л.	Коля В.	Влад Н.
1	Выражена	Выражена	Выражена
2	Выражена	Выражена	Выражена

Трактовка результатов: при выявлении гиперназализации проводят тестирование дважды: 1-я инструкция дается для определения наличия отклонения тембра. 2-я инструкция позволяет подтвердить гиперносовой

резонанс, имеется в виду, гиперназализацию. Гиперназализация при закрытии ноздрей будет нарастать.

В ходе данного обследования выяснилось, что у всех детей носовой оттенок голоса усиливается, при зажимании носа. Речь детей стала еще более неразборчивой.

Таблица 5 – Проверка умения передавать эмоциональное состояние с помощью междометий.

Междометия	Имена детей		
	Вика Л.	Коля В.	Влад Н.
Ой	2	2	2
Ура	1	1	1
У-у-у	1	1	2
Ох	2	1	1
Ух	2	1	1
Ай-яй-яй	1	1	1

Данная методика прояснила, что дети практически всегда не могут подражать эмоциональному состоянию с помощью голоса.

Когда Вике Л. необходимо было произнести порицательно «ая-яй-яй» все ее звуки смешались, и не было похоже на порицание, это была просто попытка произнести данное междометие, у Влада Н. порицательное междометие вызвало затруднение, Коля В не смог передать эмоциональное состояние данного междометия. Междометие «ой» было произнесено Викой Л. отчетливо, была попытка передать эмоциональный смысл, Влад Н справился с заданием, он смог смодулировать голос согласно данной ситуации, Коля В произнес «ой» достаточно точно, в голосе слышалось удивление. С протяжным «у-у-у» у 100% детей экспериментальной группы возникло затруднение. Вика Л. произнесла короткое «у» совершенно не придавая значение эмоциональной окраске, Влад Н. не смог произнести междометие достаточно длинно, Коля В. не справился с заданием, он

произнес непротяжное «у». Вывод из этого обследования таков, что передача детьми эмоциональному состоянию на низком уровне.

Таблица 6 – Подражание голоса по ситуации

Имена детей	Вика Л.	Коля В.	Влад Н.
Результат	2	1	1

У 100% детей экспериментальной группы возникли трудности при выполнении заданий. Вика Л. затруднялась подражать голосу персонажей сказки, ей удавалось придать голосу некоторые окраски, но они были недостаточно выразительные, и не всегда правильные. Влад Н. выполняя задание, не придавал звучанию своего голоса необходимых модуляций, его речь звучала монотонно. Коля В. при выполнении задания не придавал звучанию своей речи необходимой выразительности, голоса разных персонажей звучали одинаково.

2.3 Методы и приемы коррекции тембра голоса у детей младшего школьного возраста с ринолалией на логопедических занятиях

По результатам обследования был сделан вывод о необходимости проведения коррекционной работы, были определены ее основные направления в рамках устранения нарушения тембра голоса на логопедических занятиях. В соответствии с выявленными нарушениями были подобраны методы и приемы, которые рекомендуется использовать в рамках системы логопедических занятий. При подборе рекомендуемых упражнений учитывались современные и фундаментальные представления коррекционной педагогики о данной проблеме, а так же принципы коррекционно-логопедического воздействия, принятые в логопедии.

При коррекционном воздействии были учтены следующие принципы:

1. Принцип комплексного подхода. Его суть заключается в том, что необходимым и достаточным условием для устранения речевого

дефекта при ринолалии является комплексное применение достижений логопедической науки, медицины, а также профессионального участия педагогов.

2. Принцип доступности определяет необходимость отбора дидактического материала, в соответствии с возрастом

3. Принцип дифференцированного подхода. Суть данного принципа заключается в том, что следует подбирать те методы и приемы, которые будут направлены на коррекцию дефекта, и будут соответствовать возможностям того, или иного ребенка.

4. Принцип учёта индивидуальных особенностей ребёнка. В логопедической работе учитывались индивидуальные затруднения каждого конкретного ребёнка.

5. Общедидактические принципы.

Так же были учтены требования к условиям и организации коррекционной работы такие как:

1. Создание условий для продуктивной деятельности учителя и учащихся.

2. Учет индивидуальных и психологических особенностей учащихся.

3. Рациональное использование на коррекционных занятиях наглядности.

Коррекционная работа проводилась на базе МБОУ «С(К)ОШ № 11 Г.Челябинска». Занятия проводились как индивидуально 2 раза в неделю в течение месяца.

Цель коррекционной работы – развитие нормализованного тембра голоса у детей младшего школьного возраста с ринолалией.

В рамках проведение коррекционной работы над тембром голоса были поставлены следующие задачи:

1. Развитие правильного речевого дыхания, посредством дыхательной гимнастики.

2. Активизация небной занавески с помощью упражнений, которые вызывают поднятие небной занавески и движение ее к задней стенке глотки, а иногда даже и их смычку.

3. Устранение назализации.

По мнению Е.С. Алмазовой коррекционную работу с детьми страдающими ринолалией следует начинать с рациональной психотерапии, она заключается ежедневных беседах с ребенком, на которых логопед объясняет важность развития речи, в частности тембра, представляя ему перспективы его развития. Таким образом, логопед, вселяет в него уверенность в успехе занятий.

Далее коррекционную работу мы проводим в соответствии с общепринятой структурой логопедических занятий.

Структура логопедического занятия при ринолалии:

1. Оргмомент.
2. Нормализация моторики нижней челюсти.
3. Массаж твердого и мягкого нёба.
4. Гимнастика для мышц мягкого нёба и мышц задней стенки глотки.
5. Массаж лица.
6. Массаж губы (после хейлопластики).
7. Мимическая гимнастика.
8. Артикуляционная гимнастика: для губ, для языка с целью распластать язык, продвинуть вперед, чтобы он был широким.
9. Дыхательная гимнастика.
10. Работа над голосом.
11. Объявление темы.
12. Коррекция звукопроизношения (постановка, автоматизация, дифференциация).
13. Домашнее задание.
14. Итог логопедического занятия.

В коррекции тембра голоса важную роль играют следующие структурные компоненты логопедического занятия: «гимнастика для мышц мягкого нёба и мышц задней стенки глотки», «массаж твёрдого и мягкого нёба» (при индивидуальных особенностях), «дыхательная гимнастика», «работа над голосом», «нормализация мышц нижней челюсти», «артикуляционная гимнастика».

Далее будут представлены рекомендуемые приемы для логопедической работы над тембром голоса по каждому направлению.

Работа над речевым дыханием.

В норме в речевом выдохе активно участвуют брюшная полость и внутренние межреберные мышцы, которые обеспечивают удлинение выдоха, и достаточное давление воздушной струи. Этим объясняется улучшение речи при обучении детей с ринолалией диафрагмальному дыханию. Как известно, детям такое дыхание не свойственно, поэтому им целесообразно ставить диафрагмально-реберное дыхание. Оно позволяет увеличить жизненный объем легких, регулировать скорость выдоха диафрагмой и фонировать в грудном регистре, благодаря чему удлиняется выдох и уменьшается назализация.

На этом этапе работы по формированию речевого дыхания ограничивается обучением только длительному ротовому выдоху.

Следует попытаться вызвать нижнереберное дыхание по подражанию. Для этого можно приложить ладонь ребенка к себе на бок и проверить своей ладонью его дыхание. Если не получается, то прежде чем коррекция дыхания будет проводиться в кабинете лечебной физкультуры предварительно следует обучить ребенка направленному дутью поскольку дети с расщелинами не владеют направленной воздушной струей и воздух при выдохе у них утекает в нос. Направленный воздушный поток обеспечит в дальнейшем достаточное внутриротовое давление воздуха для образования согласных звуков .

Для развития диафрагмального типа дыхания рекомендуется предложить ребенку следующий комплекс упражнений:

Упражнение 1. Ребенку, находящемуся в положении лежа, кладут на живот в области диафрагмы легкую игрушку.

Работа диафрагмы по опусканию и подниманию игрушки, лежащей на животе, воспринимается ребенком зрительно

Выработка грудобрюшного типа дыхания. Легкая игрушка лежит на области диафрагмы

Инструкция: «Положим игрушку на живот и посмотрим, как она поднимается, когда ты делаешь вдох, и опускается, когда ты делаешь выдох».

В соответствии с инструкцией логопеда ребенок следит глазами за подниманием и опусканием игрушки вслед за сокращением и расслаблением диафрагмы.

Внимание ребенка обращается на то, что игрушка становится «живой», если он дышит животом.

Упражнение 2. Ребенок, находящийся в положении лежа, кладет ладонь на область диафрагмы.

Работа диафрагмы воспринимается ребенком не только зрительно, но и тактильно (ощущается ладонью). Инструкция: «Положи ладонь на то место, где раньше лежала игрушка, и почувствуй, как живот поднимается, когда ты делаешь вдох, и опускается, когда ты делаешь выдох». Эти же упражнения позже стоит проводить сидя и стоя.

Следует формировать и усиленный глоточный выдох при открытом рте. Нужно давление вызывают от имитации «поплеывания»: ребенок слегка высовывает кончик языка между зубами, а затем старается выплюнуть его. Язык при этом продвинут вперед. А кончик его высунут минимально, что вынуждает сильнее напрягать губы, и создает более тонкие движения. Внимание сосредотачивают на ощущении губ. Одновременно ребенок контролирует температуру, и направление

воздушной струи тыльной стороной ладони. На первых занятиях можно пальцами зажимать крылья носа. Упражнение повторяют 6-8 раз подряд 3-4 раза в день. Если «поплевывание» сопровождается напряжением мышц шеи и даже движением передней стенки глотки вперед (получается звук, сходный с к), то прибегают к тактильному контролю передней поверхности шеи, беззвучному «поплеыванию» или выплевыванию мелких крошек. Размер крошек постепенно уменьшается, а нужное движение постепенно усваивается. Замедляя и продлевая «поплевывание», получают легкое дутье, которое закрепляется дыхательными упражнениями с комочком ваты, пухом, полосками бумаги.

Далее следует проводить работу по дифференциации ротового и носового дыхания. Необходимо объяснить ребенку, что существуют различные виды вдоха и выдоха через нос, при открытом рте возможны различные сочетания вдоха и выдоха. Цель этих упражнений – в процессе разучивания различных видов вдоха и выдоха закрепить диафрагмальный вдох и постепенный, спокойный выдох.

Комплекс упражнений направленных на дифференциацию ротового и носового дыхания описан в работе Соломатиной Г.Н. «Нормализация функции дыхания у детей с врожденными расщелинами нёба».

Для работы над дыханием на данном этапе созданы три комплекса упражнений.

Первый комплекс направлен на формирование фиксированных (плавных) выдохов через нос или рот и их чередований. Фиксированный выдох необходим для произнесения фрикативных (щелевых) согласных звуков — «ф», «в», «с», «з», «ш», «ж», «щ», «х».

Второй комплекс предназначен для овладения форсированным (толчкообразным) выдохом через нос или рот и чередованием одного и другого. Форсированный выдох необходим для произнесения взрывных (смычных) согласных звуков —

«П», «б», «Т», «Д», «К», «Г».

Третий комплекс должен помочь научиться сочетать фиксированный и форсированный выдохи. Это необходимо для произнесения аффрикат («ц», «ч») и групп согласных звуков разного способа образования («тс», «пл», «вр» и т.д.).

Комплекс 1. Формирование фиксированного выдоха

1.1. Широко открыть рот и спокойно подышать носом.

1.2. Закрыть одну ноздрю средним пальцем — вдох. Плавный выдох через другую ноздрю. Поочередно закрывать то левую, то правую ноздрю.

1.3. Вдох через слегка сомкнутые губы, плавный выдох через нос сначала без голоса, затем с голосом (м...).

1.4. Вдох широко открытым ртом, плавный выдох носом (рот не закрывать) .

1.5. Вдох носом, плавный выдох ртом (рот широко открыть, язык на нижних зубах — как греют руки) сначала без голоса, затем с голосом (а...).

1.6. Вдох носом, плавный выдох через неплотно сомкнутые губы (ф...).

1.7. Вдох через нос, плавный выдох через углы рта, сначала через правый, затем через левый.

1.8. Вдох через нос, выдох — высунуть язык (он должен быть расслаблен), поднять к верхней губе, подуть на нос (сдувать ватку с носа).

Комплекс 2. Формирование форсированного выдоха

2.1. Вдох — носом, выдох через нос толчками.

2.2. Вдох носом, выдох через неплотно сомкнутые губы толчкообразно, прерывисто, делая короткие промежутки (ф! ф! ф!).

2.3. Рот широко открыть, высунуть язык, вдох и выдох ртом толчкообразно, прерывисто (как дышит собака).

2.4. Вдох широко открытым ртом, толчкообразный выдох носом (рот не закрывать).

2.5. Вдох через слегка сомкнутые губы, толчкообразный выдох через нос сначала без голоса, затем с голосом (м! м! м!).

2.6. Вдох через нос, толчкообразный выдох через углы рта, сначала через правый, затем через левый.

2.7. Губы трубочкой вытянуты вперед. Вдох носом, толчкообразный выдох через «трубочку» (у! у! у!).

Комплекс 3. Формирование умения сочетать фиксированный и форсированный выдохи

3.1. Вдох носом, удлиненный выдох с усилением в конце (ф... ф! ф!).

3.2. Вдох носом, толчкообразный выдох, в конце переходящий в плавный выдох (ф! ф! ф...).

3.3. Губы трубочкой вытянуты вперед. Вдох носом, удлиненный выдох через «трубочку» с усилением в конце (у... у! у!).

3.4. Губы трубочкой вытянуты вперед. Вдох носом, толчкообразный выдох, в конце переходящий в плавный выдох (у! у! у...).

3.5. Вдох через слегка сомкнутые губы, удлиненный выдох через нос с усилением в конце с голосом (м... м! м!).

3.6. Вдох через слегка сомкнутые губы, толчкообразный выдох, в конце переходящий в плавный выдох (м! м! м...).

3.7. Губы в улыбке. Вдох носом, удлиненный выдох через рот (с... с! с!).

3.8. Губы в улыбке. Вдох носом, толчкообразный выдох, в конце переходящий в плавный выдох (с! с! е.).

3.9. Вдох носом. Длительно произносить звук «ш» с усилением в конце (ш... ш! ш!). Вдох носом. Кратко произносить звук «ш», удлинить выдох в конце произнесения (ш! ш! ш...).

Эти упражнения закладывают основы ритма речевого дыхания с паузой после вдоха. Формирование речевой паузы при дыхании происходит спонтанно, так как ребенок задерживает выдох, обращая внимание на то, как его надо осуществить: через нос или рот при переходе

от вдоха к выдоху. При дальнейшем обучении произношению гласных и согласных звуков эта пауза будет постепенно увеличиваться и закрепляться. Во время этих упражнений необходимо приучать ребенка к ощущению проходящей по слизистым оболочкам ротовой и глоточной полости направленной струи воздуха во время вдоха и выдоха. Для организации правильного ротового выдоха необходимо изменить положение языка в полости рта: при ротовом выдохе кончик языка у нижних резцов, корень опущен, если корень не снижается, можно временно допустить высывание языка между зубами или нажать на корень языка шпателем (в крайнем случае).

Работа по активизации мышц небной занавески.

При коррекции тембра голоса большое значение имеют активизация мышц небной занавески, мягкого нёба, расслабление тонуса голосовых связок, мышц нижней челюсти.

Для активизации небной занавески можно использовать массаж, предложенный Ермаковой И.И.

Чувствительность нёба помогает восстановить массаж. Массаж делает сам ребенок, поглаживая нёбо по всей поверхности влажной подушечкой большого пальца в направлении от альвеол к краю мягкого нёба по средней линии, а потом правее и левее от нее. Так же рекомендуется выполнять вертикальные поглаживающие, разминающие, толчкообразные движения большим пальцем по направлению от верхних резцов до маленького язычка; поперечные движения на границе твердого и мягкого неба, при выполнении этих движений активизируется еще и мышца задней стенки глотки; при произношении звука [А] - растирающие движения по мягкому небу от верхних резцов до маленького язычка (рот широко открыт, раздражение идет от произношения); быстрое, краткое произношение звука [А] с одновременными толчкообразными движениями по мягкому нёбу большим пальцем.

Алмазова Е.С предлагает следующую гимнастику для мягкого нёба, которая заключается в следующем:

1.Покашливание. Вызывает энергичное сокращение мышц на задней стенке глотки. При покашливании происходит полный затвор между носовой и ротовой полостями.

2.Зевание.

3.Глотания воды небольшими порциями, глотание воды в маленьком объеме вызывает наиболее высокое поднятие мягкого нёба. При следующих друг за другом глотательных движениях удлиняется время поднятого положения мягкого нёба. Детям предлагается попить из маленького стаканчика или пузырька. Можно капать на язык из пипетки по несколько капель воды.

4.Имитации полоскания рта.

5.Пожевывание.

Все эти действия вызывают поднятие нёбной занавески и движение ее к задней стенке глотки, а иногда даже и их смычку. Эту смычку ребенок с ринолалией ощущает тактильно (путем прикосновения руки к гортани) и кинестетически.

Правдина О.В. предлагает дополнить данный комплекс упражнений, следующими приемами, такими как задувание горячей свечи, дутье на плавающие в тазу бумажные кораблики или различные пластмассовые игрушки, выдувание мыльных пузырей, дутье в музыкальные детские трубочки. Упражнения должны проводиться со всей возможной для ребенка силой и точностью, они требуют напряженного внимания и часто утомляют его, особенно в первое время. При признаках утомления следует переключать ребенка на другие виды работы.

Ермакова И.И считает, что для активизации небной занавески к числу приемов стоит отнести вокальные упражнения. Вокальные упражнения растягивают нёбную занавеску, растормаживают и

одновременно активизируют всю мускулатуру гортаноглотки, заставляют ребенка шире открывать рот, увеличивать силу звука.

Начинается работа с пения гласных *a* и *э*. Начинают пение с низкого тона. Последующий переход к более высокому тону резко активизирует мышцы гортани и глотки, что помогает значительно дольше удерживать сегменты нёба в высокой позиции. Для развития голоса и усиления смыкания поют достаточно громко, но не форсируют голос, поскольку активность нёба быстро истощается и оно провисает, вследствие чего звук назализуется. Все вокальные упражнения выполняют стоя.

Недостаточное небо-глоточное смыкание – причина назальности в речи, поэтому упражнения по активизации мягкого неба играют важную роль в коррекции тембра голоса.

Массаж лица

Для снятия напряжения и повышения тонуса применяется гигиенический массаж. Производится поглаживание кончиками пальцев: а) от середины лба к вискам и вокруг глаз до переносицы, б) от переносицы к околоушной впадине, в) от кончика носа по его спинке вверх и обратно, г) винтообразные движения вокруг кончика носа с переходом на верхнюю и нижнюю губу. Вибрационный массаж заключается в поколачивании крыльев носа с одновременным произнесением звука [м].

Нормализация моторики нижней челюсти

Для нормализации моторики нижней челюсти Е.С. Алмазова предлагает выполнять следующие движения челюсти: открывание и закрывание рта, опускание нижней челюсти, имитация жевания. В процессе жевания происходит энергичное сокращение мускулов гортани, глотки, неба, языка, губ.

Движение гортани и голосовых складок

Рекомендуется использовать поглаживающий и вибрационный массаж гортани. Производятся ритмичные, энергичные движения пальцами по передней поверхности шеи в вертикальном и горизонтальном

направлениях с легким надавливанием на область щитовидного хряща; кашлевые движения, подражание голубиному воркованию, стону, мычанию, что может сочетаться с вибрационным массажем гортани

Артикуляционная гимнастика

Цель артикуляционной гимнастики заключается в выработке четкости, точности, ловкости движений всех частей артикуляционного аппарата и координированную его работу с органами дыхания и голосообразования.

Для снятия напряжения артикуляционного аппарата и повышения его тонуса применяется гигиенический массаж. Производится поглаживание кончиками пальцев: от середины лба к вискам и вокруг глаз до переносицы, от переносицы к околоушной впадине, от кончика носа по его спинке вверх и обратно, винтообразные движения вокруг кончика носа с переходом на верхнюю и нижнюю губу. Массаж активизирует движения лицевой мускулатуры, улучшает мимику лица. Вслед за массажем ребенок учится самостоятельно морщить лоб, нос, хмуриться, сдвигать брови, надувать щеки, улыбаться. Все эти упражнения улучшают окраску голоса, его силу и тембр, так как, по данным физиологии, работа мимических мышц, раздражения кожи лица повышают тонус голосовых мышц. Одновременно с массажем проводится артикуляционная гимнастика, дифференцированная для различных частей артикуляционного аппарата.

Примеры артикуляционных упражнений для языка: высовывание языка, повороты его вправо-влево, облизывание кончиком языка верхней и нижней губы, укладывание языка за верхнюю и нижнюю губу, «щелкание» языком, укрепление кончика и корня языка при произнесении звуков [т], [к]. Движения губ: вытягивание губ вперед «трубочкой», складывание губ «кружочком», растягивание губ в стороны (улыбка), укрепление губ при произнесении звука п-п-п-п (беззвучно).

Развитие силы голоса

Развивая силу голоса, ребенка учат говорить четко, громко, но не крикливо, постепенно изменяя силу голоса от громкого произнесения к среднему и тихому и наоборот.

Пример упражнений для развития силы голоса: Постепенное удлинение произнесения звуков на одном выдохе при средней громкости голоса; усиление голоса: артикуляция - шепот — тихо - громко; используются сочетания гласных звуков; ослабление голоса: громко - тихо - шепот - артикуляция; Счет до десяти с постепенным усилением и последующим ослаблением голоса; Аналогичное произнесение алфавитного ряда; Чтение стихотворений с постепенной сменой силы голоса.

Развитие тембра голоса.

Так же в работу рекомендуется включить упражнения на развитие тембра голоса. Можно предложить следующие варианты упражнений: исходное положение стоя, ноги на ширине плеч, руки в замке над головой. Вдохнуть через нос, слегка прогнувшись назад. Наклоняясь вперед, медленно выдохнуть. При этом произносить каждый раз новый гласный: «а», «о», «у», «ы», «э». Можно добавить в это упражнение движение рук: «а» — руки вверх. «О» — руки кольцом перед собой. «У» — руки рупором. «Ы» — руки овалом впереди. «Э» — руки овалом сзади. Следующее упражнение проводить, стоя, ребенку предлагается наклоняясь вперед, на выдохе произносить несколько гласных звуков, доводя продолжительность выдоха до 7—10 секунд. При работе над модуляцией голоса можно использовать следующее упражнение: стоя или сидя, сделать короткий вдох через нос. Выдыхая, с закрытым ртом, без напряжения произносить с вопросительной интонацией «м» или «н», добиваясь при этом ощущения легкой вибрации в области носа и верхней губы. Так же для развития у детей умения модулировать голос по ситуации рекомендуется на выдохе произносить нараспев слова, пословицы,

поговорки, которые насыщены гласными звуками, требующими широкого раскрытия рта.

Так же для эффективного коррекционного воздействия составлен примерный тематический план работы на 1 год по исправлению нарушения тембра голоса.

Таблица 7 – Тематический план работы

№	Тема занятия	Количество занятий
1.	Обследование состояния тембра голоса. Сбор анамнестических данных.	4
2.	Ознакомительное занятие. Знакомство с понятием «тембр».	1
3.	Активизация мышц мягкого неба и глоточных мышц.	2
4.	Артикуляционная гимнастика. Упражнения для нижней челюсти.	2
5.	Артикуляционная гимнастика. Упражнения для губ.	2
6.	Дыхательная гимнастика. Развитие диафрагмального типа дыхания.	4
7.	Дыхательная гимнастика. Формирование глоточного выдоха при открытом рте.	3
8.	Дыхательная гимнастика. Дифференциация ротового и носового вдоха и выдоха.	4
9.	Развитие силы голоса.	4

Продолжение таблицы 7

10.	Работа по развитию тембра голоса.	6
-----	-----------------------------------	---

Данное тематическое планирование рекомендуется включить в основное календарно-тематическое планирование для младших школьников с ринолалией. В данном тематическом планировании прописано примерное количество занятий по направлениям коррекции тембра. Количество занятий может варьироваться в зависимости от индивидуальных особенностей детей. Так же некоторые направления, такие как дыхательная гимнастика, по дифференциации носового и ротового выдоха и вдоха, артикуляционная гимнастика, развитие силы голоса, развитие тембра голоса, можно включать в занятия, посвященные другим темам, в качестве отдельных упражнений, так как эти направления очень важны в коррекции ринолалии.

Таким образом, план коррекционно-логопедической работы по устранению нарушений тембра голоса у детей младшего школьного возраста с ринолалией включает в себя: активизацию мышц небной занавески, работу над дыханием, артикуляционную гимнастику, работу над силой голоса, работу над развитием тембра голоса.

Выводы по главе 2

В данной главе представлен материал обследования детей младшего школьного возраста с ринолалией, изучены и описаны методы и приемы обследования и коррекции тембра, представлены результаты обследования детей младшего школьного возраста с ринолалией, описаны методы и приемы коррекции тембра голоса на логопедических занятиях.

Для выявления нарушенного тембра голоса было проведено обследование. Для его проведения были подобраны методики логопедического обследования направленные на общее наблюдение за

речью детей, определение типа дыхания, выявление гиперназализации, выявление гипоназализации, умение менять голос в зависимости от ситуации, проверку на умение передавать эмоциональное состояние с помощью междометий. Данные диагностические методики позволили определить нарушенный тембр голоса.

Результаты логопедического обследования показали, что у всех детей обследуемой группы выявлены неправильное речевое дыхание, гиперназализация, неумение подражать голосу по ситуации, неумение менять модуляцию голоса с помощью междометий. По результатам обследования была выявлена необходимость коррекционного воздействия.

Методы и приемы коррекции тембра голоса были подобраны на основе результатов обследования детей младшего школьного возраста с ринолалией. При составлении направлений коррекционной работы была учтена структура логопедического занятия. Было составлено тематическое планирование. В главе подробно описан каждый шаг коррекционной работы по преодолению нарушения тембра у детей младшего школьного возраста, страдающих ринолалией, представлены конкретные упражнения на развитие тембральной окраски голоса для детей с ринолалией.

Таким образом, план коррекционно-логопедической работы по устранению нарушений тембра голоса у детей младшего школьного возраста с ринолалией включает в себя: активизацию мышц небной занавески, работу над дыханием, артикуляционную гимнастику, работу над силой голоса, работу над развитием тембра голоса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Целью исследования являлось выявление особенностей тембра голоса у детей младшего школьного возраста с ринолалией, и разработка содержания коррекционного воздействия по преодолению нарушений тембра в системе логопедических занятий. Для реализации цели был определен ряд задач.

Выполняя первую задачу исследования, которая состояла в анализе психолого-педагогической литературы по проблеме, были рассмотрены вопросы современного понимания сущности тембра голоса, клинико-психолого-педагогической характеристики детей младшего школьного возраста с ринолалией, роли логопедических занятий в коррекции ринолалии. В результате было констатировано, что в современном понимании тембр голоса— это индивидуальная окраска голоса человека, которая не изменяется с момента его мутации.

Отличительной чертой ринолалии является в первую очередь нарушение тембра голоса. Было выяснено, что основной проблемой школьников страдающих ринолалией является проблемы с усвоением школьной программы, из-за такого явления, как рассеянное внимание, замкнутость, необщительность. Так же нарушается процесс овладения чтением и письмом.

Роль логопедических занятий в коррекции ринолалии важна как в дооперационный этап, так и в послеоперационный. В дооперационном периоде целью логопедического обучения является поддержание произносительной стороны речи на доступном, максимально высоком для ребенка уровне. В послеоперационном периоде, через 1 месяц и в течение последующих 6 месяцев, до момента завершения процесса рубцевания, ответственность за результат операции ложится на логопеда.

Выполняя вторую задачу исследования, состоявшую в экспериментальном изучении особенностей тембра голоса у детей

младшего школьного возраста с ринолалией мы сделали подбор методик логопедического обследования, осуществили проведение диагностики.

Методики логопедического обследования были направлены на общее наблюдение за речью детей, определение типа дыхания, выявление гиперназализации, выявление гипоназализации, умение менять голос в зависимости от ситуации, проверку на умение передавать эмоциональное состояние с помощью междометий. Данные диагностические методики позволили определить нарушенный тембр голоса.

Результаты логопедического обследования показали, что у всех детей обследуемой группы выявлены неправильное речевое дыхание, гипоназализация, неумение подражать голосу по ситуации, неумение менять модуляцию голоса с помощью междометий. По результатам обследования была выявлена необходимость коррекционного воздействия.

Выполняя третью задачу, которая заключалась в разработке системы заданий по преодолению нарушений тембра голоса, нами были подобраны методы и приемы. Методы и приемы коррекции тембра голоса были подобраны на основе результатов обследования детей младшего школьного возраста с ринолалией. При составлении направлений коррекционной работы была учтена структура логопедического занятия. Было составлено тематическое планирование. В главе подробно описан каждый шаг коррекционной работы по преодолению нарушения тембра у детей младшего школьного возраста страдающих ринолалией, представлены конкретные упражнения на развитие тембральной окраски голоса для детей с ринолалией.

Таким образом, задачи исследования выполнены, цель достигнута.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Алмазова Е. С. Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей: [Учеб. пособие для дефектол. фак. пед. ин-тов]. - Москва : Просвещение, 1973. - 150 с.
2. Анашкина И.А. Звучащий текст в аспекте культурной аксиологии : [Монография]; М-во общ. и проф. образования РФ. Морд. гос. пед. ин-т им. М. Е. Евсевьева. - Саранск : Морд. гос. пед. ин-т им. М. Е. Евсевьева, 1998. - 264 с. : табл.; 21 см.; ISBN 5-8156-0003-2
3. Балакирева А.С. Логопедия. Ринолалия: учебное пособие для вузов / А. С. Балакирева. - Изд. 2-е, испр. и доп. - Москва : В. Секачев, 2012. - 202, [1] с. : ил., табл., фото; 20 см.; ISBN 978-5-88923-346-6
4. Блыскина И.В. Логопедический массаж: комплексный подход к коррекции речевой патологии у детей / И. В. Блыскина, М. А. Кашина. - Изд. перераб. и доп. - Санкт-Петербург : Литера, 2019. - 79, [1] с., [2] л. цв. ил., табл. : ил., табл.; 26 см. - (Коррекционная педагогика) (В помощь логопеду); ISBN 978-5-407-00935-1 : 2000 экз.
5. Борозинец Н.М. Логопедические технологии [Текст] : учебное пособие / Н. М. Борозинец, Т. С. Шеховцова ; Министерство образования и науки Российской Федерации, Северо-Кавказский федеральный университет. - Ставрополь : Изд-во СКФУ, 2014. - 255 с.
6. Бурая Е.А., Галочкина И.Е., Шевченко Т.И. Фонетика современного английского языка. Теоретический курс. – М.: Издательский центр «Академия», 2014. – 288 с.
7. Вансовская Л.И. Устранение нарушений речи при врожденных расщелинах неба. - СПб.: Гиппократ, 2000. - 133, [2] с. : ил.; 21 см.; ISBN 5-8232-0203-2
8. Вансовской Л. И. Логопедическая работа при открытой ринолалии после уранопластики : Метод. рекомендации / [Ленингр. НИИ

по болезням уха, горла, носа и речи; Сост. Вансовской Л. И.]. - Л. : Б. и., 1983. - 17 с.; 20 см.

9. Васильева Е.Е. Ринолалия. Учебное пособие / Е.Е. Васильева. Ярославль: ЯГПУ им. К.Д. Ушинского, 2007. 63 с. ISBN 978-5-87555-417-8

10. Вильсон Д.К. Нарушения голоса у детей / Д. К. Вильсон; Пер. с англ. А. В. Недвецкого. - М. : Медицина, 1990. - 446,[1] с. : ил.; 22 см.; ISBN 5-225-00493-8

11. Волосовец Т.В. Логопедическая работа с детьми в возрасте 1-3 лет с врожденными расщелинами губы и неба : автореферат дис. ... кандидата педагогических наук : 13.00.03 / Моск. пед. гос. ун-т им. В. И. Ленина. - Москва, 1995. - 16 с.

12. Городилова В.И., Кузьмина Н.И. Устранение недостатков произношения при ринолалии. - М.: Просвещение, 1961.

13. Давыдов М.В., Яковлева Е.В. Основы филологического чтения : Современ. англ. яз. / М. В. Давыдов, Е. В. Яковлева; Моск. гос. ун-т им. М. В. Ломоносова, Филол. фак. - М. : Изд-во "Диалог-МГУ", 1997. - 134 с.; 20 см.; ISBN 5-89209-077-9

14. Деечева С.В., Ильина К.А. Явление языкового контакта проблемы и перспективы исследования. Вестник СамГУ. 2015. № 7 (129)

15. Долотин К.И. Проблемы экспериментального исследования эмоциональной речи // Экспериментальные исследования звучащей речи - М., 1998. С. 29-51.

16. Дубов М.Д. Врожденные расщелины неба [Текст]. - Ленинград : Медгиз. Ленингр. отд-ние, 1960. - 146 с. : ил.; 22 см.

17. Ермакова И.И. Коррекция речи при ринолалии у детей и подростков : Кн. для логопеда / И. И. Ермакова; Под ред. С. Л. Таптаповой. - М. : Просвещение, 1984. - 143 с.; 21 см.

18. Зайцева Л.А. Нарушения произносительной стороны речи и их коррекция: Учеб.-метод. пособие / Л.А. Зайцева и др. Мн.: БГПУ им. М. Танка, 2011. 74 с. С. 16-18.

19. Ипполитова А.Г. Открытая ринолалия : [Учеб. пособие для дефектол. фак. пед. ин-тов] / А. Г. Ипполитова; Под ред. О. Н. Усановой. - М. : Просвещение, 1983. - 95 с. : ил.; 21 см.
20. Киселева Т.В. Из опыта логопедической работы с детьми первых трех лет жизни в условиях центра восстановительного лечения // Дефектология. 1991 №5.
21. Козырева М.Н. Введение в изучение английского речевого голоса (голосοοбразования) / М. Н. Козырева. - М. : Изд-во МГУ, 1986. - 97,[1] с.; 22 см.
22. Корнев А.Н. Основы логопатологии детского возраста : клинич. и психол. аспекты / А. Н. Корнев. - СПб. : Речь, 2006 (ППП Тип. Наука). - 378, [1] с. : ил., табл.; 24 см. - (Современный Учебник).; ISBN 5-9268-0412-4
23. Коррекция речевых нарушений у детей с челюстно-лицевой патологией: Методические рекомендации / Под ред. проф. Е.Т.Лильина. - М., 1999. - 40 с.
24. Крейдлин Г.Е. Голос и тон в языке и речи // Язык о языке. - М., 2000. - С. 453-501.
25. Лимберг А.А. Задачи лечебной и научно-исследовательской деятельности в организации комплексной специализированной помощи при врожденных расщелинах губы и нёба //Врожденные расщелины верхней губы и нёба. М., 1964
26. Логопатопсихология: учеб. пособие для студентов / Под ред. Р.И. Лалаевой, С.Н. Шаховской. М: ВЛАДОС, 2011. 285 с. ISBN 978-5-691-01726-1
27. Логопедия: учеб. для студентов дефектол. фак. пед. вузов / Л. С. Волкова, Р. И. Лалаева, Е. М. Мастюкова и др.; под ред. профессоров, засл. деятеля науки РФ Волковой Л. С. и Шаховской С. Н. - Москва : ВЛАДОС, 1998. - 677 с.; 21 см.; ISBN 5-691-00128-0

28. Митринович-Моджеевска А. Патофизиология речи, голоса и слуха [Текст] / Проф. А. Митринович-Моджеевска ; Пер. с польск. др. В. Островерхова. - Варшава : Польск. гос. мед. изд-во, 1965. - 351 с. : ил.; 25 см.

29. Соболева Е.А. Ринопалия: общ. сведения о ринопалии, классификация врожд. расщелин губы и неба, причины, механизмы, формы ринопалии, принципы обследования, методы коррекц.-логопед. работы: [учеб. пособие] / Е. А. Соболева. - Москва : АСТ : Астрель, 2006 (Владимир : Владимирская книжная типография). - 126, [1] с. : ил., табл.; 20 см. - (Высшая школа).; ISBN 5-17-036296-X

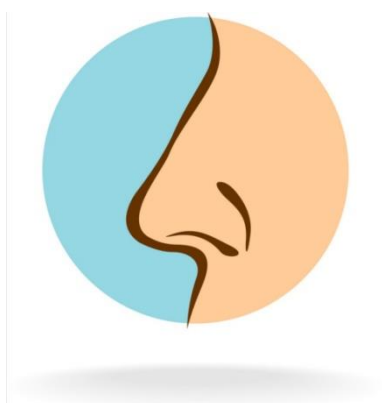
30. Таптапова С.Л. Коррекционно-логопедическая работа при нарушениях голоса : Кн. для логопеда / С. Л. Таптапова. - М. : Просвещение, 1984. - 111 с. : ил.; 21 см.

31. Чиркина Г.В. Дети с нарушениями артикуляционного аппарата / Акад. пед. наук СССР. - Москва : Педагогика, 1969. - 120 с.; 20 см.

32. Чиркина Г.В. Нарушения речи при ринопалии и пути их коррекции : диссертация ... доктора педагогических наук : 13.00.03. - Москва, 1987. - 277 с. : ил.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1



НИТКА



малина



ПРИЛОЖЕНИЕ 2



ПРИЛОЖЕНИЕ 3



ПРИЛОЖЕНИЕ 4

