



МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ 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 нарушений письменной речи у детей младшего школьного возраста с
ринолалией в послеоперационный период на уроках русского языка

Выпускная квалификационная работа
по направлению 44.03.03. Специальное (дефектологическое) образование

Направленность (профиль) «Логопедия»

Выполнила:
Студентка группы ОФ-406/101-4-1
Самкова Арина Юрьевна

Научный руководитель:
к.п.н., доцент кафедры СППиПМ
Дружинина Лилия Александровна

Проверка на объем заимствований:

83,74 % авторского текста

Работа рекомен к защите
рекомендована/не рекомендована

«14» 02 2018 г. пр 16

зав. кафедрой специальной педагогики,

психологии и предметных методик

к.п.н., доцент Л.А. Дружинина

Дружинина

Челябинск
2018

Содержание

Введение	3
ГЛАВА I. АНАЛИЗ ПСИХОЛОГО - ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ВОПРОСУ ИССЛЕДОВАНИЯ	
1.1 Ринопалия. Основные понятия в специальной литературе.....	6
1.2 Особенности письменной речи у младших школьников с ринопалией.....	14
1.3 Логопедические технологии коррекции нарушений письменной речи у младших школьников с ринопалией в послеоперационный период.....	22
Выводы по I главе.....	29
ГЛАВА II. КОРРЕКЦИЯ ПИСЬМЕННОЙ РЕЧИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С РИНОПАЛИЕЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД НА УРОКАХ РУССКОГО ЯЗЫКА	
2.1 Анализ результатов изучения состояния письменной речи у младших школьников с ринопалией в послеоперационный период.....	30
2.2 Коррекционная направленность уроков русского языка для младших школьников с ринопалией в послеоперационный период.....	34
Выводы по II главе.....	45
Заключение.....	46
Список литературы	49

Введение

В отечественной и зарубежной литературе среди речевой патологии выделяют ринолалию, как одну из сложных клинических форм. При ринолалии наблюдается назализованный тембр голоса, артикуляция и фонация существенно отличаются от нормы.

Данная работа актуальна тем, что речевая функция играет важную роль в психическом развитии ребёнка, в процессе которого происходит становление познавательной деятельности, способности к понятийному мышлению. Полноценное речевое общение является необходимым условием осуществления нормальных социальных человеческих контактов, а это, в свою очередь, расширяет представления ребёнка об окружающей жизни. Овладение ребёнком речью в определённой степени регулирует его поведение, помогает спланировать адекватное участие в разных формах коллективной деятельности. Известно, что детский возраст является наиболее благоприятным для формирования речи в целом и её фонетической стороны в частности.

Для успешного усвоения школьной программы необходима хорошая, полноценная, грамотная речь. Поэтому своевременное выявление дефектов звукопроизношения и их исправление являются обязательным разделом всего комплекса работы по развитию речи.

В последние несколько десятилетий наблюдается значительный рост числа детей с врождённой аномалией артикуляционного аппарата, а также детей с перинатальной патологией, обуславливающей атипичное формирование речи, - открытой ринолалии.

Дети с открытой ринолалией представляют серьёзную проблему для специалистов медицинского и психолого-педагогического профиля. Первичные дефекты артикуляционного аппарата определяют своеобразное развитие всей речевой системы ребёнка. Степень выраженности

нарушений устной речи зависит от многих факторов и влияет на дальнейшее общее и психоэмоциональное развитие. Поэтому детям необходима комплексная медико – психолого – педагогическая помощь, успех которой определяется ранним началом лечения и коррекции речевых нарушений, комплексностью и систематичностью.

Дети с открытой ринолалией - особая категория детей, отличающаяся сложной структурой речевого недоразвития и требующая индивидуального подхода при организации коррекционного воздействия.

Научная литература, освещающая вопрос реабилитации детей младшего школьного возраста с расщелиной губы и неба, немногочисленна. В методической литературе, в основном, представлены данные о произносительной стороне речи детей, прооперированных в возрасте 3-7 лет. Подробно изучены компенсаторные патологические механизмы, формирующиеся при наличии расщелины неба следствием которых является ринолалия - тяжелое нарушение речи, проявляющееся в комплексе взаимосвязанных изменений дыхательной, голосообразовательной и артикуляционной функций. Существующие на данный момент методики коррекционной работы по устранению ринолалии рассчитаны на детей старшего возраста. (Е.Ф. Рау, Г. Гутцман, З.Г. Нелюбова, М Зеeman, А.Г. Ипполитова, Т.Н. Воронцова, Г.В. Чиркина, Л.И. Вансовская, З.А. Репина).

Объект исследования: процесс коррекции нарушений письменной речи у младших школьников с ринолалией.

Предмет исследования: коррекционная направленность уроков русского языка для младших школьников с ринолалией в послеоперационный период.

Цель исследования: теоретически изучить и практически обосновать необходимость работы по коррекции нарушений письменной речи у

младших школьников с ринолалией в послеоперационный период на уроках русского языка.

Задачи исследования:

Изучить и проанализировать психолого-педагогическую и специальную литературу по проблеме исследования.

Изучить состояние письменной речи у младших школьников с ринолалией в послеоперационный период.

Определить коррекционную направленность в конспекте уроков русского языка для младших школьников с ринолалией в послеоперационный период.

База исследования: исследование по коррекции письменной речи у младших школьников с ринолалией в послеоперационный период на уроке русского языка проводилось на базе МБОУ «С(К)О школу – интернат № 11 для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (тяжелыми нарушениями речи) г. Челябинска. В исследовании принимали участие 2 ребёнка с сохранным интеллектом в возрасте 8 лет с диагнозом врожденная расщелина мягкого неба (частично твердого).

Структура работы: данная квалификационная работа состоит из введения, двух глав, выводов по главам, заключения и списка литературы. Полный объем работы составляет 53 страниц. Список использованной литературы включает в себя 50 источников.

ГЛАВА I. АНАЛИЗ ПСИХОЛОГО – ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ВОПРОСУ ИССЛЕДОВАНИЯ

1.1 Ринолалия. Основные понятия в специальной литературе

Ринолалия – это нарушение звукопроизношения и тембра голоса вследствие анатомо-физиологических дефектов речевого аппарата. Название произошло от греческих слов: «ринос» – нос, «лалио» – речь. Термин «ринолалия» в переводе с греческого означает «речь с носовым оттенком». [18]

До определенного времени ринолалия подводилась под обобщающий термин «косноязычие». В 60-е годы XX века прослеживается тенденция к отказу от данного термина. Под этот обобщающий термин подводились все типы нарушения произношения: дислалия, дизартрия, ринолалия, нарушения произношения, обусловленные тугоухостью. В дальнейшем было выделено отдельное нарушение – механическая дислалия, которое объединяло в себе два нарушения: дислалию и ринолалию. До недавнего времени ринолалию определяли, как одну из форм механической дислалии (О. В. Правдина, В. Олтушевский). Далее в работах С. С. Ляпидевского, Б. М. Гриншпуна, М. Е. Хватцева ринолалия была выделена из механической дислалии в отдельное речевое нарушение, учитывая его специфику, которая характеризуется своеобразным сочетанием расстройств голоса и неправильной артикуляцией звуков. [26]

Для ринолалии характерно патологическое изменение резонирования носовой полости во время фонации, следствием чего является назальность речи.

Ринолалия проявляется в трех формах — открытой, закрытой и смешанной и по этиологии может быть органической и функциональной.

В классификациях речевых расстройств ринолалия рассматривается либо как самостоятельное нарушение, либо как форма механической дислалии (О. В. Правдина, В. Олтушевский). Иногда ринолалия описывается под названием ринофония (Зеeman). С нашей точки зрения, последний термин неоднозначен с понятием ринолалия, так как он

указывает лишь на специфически назальный оттенок голоса, в то время как термин ринолалия говорит о нарушении артикуляционной и акустической характеристики звука.

Мы трактуем ринолалию как самостоятельное речевое нарушение, характеризующееся своеобразным сочетанием расстройств голоса и неправильной артикуляции звуков. В отличие от механических дислалии при ринолалии страдает произношение не только согласных, но и гласных звуков. В отличие от нарушений голоса при ринолалии страдает произношение и звонких и глухих согласных звуков.

Ринолалия проявляется в трех формах — открытой, закрытой и смешанной и по этиологии может быть органической и функциональной.

[18]

Открытая ринолалия.

Характеризуется дефектной артикуляцией и аномальным акустическим эффектом речевых звуков: во время речи воздушная струя проходит одновременно через рот и нос, вследствие чего возникает носовой резонанс при произнесении всех звуков. Аномальный акустический эффект создается и специфическим тембром голоса.

Открытая органическая ринолалия чаще всего является следствием врожденного дефекта неба — расщелин. Наличие расщелины обуславливает полное или частичное соединение двух резонаторов: полостей рта и носа. В результате этого во время речи нарушается направление воздушной струи и, следовательно, при образовании звуков речи возникает специфический назальный акустический эффект.

Врожденные расщелины неба:

Расщелина мягкого неба: субмукозная, полная, неполная.

Расщелина мягкого и твердого неба: субмукозная, полная, неполная.

Полная расщелина альвеолярного отростка мягкого и твердого неба: односторонняя, двусторонняя.

Полная расщелина альвеолярного отростка и переднего отдела

твердого неба: односторонняя, двусторонняя.

При функциональной открытой ринолалии дефект речи обусловлен чаще всего гипокинезом мягкого неба (при частых заболеваниях носоглотки и слабости нервных импульсов или общей мышечной вялости), нарушением контроля за собственной речью, при сниженном слухе или при подражании назальной речи. [8]

Ринолалия при расщелинах неба характеризуется своеобразным комплексом симптомов.

1.Изменение положения и активности языка.

Язык стабилизируется в следующем положении: все тело его оттянуто кзади (западает назад, к глотке), а корень и спинка с силой приподняты кверху (отмечается повышенный тонус). Кончик языка обычно развит плохо, часто паретичен. В результате оказываются доступными только самые элементарные движения, которые между собой мало дифференцированы. Изменение положения языка является своеобразным приспособлением ребенка к своему дефекту.

2.Нарушение деятельности мышц, осуществляющих движение мягкого неба.

Функция всех мускулов, поднимающих мягкое небо и образующих разделение носовой и ротовой полостей, резко ограничена не только при речи, но и при актах жевания и глотания. Мягкое небо либо пассивно, либо мало подвижно и не выполняет своей функции разделения ротовой и носовой полости. У больных с открытой ринолалией нарушается существующее переплетение мышц неба по средней линии и необходимое их физиологическое натяжение и отмечается асимметрия мышц мягкого неба слева и справа. Эта асимметрия проявляется к 4—5 годам и с возрастом прогрессирует. Слизистая оболочка глотки становится бледной, вялой, атрофичной. Смыкание мягкого неба и задней стенки глотки не осуществляется.

3.Изменение взаимодействия мышц всего периферического конца

речедвигательного анализатора.

Прежде всего обращает на себя внимание нарушение взаимосвязи артикуляторных и мимических мышц, что выражается в излишних движениях лицевых мышц в процессе артикуляции, наличии синкинезий, а в ряде случаев тикообразных и хореических движений лицевых мышц.

У лиц с врожденной расщелиной даже после хирургического вмешательства трудности в этом плане не исчезают. При сквозных расщелинах после хейлопластики остаются рубцы, ограничивающие подвижность мышц. Чем значительнее деформации губы, тем больше вовлекаются в артикуляцию звуков лицевые и мимические мышцы, что вырабатывает у ребенка стойкий стереотип напряженности речи. [10]

Нарушение взаимодействия между артикуляционными и дыхательными мышцами приводит к специфическим проявлениям особенностей речевого дыхания. Нарушение дыхания при ринолалии отмечалось рядом исследователей (Г. Гутцман, 1924; З. Г. Нелюбова, 1938; И. М. Готь, 1971; Н. Н. Останин, 1969 и др.). Отдельные исследования указанных авторов показывают, что при ринолалии дыхание ускоренное, поверхностное и учащенное. Это связано с тем, что количество воздуха, выдыхаемого через нос, возрастает до 77% от всего количества выдыхаемого воздуха. Речевой выдох неравномерно распределяется на протяжении произносимого слова: к середине слова воздух иссякает (В. Н. Яковенко, 1966). В случаях искусственного устранения утечки воздуха через нос (зажимание крыльев носа) повышается количество воздуха, выдыхаемого через рот, но спирометрические показатели при этом так и не достигают нормы (Т. Н. Воронцова, 1966; А. В. Коваль, 1968; А. К. Арифджанов, 1974).

Страдает направленность и плавность выдоха, а также ритмичность речевого дыхания.

Чаще всего дыхание при ринолалии оказывается поверхностным (грудным), наблюдается асинхронность грудного и диафрагмального

дыхания, нарушается соотношение между вдохом и выдохом. Такой тип дыхания создает особые трудности для реализации речи. [40]

4. Тотальное нарушение звукопроизношения.

Все звуки произносятся с носовым оттенком, причем наиболее дефектными в этом отношении являются гласные звуки (для них нужен самый сильный veloфарингеальный (небно-глоточный) затвор (Р. Хейджерти, Б. Ньюмен, 1961). Артикуляция согласных звуков сдвигается к месту отсутствующего небно-глоточного затвора, в результате чего звуки искажаются и приближаются ~ к храпящему звучанию, иногда напоминающему отдельные звуки. Реже отмечаются звуковые замены, причем звуки-субституты являются также искаженными. Значительно нарушенными оказываются те согласные, которые требуют наиболее высокого ротового давления (Мак Дональд и Д. Хесс, 1960).

При достаточном ротовом давлении артикуляционных изменений у детей не наблюдается. Исключение составляют щелевые звуки, искажения которых могут быть обусловлены нарушением прикуса. У детей, имеющих недостаточное внутриротовое давление, страдает артикуляция и соноров.

Больные с ринолалией в качестве определенного компенсаторного средства образуют сужение на пути выдыхаемого воздуха в области гортани. При этом шипящие и свистящие звуки произносятся с резким неприятным оттенком (М. Зеeman). Резкие звуки получаются при трении воздуха о край напряженных голосовых складок, между которыми образуется шум при резком и коротком выдохе.

Итак, при органической открытой ринолалии расщелина является фактором, влекущим за собой ряд других патологических изменений в функции артикуляционного аппарата, усугубляющих речевой дефект. В частности, наиболее ярким патологическим изменением является дефектное положение языка в полости рта и нарушение мышечной взаимосвязи всего артикуляционного аппарата. Таким образом, органический дефект — расщелина — ведет к функциональному

нарушению праксиса артикуляционного аппарата.

При врожденных расщелинах анатомические изменения отмечаются только в верхнем отделе периферического конца речедвигательного анализатора (наличие самой расщелины, недоразвитие мышечного комплекса неба, изменения в зубочелюстной системе). Однако эти относительно немногочисленные анатомические изменения приводят к стойким функциональным дефектам всех трех систем речеобразования: энергетической, генераторной и резонаторной. Это сказывается на характере речевого дыхания, на особенностях голоса и на специфике его артикуляции. Таким образом, открытая ринолалия и ее характер оказываются зависимыми от компенсаторных нарушений: патологической стабилизации тела языка в полости рта, нарушения деятельности мышц мягкого неба и нарушения взаимодействия всех мышечных групп периферического конца речедвигательного анализатора. [18]

При функциональной открытой ринолалии дефект речи обусловлен чаще всего гипокинезом мягкого неба (при частых заболеваниях носоглотки и слабости нервных импульсов или общей мышечной вялости), нарушением контроля за собственной речью при сниженном слухе или при раздражении назальной речи.

В практике случаи функциональной открытой ринолалии встречаются несколько реже, чем органическая открытая ринолалия. Причины гиперназализации при открытых формах ринолалии трактуются по-разному. Большинство исследователей склонны считать, что гиперназализация зависит от недостаточности небно-глоточного затвора, что приводит к чрезмерному резонированию носовой полости по сравнению с ротовой. Речевой сигнал, поглощаясь в носовой полости, теряет силу и модулированность (Дж. Сэбтелни, 1970, Дж. Эндрюс, 1972). Однако, как показали исследования проблемы назализации, зависимость между назализацией и велофарингиальной недостаточностью — не линейная. [12]

При полном замыкании небно-глоточного затвора наблюдается отсутствие назализации, при небольшом открытии (0,5—3 мм) — умеренная назализация, при расстоянии 3,5—7 мм — гиперназализация, а при расстоянии от 7,5 до 18 мм заметного усиления назализации не происходит. Большое значение имеют показатели соотношения расстояний между мягким небом и задней стенкой глотки и между мягким небом и спинкой языка. Если первое расстояние меньше второго, то возможна речь без носового оттенка.

Закрытая риноплазия.

Закрытая риноплазия (гнусавость) обусловлена направленностью речевого выдоха только через рот при всех звуках, в результате чего страдают артикуляционная и акустическая характеристика носовых звуков *м, н, м', н'* и тембр голоса.

Закрытая органическая риноплазия нарушение, обусловленное анатомическими дефектами: область зева, носа и носоглотки.

Риноплазия закрытая задняя нарушение звукопроизношения, являющееся следствием аденоидных разрастаний, закрывающих: верхний край хоан; половину или одну из них; обе хоаны с заполнением всей носоглотки аденоидной тканью.

Может быть также следствием сращения мягкого неба с задней стенкой глотки после специфических воспалений, иногда носоглоточных полипов.

Редко встречается хоанальная атрезия, которая полностью отделяет носоглоточную полость от носовой.

Риноплазия закрытая передняя нарушение звукопроизношения, которое вызывается резким искривлением носовой перегородки, полипами в носу, сильным насморком и др.

Может быть переходящей (воспалительные отеки слизистой носа во время насморка) или длительной (при хронической гипертрофии слизистой носа, при полипах, искривлении перегородки носа, опухоли носовой

полости).

Закрытая функциональная ринолалия наблюдается гиперфункция мягкого неба: мягкое небо всегда приподнято и преграждает в той или иной степени путь воздушной струи в нос.

Смешанная ринолалия.

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.

Смешанная ринолалия возникает при комбинации факторов, вызывающих открытую и закрытую ринолалию; характер проявления речевого расстройства зависит от преимущественного нарушения. [8]

В классификации речевых расстройств ринолалию можно представить, как самостоятельное речевое нарушение, так как она характеризуется своеобразным комплексом симптомов и может быть противопоставлена другим нарушениям.

При ринолалии ведущим расстройством является нарушение артикуляции и фонации звуков.

Формы ринолалии выделяются по характеристике направленности выдыхаемой воздушной струи во время речи и по характеру анатомического дефекта.

Наиболее распространенным речевым нарушением является открытая ринолалия, возникающая при врожденном дефекте неба — расщелине.

На дефекты речи при открытой ринолалии, обусловленной расщелинами неба, влияют вторичные компенсаторные нарушения: патологическая стабилизация языка в полости рта, нарушение взаимодействия всех мышечных групп периферического конца речедвигательного анализатора и нарушение деятельности мышцами неба.

Таким образом, при ринолалии механизм артикуляции, фонации и

голосοοбразования имеет существенные отклонения от нормы и обусловлен нарушением участия носового и ротоглоточного резонаторов. Сочетание расстройств артикуляции звуков с расстройствами тембра голоса позволяет отличать ринолалию от дислалии и ринофонии.

1.2 Особенности письменной речи у младших школьников с ринолалией

При ринолалии речь развивается с опозданием (первые слова появляются к двум годам и значительно позже) и имеет качественные особенности. Импрессивная речь развивается относительно нормально, а экспрессивная претерпевает некоторые качественные изменения.

В первую очередь следует отметить крайнюю невнятность речи детей. Появляющиеся у них слова и фразы малопонятны для окружающих, так как формирующиеся звуки своеобразны по артикуляции и звучанию. Вследствие дефектного положения языка в полости рта согласные звуки образуются главным образом за счет изменений положения кончика языка (при незначительном участии корня языка в артикуляции) при излишней активизации лицевых мышц.

Эти изменения положения кончика языка относительно постоянны и соотносятся с артикуляцией определенных звуков. Произношение некоторых согласных звуков представляет для детей особую трудность. Так, они не могут осуществить необходимой преграды у верхних зубов и альвеол для произнесения звуков верхней позиции: [л], [т], [д], [ч], [ш], [щ], [ж], [р]; у нижних резцов для произнесения звуков [с], [з], [ц] с одновременным ротовым выдохом; поэтому свистящие и шипящие звуки у детей с ринолалией приобретают своеобразное звучание. Звуки [к], [г]

либо отсутствуют, либо замещаются характерным взрывом. Гласные звуки произносятся при оттянутом назад языке с выдохом воздуха через нос и характеризуются вялой губной артикуляцией. [12]

Таким образом, гласные и согласные звуки формируются с сильным носовым оттенком. Артикуляция их зачастую значительно изменена, и звуки между собой нечетко дифференцированы. Для самого ребенка такие артикулемы служат кинемой, т. е. двигательной характеристикой определенного звука, и в его речи выполняют смыслоразличительную функцию, что и позволяет использовать, их для речевого общения.

Все произносимые ребенком звуки на слух воспринимаются как дефектные. Общая их характеристика для слушающего - храпящие звуки с носовым оттенком. При этом глухие звуки воспринимаются как близкие к звуку [х], звонкие – [к], [г] фрикативному; из них губные и губно-зубные - как близкие к звуку [м], а переднеязычные – [к] звуку [н] с незначительной модификацией звучания. [4]

Иногда артикулемы в речи у детей с ринолалией очень близки к норме, а их произношение, несмотря на это, на слух воспринимается как дефектное (храпящее), так как речевое дыхание нарушено, и, кроме того, возникает излишнее напряжение лицевых мышц, что в свою очередь влияет на артикуляцию и звуковой эффект.

Поэтому, звукопроизношение при ринолалии поражено тотально. Самостоятельное осознание дефекта речи у детей обычно отсутствует или критичность к нему снижена. Прослушивание записи своей речи стимулирует больных к серьезным логопедическим занятиям.

Таким образом, в структуре речевой деятельности при ринолалии дефект фонетико-фонематического строя речи является ведущим звеном нарушения, причем первичным является нарушение фонетического оформления речи. Этот первичный дефект накладывает некоторый

отпечаток на формирование лексико-грамматического строя речи, но глубокие качественные изменения его встречаются обычно лишь при сочетании ринолалии с другими речевыми нарушениями.

В литературе имеются указания на своеобразие формирование письменной речи при ринолалии. Не останавливаясь отдельно на анализе причин дефектности письма при ринолалии, можно указать, что предлагаемая методика работы предупреждения нарушения письма и исключает их в случаях ранней логопедической помощи (дошкольного обучения).

Неполноценность речи при ринолалии сказывается на формировании всех психических функций ребенка и в первую очередь - на становлении личности. Свообразие ее развития обуславливается неблагоприятными для детей с ринолалией условиями жизни в коллективе.

Нарушение речи как средства коммуникации затрудняет поведение ребенка в коллективе. Часто их общение с коллективом одностороннее, а результат общения травмирует детей. У них развивается замкнутость, застенчивость, раздражительность. Деятельность их находится в более благоприятном состоянии, так как эти больные нередко интеллектуально полноценны (если ринолалия проявляется в чистом виде). [17]

Целенаправленная работа по преодолению дефекта речи способствует становлению положительных черт характера, стирает развитие высших психических функций. Катамнестические сведения, представленные в литературе, и наблюдения показывают, что большинство детей с ринолалией способно к высокой степени компенсации дефекта и реабилитации функций.

В устной речи отмечаются обедненность и аномальные условия протекания до лингвистического развития детей с ринолалией. В связи с нарушением речедвигательной периферии ребенок лишается

интенсивного лепета, артикуляционной "игры", тем самым обедняется этап подготовительной настройки речевого аппарата. Наиболее типичные лепетные звуки [п], [б], [т], [д] артикулируются ребенком беззвучно или очень тихо в связи с утечкой воздуха через носовые ходы и тем самым не получают слухового подкрепления у детей. Страдает не только артикуляция звуков, но и развитие простых элементов речи. 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 ее содержания, т. е. начинается искаженный путь развития речи в целом. В наибольшей степени дефект проявляется в нарушении фонетической ее стороны. [21]

Нарушения письма у детей с ринолалией изучаются давно, но до настоящего времени этот вопрос остаётся одной из актуальных проблем логопедии. Своевременное выявление нарушений письма, чтения, точное определение их патогенеза в каждом отдельном случае, отграничение дисграфий от ошибок письма иного характера чрезвычайно важно для построения системы логопедической работы.

Около 50% школьников, имеющих врождённую расщелину губы и нёба, испытывают значительные затруднения в овладении грамотой и правописанием. При рассмотрении речевой патологии необходимо использовать принцип системного подхода Системный анализ речевой деятельности, подчинённый принципу развития, раскрывает связи, существующие между функцией речедвигательного анализатора и слухового восприятия, между произносительной деятельностью и формированием фонематических представлений, между устной и письменной речью. [20]

В современной психологии процесс письма рассматривается как особый вид речевой деятельности (А. Р. Лурия, Р. Е. Левина, Р. М. Боскис,

Л. С. Цветкова и др.), который включает в себя ряд психофизиологических компонентов. Одной из психологических предпосылок фонетически правильного письма является уточнение звукового состава записываемого слова через проговаривание. Кроме того, с помощью проговаривания человек превращает слышимые в данный момент звуковые варианты в чёткие обобщённые речевые звуки фонемы. Произнося слово, он анализирует его артикуляторный состав. Значит, чтобы правильно написать слово, школьник должен не только обладать тонким дифференцированным слухом, но и воспринимать его элементы кинестетически, т. е. владеть чёткой артикуляцией. В случае грубого нарушения произношения ребёнок начинает испытывать значительные затруднения в обучении письму.

Исследуя закономерности развития детской речи, А. Н. Гвоздев отмечает, что общий ход усвоения ребёнком звуковой стороны речи определяется совместным действием слуховой и моторной сфер.

Таким образом, учёные считают, что восприятие звуков речи и их произношение это два взаимосвязанных и взаимообусловленных процесса, уточняющих и дополняющих друг друга.

На исключительное значение артикуляции в формировании письменной речи указывает А.Р. Лурия. Выясняя, какую роль в процессе письма играют речевые кинестезии, он пришёл к заключению, что проговаривание записываемого слова является не просто «аккомпанементом», письма, но существенной его составной частью: «Такое «проговаривание» позволяет уточнить подлежащие написанию звуки, отделить близкие звуки друг от друга и превратить недостаточно ясные звуковые нюансы в чёткие фонемы».

Анатомические дефекты органов речи приводят к компенсаторному перемещению артикуляционных зон, в результате чего образуются неправильные способы овладения звуками.

Так, при произнесении гласных отмечается недифференцированная артикуляция с затушёвыванием противопоставления звуков по признаку высоты, ряда и огубленности. [4]

Все гласные звуки, произносятся с носовым оттенком: менее ринофонически звучит [а], наиболее назализованными в произношении оказываются [и], [у].

Весьма распространены дефекты произношения согласных звуков. Свистящие [с], [з] артикулируются с чрезмерным подниманием корня и спинки языка и оттягиванием кончика его назад. Для них характерен шипящий сигматизм. Акустически они воспринимаются как нечто среднее между звуками [с], [ш], [з], [ж]. Довольно часто отмечается боковое и мягкое произношение, нередко мягкое произношение свистящих звуков сочетается с боковым. Наблюдается замена звука [з] искажённым звуком [с]. Свистящие звуки оказываются наиболее назализованными в произношении, что отражается на их внятности.

Характерным недостатком произношения шипящих [ш], [ж] является смягчение и сближение их со свистящими [с], [з]. Звуки [ш] и [ж] артикулируются с подниманием средней части спинки языка, опусканием и оттягиванием его кончика назад, что и обуславливает их мягкое произношение. Нередко наблюдается боковое произношение, замена звуков [ш], [ж] искажёнными [с], [з]. Согласный [щ] в основном заменяется звуками [т] и [с] или звуком [ш]. Произнесение аффрикат [ц] и [ч] характеризуется расщеплением их на составляющие части, тенденцией к сближению звука [ч] со звуками [щ], [ц] или полным отождествлением с последним. [12]

Затруднённая тонких движений задней части спинки языка приводит к тому, что звуки [к], [г] у учащихся с ринолалией отсутствуют, заменяются фрикативным [х] или искажёнными [г], [д]. Наблюдается оглушение звука г. Звуки [т], [д] смягчаются и сближаются со звуками [к], [г]. В случае дефектного произнесения они артикулируются с подниманием средней части спинки языка и оттягиванием кончика его назад, в результате чего получаются звуки, близкие к звукам [к], [г]. При патологическом состоянии полости носа и носоглотки, а также при тяжелой форме назальности звуки [т] и [д] заменяются носовым звуком [н]. Наблюдается также замена звука [д] искажённым звуком [г].

Наиболее распространёнными дефектами произношения согласного [р] являются задненёбное, боковое, одноударное произношение, замена [р] звуком [л]. Звук [л] произносится чаще всего смягчённо, при тяжёлой форме назальности заменяется звуком [н], нередко наблюдается боковое произношение, замена звуком [в].

Губы при произнесении звука [м] малоподвижны, почти не принимают участия в звукообразовании. Значительное сходство звучания носовых звуков, а также стирание артикуляционных различий между ними затрудняет их дифференциацию на слух, что, в свою очередь, препятствует формированию каждой из этих фонем как самостоятельного образования. Нередко наблюдаются замены носовых [м] и [н] парными согласными [б], [д], что обусловлено не только дефектами нёбно-глоточного замыкания, но и патологическим состоянием полости носа и носоглотки.

Таким образом, недостатки произношения у учащихся с ринолалией выражаются в отсутствии звуков, их искажении, различного рода заменах, а также в сближении артикуляционных укладов гласных (уо, ао, ыи и др.) и согласных звуков (сш, зж, чщ, ч ц, тк, дг, т~х, рл, мн, твёрдых и мягких и т.д.). Это связано с ограниченной подвижностью губ, челюсти, с патологическим состоянием носа и носоглотки, с неправильным развитием

и функционированием языка в результате его усиленной работы (главным образом корня и боков) для проталкивания пищи и в силу создавшейся привычки закрывать им расщелину нёба (корень языка утолщён, западает назад, к глотке, задняя часть спинки имеет тенденцию подниматься кверху, кончик оттянут от нижних резцов и не принимает участия в артикуляции). [37]

Стирание противопоставленности звуков по признаку «ротовой носовой», к затушёвыванию различий в артикуляции их не только по месту, но и по способу образования (фрикативный смычный аффриката дрожащий). Недифференцированная артикуляция гласных и согласных звуков.

Наряду с перечисленными недостатками произношения у детей отмечается специфическая окраска гласных и согласных звуков щелкающий призыв, храп, свист, придыхание, гортанность, т.е. страдает не только артикуляция, но и развитие просодических элементов речи.

Чтобы правильно написать слово, недостаточно выделить и уточнить его звуковую характеристику, необходимо также чётко разграничивать звуки по их кинестетическим основам, по месту и способу образования. У детей с ринолалией оказалась нарушенной одна из психологических предпосылок письма проговаривание записываемого слова, помогающее не только конкретизировать звуковой состав слова, но и превратить слышимые в данный момент звуковые варианты в чёткие речевые звуки в фонемы. [38]

Таким образом, недостаточное кинестетическое познание свойств звуков речи приводит к смешению их в восприятии и тем самым создает неблагоприятные условия для овладения звуковым составом слова. Несформированность представлений о звуковом составе слова ярко отражена не только в заменах букв, но и в «поисковой ситуации», что

проявляется в многочисленных повторениях и исправлениях отдельных элементов слова.

1.3 Логопедические технологии коррекции нарушений письменной речи у младших школьников с ринолалией в послеоперационный период

И.И. Ермаковой предложена методика поэтапной коррекционной работы по исправлению фонетической стороны речи и голоса при ринолалии у детей и подростков. Ею предложено учитывать возрастные особенности пациентов с расщелинами неба, имеющих расстройства голосообразования.

Методика И.И. Ермаковой направлена на коррекцию нарушений звукопроизношения и голоса с помощью ортофонических упражнений. Автором особо подчеркивается важность дооперационного этапа, на котором необходимо предотвратить закрепление компенсаторных патологических привычек и создать базу для развития нормальной речи. Начинать послеоперационную логопедическую работу по устранению расстройств речи автор рекомендует спустя 15-20 дней. Работа после операции направлена главным образом на то, чтобы приучить больного пользоваться в процессе речи новыми анатомическими условиями. Главной целью логопедических занятий становится развитие полноценного небо-глоточного смыкания. [15]

Методика И.И. Ермаковой предполагает поэтапную коррекцию голоса и звукопроизношения, рассчитана на возрастные особенности детей, особенность функциональных расстройств голосообразования у

детей с расщелинами. Большое значение придается психологическому состоянию ребенка.

Система коррекционной работы включает развитие движений мягкого нёба, устранение носового оттенка в речи, постановку звуков и развитие фонематического восприятия.

Этапы: дооперационный и послеоперационный. Специальное внимание уделяется послеоперационному периоду и применению приемов для развития подвижности мягкого нёба.

Методика включает четыре общих этапа работы при ринолалии:

- подготовку ребёнка и его артикуляционного аппарата к изготовлению obturator или к уранопластике;
- активизацию нёбно-глоточного смыкания после накладывания obturator или растормаживание мягкого нёба после операции;
- устранение носового оттенка голоса, коррекцию звукопроизношения;
- полную автоматизацию новых навыков.

На первом этапе большое внимание отводится массажу мягкого нёба. Для этого используется логопедический зонд для звука [с]. Логопед осторожно водит его по твердому нёбу вперед-назад. Массаж длится около 2 минут и проводится 2 раза в день на протяжении года. [15]

Дополнительно ведутся занятия по активизации мягкого нёба. Это особая гимнастика для нёба, в которую входят такие упражнения, как глотание воды маленькими порциями, которое вызывает наибольшее поднятие мягкого нёба; полоскание горла теплой водой маленькими порциями; произвольные покашливания; утрированное произнесение

гласных звуков. Эти упражнения могут быть полезны как в дооперационный, так и в послеоперационный период.

Работа над дыханием проводится с использованием следующих упражнений: вдох и выдох носом; вдох носом, а выдох через рот; вдох ртом, а выдох через нос; вдох и выдох через рот.

Ребенка нужно постоянно контролировать, т.к. ему еще трудно ощущать, как воздух проходит через нос. Можно приближать к носовым ходам вату или полоски бумаги, чтобы ребенок видел, что через нос идет воздух, и из-за этого вата или бумага отклоняются.

Одновременно и дополнительно проводятся упражнения и занятия по развитию речевой моторики. Проводится гимнастика для губ, щек, языка.

В гимнастике для губ и щек можно использовать следующие упражнения: надувание щек попеременно или вместе, втягивание щек, «Улыбка», «Хоботок», поднятие и опускание верхней губы, вибрация губ, удерживание предмета губами и др. [16]

Гимнастика языка предусматривает такие же упражнения, как при дислалии: «Лопаточка», «Иголочка», «Горка», и другие.

Затем проводятся голосовые упражнения с гласными звуками. Сначала гласные произносятся беззвучно, а затем нужно переходить к их громкому произнесению.

Сначала используются гласные «а», «у», «о», «э». Вначале ребенок произносит на одном выдохе по одной гласной, затем постепенно увеличивает их количество. В последующем эти гласные произносятся по два и три: «ау», «ао», «аоэ». При этих упражнениях необходимо постоянно следить за направлением воздушной струи. Иногда логопед может зажимать нос ребенку для более четкого произнесения звука.

Из согласных звуков первым ставится [ф], который произносится вначале изолированно, затем в обратных слогах, затем в прямых слогах. После этого происходит постановка звука [п], затем звука [т]. При постановке звука [т] главное обратить внимание ребенка на осуществление правильного ротового выдоха, во время которого кончик языка прижимается к верхним зубам. Звук [к] можно поставить по подражанию или механическим путем от звука [т].

Все упражнения повторяют и в послеоперационный период. Дополнительно применяют массаж, развивают подвижность мягкого нёба.

Длительные, систематические занятия подготавливают ребенка к операции и уменьшают длительность и сложность периода послеоперационной коррекции.

Репина З.А. раскрывает особенности овладения процессом письма школьниками, имеющими врожденную расщелину губы и нёба, приводит методику устранения нарушений письма у детей с данной аномалией развития. [36]

Овладение письмом тесно связано с развитием умения расчленять звуковой поток речи на отдельные фонемы. Поэтому коррекционное обучение на данном этапе предусматривает тесную взаимосвязь между формированием произношения и развитием звукового анализа. При этом коррекции произношения и голоса отводится больше времени, нежели звуковому анализу. Анализ и синтез звукового состава слова становятся доступными ребенку лишь с помощью упражнений по уточнению акустико-артикуляционных признаков звука и исправлению его произношения. Все перечисленные задачи коррекционного обучения объединяет то, что они подготавливают необходимые условия не только для продуцирования звука, но и для его познания, которое лежит в основе овладения процессом письма.

Начальный этап коррекции произношения — создание условий для упорядочения фонетической стороны речи. Поскольку основной причиной дефектов произношения является неправильное развитие и функционирование органов речи, вызванное нарушением анатомической целостности нёба, коррекционное обучение начинается с нормализации артикуляционного праксиса. Артикуляционные упражнения, широко применяемые на данном этапе, улучшают кинестетический анализ, играющий важную роль в формировании фонематических представлений.

Логопедическая работа по развитию артикуляционного праксиса предусматривает систему упражнений для стимуляции движений нижней челюсти, губ, языка, мягкого нёба и глотки.

У детей с врожденным расщеплением губы и нёба отсутствует нёбно-глоточное смыкание, что мешает развитию нормальной функции речевого дыхания с момента рождения ребенка. Выдыхаемая струя воздуха, выходя одновременно через нос и рот, быстро ослабевает, воздух в полости рта не имеет давления, необходимого для образования различных артикуляторных смычек, что становится одной из причин тяжелого нарушения звукопроизношения — звуки речи приобретают назальный оттенок. [36]

Начинать работу по коррекции дыхания, ввиду значительной утечки воздуха в процессе речи через нос, рекомендуется с выработки навыка направления воздушной струи через рот, чтобы обеспечить достаточное внутриротовое давление воздуха для образования согласных фонем. В первые месяцы обучения практикуют разнообразные игровые дыхательные упражнения, не связанные с речью. Цель упражнений — научить детей осуществлять глубокий вдох с последующим достаточно сильным, длительным и экономным выдохом.

Фонематическое оформление речи учащихся с расщеплением губы и нёба, как было показано выше, характеризуется искажением гласных и согласных звуков по всем дифференциальным признакам, что ведет к смешению их в восприятии, к значительным затруднениям фонематического анализа и синтеза, нарушениям чтения и письма. В связи с этим логопедическое воздействие предусматривает два взаимосвязанных направления работы: коррекцию произношения и голоса; развитие фонематического слуха и восприятия.

Коррекция фонетической стороны речи основывается на ведущих дидактических принципах: научности, системности и последовательности, доступности, прочности, сознательности и активности, учета возрастных и индивидуальных особенностей, развития в обучении, наглядности. Наряду с ведущими дидактическими принципами выдвигаются и специфические, вытекающие из особенностей нарушения.

Наблюдения за детьми, страдающими ринолалией, в процессе их обучения и анализ этих наблюдений свидетельствуют, что степень сформированности фонематического слуха и письма у учащихся с врожденным расщеплением губы и нёба находится в тесной зависимости от тяжести первичного дефекта (артикуляции). Однако опыт показывает, что связь между отклонениями в письме и дефектами артикуляции имеет разнообразное индивидуальное выражение.

1. Зависимость состояния письма от особенностей деятельности учащихся. Степень сформированности письма учащихся во многом обусловлена индивидуальными особенностями и способностями ребенка. В связи с этим Р. Е. Левина отмечает: «Не существует нарушения самого по себе, оно всегда предполагает личность и психику конкретного индивидуума со всеми присущими ему особенностями. Без знания этих особенностей невозможно правильное понимание индивидуального своеобразия в проявлениях дефекта». [36]

2. Влияние преддошкольного и дошкольного обучения и воспитания на уровень развития устной и письменной речи учащихся. Уровень сформированности устной и письменной речи учащихся с дефектами артикуляционного аппарата во многом зависит от условий преддошкольного и дошкольного обучения и воспитания. В тех случаях, когда лица, окружающие ребенка; с раннего возраста начинают логопедическое обучение, отмечается хорошая динамика коррекционного обучения.

Корректируя недостатки устной и письменной речи детей - ринолаликов, необходимо учитывать факторы, обуславливающие индивидуальный характер их речевого развития.

Таким образом, существуют разные методики коррекции нарушений письменной речи у младших школьников с ринолалией в послеоперационный период, но мы остановились на методике З.А. Репиной. В изучении закономерностей возникновения нарушений письма она опиралась на принцип системного подхода к рассмотрению речевой патологии.

Вывод по первой главе

В первой главе работы, проведя теоретический анализ клинико-психолого-педагогической и специальной литературы, мы рассмотрели одну из причин речевых патологий у детей, а именно ринолалию.

Ринолалия – это нарушение звукопроизношения и тембра голоса вследствие анатомо-физиологических дефектов речевого аппарата. Название произошло от греческих слов: «ринос» – нос, «лалио» – речь. Термин «ринолалия» в переводе с греческого означает «речь с носовым оттенком».

При ринолалии речь развивается с опозданием и имеет качественные особенности. Импрессивная речь развивается относительно нормально, а экспрессивная претерпевает некоторые качественные изменения.

Нарушения письма у школьников с врожденным расщеплением губы и нёба являются вторичными и обусловлены отклонениями в овладении фонематическими обобщениями, вызванными, в свою очередь, неполноценностью артикуляционного компонента. Обусловленность нарушений письма недостаточной готовностью звуковых обобщений подтверждается фонематическим недоразвитием их устной речи.

Логопедическая работа по устранению нарушений письменной речи у младших школьников с ринолалией в послеоперационный период носит дифференцированный характер, учитывающий механизм нарушения, его симптоматику, структуру дефекта, психологические особенности ребёнка.

ГЛАВА II. КОРРЕКЦИЯ ПИСЬМЕННОЙ РЕЧИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С РИНОЛАЛИЕЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД НА УРОКАХ РУССКОГО ЯЗЫКА

2.1 Анализ результатов изучения состояния письменной речи у младших школьников с ринолалией в послеоперационный период

Исследование по коррекции письменной речи у младших школьников с ринолалией в послеоперационный период на уроке русского языка проводилось на базе МБОУ «С(К)О школу – интернат № 11 для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (тяжелыми нарушениями речи) г. Челябинска. В исследовании принимали участие 2 ребёнка с сохранным интеллектом в возрасте 8 лет с диагнозом врожденная расщелина мягкого неба (частично твердого).

«Методика обследования письма младших школьников» О.Б. Иншаковой. Обследование навыков письма у учащихся начальных классов осуществляется с помощью выполнения следующих видов письменных работ: слухового диктанта, списывания с печатного и рукописного текстов, и проводится в каждой возрастной группе не менее двух раз в год. Обследование письма в конце первого года обучения и далее рекомендуется проводить фронтально, т. е. одновременно у всех учащихся в классе, или в небольших подгруппах детей, зачисленных на логопедический пункт. В этом случае экспериментальные условия будут одинаковыми для учащихся. [30]

Для изучения мы использовали методику «Изучение навыков письма учащихся 1-4 классов».

Методика предназначена для выявления у младших школьников специфических нарушений письма. Исследование навыков письма, полученных в процессе целенаправленного школьного обучения, осуществляется с помощью специально подобранных для этой процедуры материалов, в которых с каждым годом увеличивается количество многосложных слов и их длина, количество согласных и гласных букв в словах. Возрастает доля малочастотных слов, их структурная сложность, количество встречающихся в словах кластеров.

Среди контрольных текстов выбрали диктант «Кувшинки». Во время диктанта выделили критерии, специфические ошибки у детей с ринолалией на письме, такие как: [2]

- замены букв, соответствующих ротовым и носовым звукам;
- взаимозамещение букв, соответствующих носовым звукам;
- замена букв, гласные звуки (безударные, под ударением);
- гласные, обозначающие мягкость предшествующих согласных;
- с недостаточным различением твёрдых и мягких звуков связаны ошибки употребления букв *ы* и *и*;
- неправильное употребление мягкого знака;
- замен букв касается звонких и глухих звуков (замены звонких глухими; глухих звонкими; двусторонние замены букв);
- взаимозамещение букв, соответствующих свистящим звукам;
- замены букв, соответствующих свистящим и шипящим звукам;
- расщепление аффрикат;
- взаимозамещение букв, соответствующих звукам (*т, д, к, з, к*);
- смещениями букв, соответствующих звукам (*б, в, д, ф, т, н*).

В ходе анализа диктантов были получены следующие данные:

Таблица 1

Результаты исследования

№	Специфические ошибки на письме	Учащиеся с ринолалией	
		Антон	Дима
1.	Замены букв, соответствующих ротовым и носовым звукам	4 [п]-[н] [л]- [н] [д]- [н] [т]- [н]	2 [м]-[б] [б]-[м]
2.	Взаимозамещение букв, соответствующих носовым звукам	2 [м]-[н] [н]-[м]	1 [м]-[н]
3.	Замена букв, гласные звуки (безударные, под ударением)	2 [ы]-[е] [ы]-[у]	1 [а]-[о] [у]-[о]
4.	Гласные, обозначающие мягкость предшествующих	2 [ю]-[у] [ё]-[о]	1 [я]-[а]

	СОГЛАСНЫХ		
5.	С недостаточным различием твёрдых и мягких звуков связаны ошибки употребления букв <i>ы</i> и <i>и</i>	1 [ы]-[и]	1 [ы]-[и]
6.	Неправильное употребление мягкого знака	1 ехат – ехатЬ	3 трещат – трещатЬ болшой – большой
7.	Замен букв касается звонких и глухих звуков -замены звонких глухими; -глухих звонкими; -двусторонние замены букв.	2 [д]-[т]	2 [б]-[п] [с]-[з]
8.	Взаимозамещение букв, соответствующих свистящим звукам	1 [ц]-[с]	2 [ц]-[с]

9.	Замены букв, соответствующих свистящим и шипящим звукам:	2 [щ]-[с] [з]-[ж]	1 [ж]-[с]
10.	Расщепление аффрикат	3 [ц]-[т] [ч]-[т]	2 [ц]-[т] [ц]-[с]
11.	Взаимозамещение букв, соответствующих звукам <i>т, д, к, з, к:</i>	2 [т]-[к] [к]-[т]	1 [г]-[д]
12.	Смещениями букв, соответствующих звукам <i>б, в, д, ф, т, п:</i>	3 [в]-[б] [в]-[д] [б]-[в]	3 [б]-[п] [б]-[д]

Таким образом, в результате исследования состояния письменной речи у младших школьников с ринолалией в послеоперационный период, мы пришли к выводу, что каждому ребёнку требуется определить коррекционную направленность по исправлению нарушений письменной речи на уроке русского языка.

2.2 Коррекционная направленность уроков русского языка для младших школьников с ринолалией в послеоперационный период

По результатам изучения состояния письменной речи у младших школьников с ринолалией в послеоперационный период, мы пришли к выводу о необходимости определить коррекционную направленность уроков русского языка для младших школьников с ринолалией в послеоперационный период.

Коррекция и формирование речи у детей с тяжелыми нарушениями речи осуществляется в условиях школьного обучения и воспитания. Учащиеся специальной и общеобразовательной школы изучают язык как предмет, следовательно, система работы должна параллельно реализовывать образовательно-воспитательные задачи. Исходными положениями являются необходимость четкого разграничения понятий «язык» и «речь» и соответствующая дифференциация подходов к решению задач речевого развития и изучения учащимися языковой системы.

Главное назначение или функция - служить средством общения людей. Язык неразрывно связан с сознанием людей, мышлением. Он служит средством формирования и выражения мыслей. Речь - это способность говорить, выражать словами мысль. Понятия «язык» и «речь» взаимосвязаны. [3]

Почти у всех учащихся с тяжелыми нарушениями речи наблюдается бедный словарь, в первую очередь бедность лексики, связанной с обозначением признаков и свойств предметов и действий, неуверенное или ошибочное использование требуемых грамматических форм, прежде всего падежных и глагольных. Для устной и письменной речи характерно неточное употребление слов и словоформ, отсутствие или незначительное количество определений, т. е. таких синтаксических образований, которые облегчают понимание основной мысли текста и его общего содержания.

На уровне слова встречаются те или иные отклонения от нормы, затрудняющие правильное и однозначное понимание продуцируемого высказывания. Эти отклонения выражаются в значительных фонетических искажениях слов, в подменах одного понятия другим, в неправильном использовании многозначных слов. Для учащихся с ТНР характерны нарушения связи в речевой цепи, синтаксические отклонения на уровне словосочетания, предложения или текста. Значительное место занимают ошибки в согласовании и управлении, нарушения структуры предложения. Особенности речевого развития определяют необходимость выделения специальных направлений в работе со школьниками по уточнению, а иногда и по формированию речевых навыков и умений.

Для учащихся, не владеющих системными отношениями языка, теми лексическими и грамматическими обобщениями, которые лежат в основе нормальной речевой деятельности, при переходе к изучению систематического курса грамматики, и прежде всего морфологии, важно осуществлять корреляцию теоретических знаний с практическими умениями и навыками. [3]

Разработка для указанной категории учащихся системы упражнений, имеющих коррекционную направленность, должна опираться на ряд принципиальных положений.

1. Необходимо исходить из того, что задача курса грамматики состоит не только в овладении грамматическими знаниями, навыками и умениями грамматического разбора, но и в обеспечении практического владения словесной речью. Системный характер языка требует не изучения изолированных фактов, а усвоения языковых явлений в их взаимосвязи.

2. Программные темы рассматриваются как звенья одной цепи. Следует видеть их место во всей системе обучения языку, слово должно усваиваться в единстве значения, формы и функции.

Такой функционально-семантический подход к языковому материалу предполагает:

во-первых, овладение семантическими категориями, прежде всего частями речи: именем существительным, именем прилагательным, глаголом и др. В этих целях важными являются выделение семантических разрядов внутри каждой категории, дифференциация и группировка слов по их общему значению;

во-вторых, овладение теми функциями, которые реализует каждая часть речи в предложении, в тексте. Языковой материал тесно связывается с использованием речевых ситуаций, с подбором коммуникативно направленных речевых заданий.

3. Задачи коррекции и развития умений и навыков грамматически правильной речи решаются на практической основе. Это очень важно, так как благодаря усвоенным знаниям при изучении грамматики, учащиеся получают возможность осознанно строить (и контролировать) свою речь. Знания практически переносятся на продуцируемую речь, способствуют формированию, уточнению, упорядочению, в конечном счете, коррекции речевых навыков и умений с последующей их автоматизацией. [19]

Практическая направленность в обучении языку предполагает такую организацию речевого материала и его преподнесение, при которой главной и первичной была бы работа над семантикой, над значением независимо от того, это касается лексики или грамматических структур. Уточнение и обобщение словаря - первоочередная задача, но она выполняется на синтаксической основе - в процессе построения словосочетаний и предложений, диалогов и текстов. По каждому разделу

программы предлагается значительное количество заданий синтетического, творческого характера. Аналитические упражнения подбираются так, чтобы сблизить анализ языкового материала со способами его применения в высказываниях. [19]

Задания должны разбиваться на блоки в зависимости от тех практических умений, которые формируются, и выполняются в определенной последовательности: от простых, подготовительных к более сложным.

4. При использовании дидактических материалов по основным разделам морфологии соблюдается такая закономерность: формирование, уточнение, упорядочение речевых навыков и умений происходит в определенной последовательности: от первоначального выделения, различения и понимания речевого материала к его использованию, употреблению в различных контекстах с разными коммуникативными задачами. Целенаправленное наблюдение, распознавание языковых единиц служит основой для последующих грамматических обобщений, их переноса на однотипные грамматические явления. При этом практическое овладение речевыми умениями осуществляется на основе анализа и синтеза языкового материала.

5. Основная цель работы с материалом - реализация и поощрение самостоятельности в процессе выполнения заданий. Этому способствует значительное количество вариантов упражнений, позволяющих учителю сделать выбор в зависимости от стоящих задач и уровня овладения речью данного ученика. В большинстве упражнений могут быть даны опорные слова и созданы оптимальные условия для поиска правильного решения. Схемы и таблицы обеспечивают анализ, выделение языкового материала по нужным смысловым признакам.

6. Для учащихся с ТНР, могут отсутствовать задания, направленные на формирование орфографических и пунктуационных навыков, упражнения по усвоению норм литературного языка (иные методисты так не считают, И. М. Гилевич, 1987 г.).

Все выше указанные задачи достаточно полно решаются в учебниках русского языка для учащихся с нормальным речевым развитием. Вместе с тем учебники по русскому языку для 5-7 классов составлены с ориентацией на то, что практическое овладение речью завершается уже в начальной школе. В них предусмотрены задания, направленные на уточнение, коррекцию и формирование речевых навыков и умений. Задания ориентированы больше на выполнение языковых упражнений, предполагающих анализ данного материала. Для решения задач по уточнению или формированию речевых навыков и умений важны задания, связанные с передачей определенных смысловых отношений, оформлением их в словосочетания и предложения, с последующим использованием в более широком контексте.

В методической литературе по обучению языкам такие задания квалифицируются как речевые, синтетические, творческие. К этому же типу относятся и задания, несущие ту или иную коммуникативную нагрузку. Они опираются на наглядную (воображаемую) ситуацию, которая создает потребность в общении, в постановке вопроса и получении ответа, в уточнении информации, в выражении своего отношения к ней. Этому могут способствовать диалоги, в которых участвуют два или более собеседника (диалоги на заданную тему, с опорой на образец, на опорные слова). [49]

В процессе выполнения таких коммуникативных заданий, учащиеся усваивают значения изучаемых морфологических моделей на определенной синтаксической основе, данной в диалогической форме. По мнению авторов (А. Г. Зикеева, К. Г. Коровина), должна соблюдаться

определенная последовательность заданий по каждой теме: вначале работы задания носят аналитический характер, выполнение связывается с выделением, распознаванием категорий речи в тексте, с группировкой этих слов по общим семантическим признакам, с возможным словообразовательным анализом, с обобщением отдельных групп по общему значению, с составлением словосочетаний по образцам, схемам, таблицам, облегчающим использование требуемых словоформ. Это в основном языковые упражнения аналитико-синтетического характера.

В значительном количестве используются речевые упражнения, связанные с выделением содержательных и стилистических особенностей, а также коммуникативные упражнения, представленные в заданиях с диалогами (работа парами).

В связи с изучением на уроках русского языка грамматических тем «Лексика», «Состав слова и словообразование» и тем, связанных с изучением частей речи, выделяют четыре направления работы, выполняющие основную коррекционную нагрузку:

-уточнение и практическое использование словоформ в связи с выражением смысловых отношений (понимание и практическое употребление падежной системы имен существительных и прилагательных, а также видовременных форм глаголов, причастий и деепричастий);

-уточнение и расширение лексического запаса, что включает работу над составом слова и словообразованием, над пониманием тех значений, которые приносятся приставками и суффиксами; работа с многозначными словами, в том числе со словами, имеющими отвлеченное или переносное значение;

- в лексическом составе речи учащихся важно сопоставление уже известного с неизвестным, обучение переносу значения и осмыслению

нового значения в иных контекстах; текст является важным средством по уточнению и расширению словарного запаса, средством формирования структурных элементов языка более высокого уровня (словосочетаний, предложений). [41]

При изучении грамматических тем по морфологии создаются условия для коррекции тех отклонений в речевом развитии, которые имеются еще у учащихся при переходе их наследующую после начального образования ступень обучения. Изучение частей речи в единстве лексических и грамматических значений слова является, с одной стороны, основой для словарно-семантической работы для коррекции, уточнения, обогащения словаря учащихся, с другой - условием для овладения грамматически правильной речью, для уточнения и коррекции продуцируемых ими синтаксических структур.

Усвоение содержания грамматических понятий и категорий проходит в тесной связи с обогащением лексики, с продолжением работы по практическому овладению грамматическими структурами. Этап практической грамматики и элементарный курс грамматики, изучаемый в начальных классах специальной общеобразовательной школы, подводит учащихся к изучению систематического курса русского языка. [7]

Речевой материал игры «Угадай где»

Учитель:

- Что будем делать?

- В какую игру?

- Кто будет водить?

(Вова, выйди из комнаты.)

- Что спрятать?

- Куда спрятать (положить)?

(Вова, войди в класс!)

- Что спрятали?

- Ищи!

- Где лежит?

- Что мы делаем?

- Во что?

- Кто водил?

Дети:

- Будем играть.

- В игру «"Угадай где».

- Я, Вова, ...

- Мяч, палочку,

- Под парту. В парту. Под шкаф.

- Мяч (палочку)...

- Я нашел. Я не могу найти.

- Под партой. В шкафу...

- Играем.

- В игру «"Угадай где,»).

- Вова ...

- Я... и т. д.

Аналогично может быть организована речевая деятельность на материале игр «Продуктовый магазин», «Аптека», «Что упало?»,

«Магазин», «Рынок», «Автобус» и др. Речевой материал каждой игры варьируется в зависимости от приобретенных ранее навыков. Ролевая игра «Продуктовый магазин» может быть проведена в классе во внеурочное время или на уроке развития речи.

Спрашивай и отвечай (подготовка к игре, распределение ролей)

- В какую игру будем играть?

- Кто будет продавец (кассир)?

- Где будет касса?

- Где будет прилавок?

- Какие продукты будем продавать и покупать?

- Будем играть в магазин. В продуктовый магазин. - Я буду продавец (покупатель, мама).

- Там.

- Здесь.

- Печенье. Конфеты. Баранки и др.

Разговор «Дома»

- Что купить? Сколько?

- Дай, пожалуйста, деньги и сумку.

Разговор «В магазине»

- У вас есть конфеты (печенье)? - Сколько стоит?

- Получите... рублей. - Возьмите чек, сдачу.

- Дайте, пожалуйста, печенье. - Пожалуйста. Спасибо.

По ходу игры используются словосочетания числительных с существительными.

Спрашивай - отвечай (подведение итогов игры)

- Куда ходил? - В магазин.

- За чем? - За булочками.

- Сколько булочек купил? - Две.

- Сколько потратил? - ... рублей

Таким образом, усвоение содержания грамматических понятий и категорий проходит в тесной связи с обогащением лексики, с продолжением работы по практическому овладению грамматическими структурами. Этап практической грамматики и элементарный курс грамматики, изучаемый в начальных классах специальной общеобразовательной школы, подводит учащихся к изучению систематического курса русского языка.

Вывод по второй главе

Исследование письменной речи детей проводилось по методике О.Б. Иншаковой.

Данная методика предназначена для выявления нарушений письма у детей с первого по четвёртый класс. Испытуемым предлагается ряд письменных заданий: диктант, списывание с печатного текста и списывание с рукописного текста. Мы выбрали диктант.

Исследование по коррекции письменной речи у младших школьников с ринолалией в послеоперационный период на уроке русского языка проводилось на базе МБОУ «С(К)О школа – интернат № 11 для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (тяжелыми нарушениями речи) г. Челябинска. В исследовании принимали участие 2 ребёнка с сохранным интеллектом в возрасте 8 лет.

В ходе исследования выяснилось, что нарушения письменной речи присутствует у каждого учащегося. Все дети имеют свою степень выраженности нарушения.

По результатам исследования письменной речи мы пришли к выводу о необходимости определения коррекционной направленности на уроках русского языка для детей младшего школьного возраста с ринолалией в послеоперационный период.

Заключение

В последнее время произошёл значительный рост количества младших школьников с нарушениями письма.

Коррекция письменной речи – это актуальная проблема на сегодняшний день. Одним из приоритетных направлений деятельности учителя- логопеда в условиях школьного учреждения является исправление нарушений письма.

В отечественной логопедии традиционно принято рассматривать процесс формирования письма в рамках единого процесса языкового развития ребенка.

Такие авторы как И.Н. Садовникова, А.Ф. Спирина, А.В. Ястребова посвятили ряд работ, направленных на коррекцию нарушений письма учащихся общеобразовательных школ. А.Н. Корнев, О.Б. Иншакова, Р.Е. Левина в отдельных исследованиях представили анализ некоторых механизмов нарушения письма. Но, не смотря на вышеперечисленные достижения отечественных ученых, многие теоретические вопросы, связанные с трудностями обучения письму, остаются малоизученными.

Развитие процесса письма находится в тесной взаимосвязи со степенью сформированности всех сторон устной речи, таких как: звукопроизношение, фонематическое восприятие, лексико-грамматический стороны речи, связная речь. Поэтому в основе развития нарушений письменной речи могут лежать как органические, так и функциональные причины.

На основе вышесказанного, можно констатировать, что ринолалия представляет собой серьезное препятствие на пути к овладению навыками

письма и является риск-фактором развития нарушений письменной речи у детей младшего школьного возраста.

Таким образом, коррекция письменной речи у детей младшего школьного возраста с ринолалией в послеоперационный этап является важнейшим направлением работы учителя- логопеда не только на логопедических занятиях, но и на уроках русского языка.

В первой главе квалификационной работы нами была проанализирована клинико-психолого-педагогическая и специальная литература по проблеме исследования, включающая в себя статьи и учебники, описывающие понятие ринолалия, особенности письменной речи у младших школьников с ринолалией; расписаны теоретические аспекты и раскрыты ключевые понятия исследования.

Нарушения письма у детей с ринолалией в послеоперационный этап изучаются давно, но до настоящего времени этот вопрос остаётся одной из актуальных проблем логопедии.

Нарушение письменной речи является распространённым речевым расстройством у учащихся младших классов. Логопедическая работа по устранению письменной речи у младших школьников с ринолалией в послеоперационный этап носит дифференцированный характер, который учитывает механизм нарушения, его симптоматику, структуру дефекта, а также психологические особенности ребёнка.

В ходе второй главы нами был проведён анализ результатов исследования состояния письменной речи у младших школьников с ринолалией в послеоперационный период.

Исследование письменной речи детей проводилось по методике О.Б. Иншаковой. Испытуемым предлагалось письменное задание: диктант.

Исследование проводилось на базе МБОУ «С(К)О школа – интернат № 11 для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (тяжелыми нарушениями речи) г. Челябинска. В исследовании принимали участие 2 ребёнка с сохранным интеллектом в возрасте 8 лет с диагнозом врожденная расщелина мягкого неба (частично твердого).

В ходе исследования выяснилось, что нарушение письменной речи присутствует у каждого учащегося. Степень выраженности нарушения индивидуальна.

Таким образом, с каждым ребёнком из экспериментальной группы необходимо провести целенаправленную коррекционную работу по устранению нарушений письменной речи.

Кроме того, во второй главе нами была определена коррекционная направленность уроков русского языка для детей младшего школьного возраста с ринолалией в послеоперационный период.

При правильно подобранной программе коррекции письменной речи дети младшего школьного возраста с ринолалией в послеоперационный период имеют хороший прогноз в дальнейшем обучении письму.

В результате выполнения квалификационной работы цель была достигнута, задачи выполнены.

Список литературы

1. Ахутина, Т. В. Нейропсихологический подход к изучению трудностей письма и чтения [Текст] / Т. В. Ахутина. – М., 2006.
2. Ахутина, Т. В. Трудности письма и их нейропсихологическая диагностика. Письмо и чтение: трудности обучения и коррекция: учеб. пособие [Текст] / под ред. О. Б. Иншаковой. – М., 2001.
3. Алмазова, А. А. Русский язык в школе для детей с тяжелыми нарушениями Р89 речи : учеб. пособие для студентов сред. спец. и высш. учеб. заведений, обучающихся по специальности «Логопедия» [Текст] / под ред. А.А. Алмазовой, В.И. Селиверстова. — М. : Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2010. — 374 с. — (Коррекционная педагогика).
4. Барылкина, Л. П. Эти трудные согласные: как помочь ребенку с нарушениями чтения и письма: учеб. пособие [Текст] / Л. П. Барылкина, И. П. Матраева, Л. А. Обухова. – М. : 5 за знания, 2005. – 128 с.
5. Большакова, С.Е. Речевые нарушения и их преодоления [Текст] / С. Е. Большакова. – М. : Сфера, 2005. – 125 с.
6. Вансовская, Л. И. «Устранение нарушений речи при врожденных расщелинах неба» [Текст] / Л. И. Вансовская. – СПб. : Гиппократ, 2000г.
7. Визель, Т. Г. Логопедические упражнения на каждый день для выработки четкой речи [Текст] / Т. Г. Визель. – М., 2005. – 16 с.
8. Волкова, Л. С. Логопедия: учеб. пособие [Текст] / Л. С. Волкова, Р. И. Лалаева, Е. М. Мастюкова. – М. : Просвещение; Владос, 1995.

9. Волосовец, Т. В. Воспитание и развитие речи детей с врожденными расщелинами губы и неба [Текст] / Т. В. Волосовец, В. Е. Агаева // Под ред. проф. Дьяковой С.В. Методические рекомендации для родителей. – М., 2001.

10. Воронцова, Т.Н. Методы исследования лиц, страдающих ринолалией на почве врождённых расщелин губы и нёба [Текст] / Т. Н. Воронцова. – Л., 1981. – 447 с.

11. Вильсон, Д.К. «Нарушение голоса у детей» [Текст] / Д. К. Вильсон. – М., 1990г.

12. Городилова, В. И. Устранение недостатков произношения при ринолалии [Текст] / В.И. Городилова, Н. И. Кузьмина. – М.: Учпедиз, 1961. –334 с.

13. Ефименкова, Л. Н. Коррекция устной и письменной речи учащихся начальных классов [Текст] / Л. Н. Ефименкова. – М. : ВЛАДОС, 2001.

14. Ефименкова, Л. Н. Коррекция устной и письменной речи учащихся начальных классов: учеб. пособие [Текст]. – М. : Просвещение, 1991.

15. Ермакова, И. И. Коррекция речи при ринолалии у детей и подростков [Текст] / И. И. Ермакова. – М., 1984.

16. Ермакова, И.И. Коррекция речи и голоса у детей и подростков: Кн. для логопеда. 2-е изд., перераб. [Текст] / И. И. Ермакова. – М.: Просвещение: АО «Учеб. лит.», 1996. – 143 с.

17. Иншакова, О. Б. Проблемные вопросы изучения нарушений письма у младших школьников общеобразовательных школ. Практическая психология и логопедия [Текст] / О. Б. Иншакова, А. Г. Иншакова. – М. : Астрель, 2003.

18. Ипполитова, А.Г. Открытая ринолалия: Учеб. пособие для студентов дефектол.фак.пед.ин-тов [Текст] / Под ред. О.Н. Усановой. – М.: Просвещение, 1983. – 440 с.
19. Кривовязова, Н. Д. Обучение русскому языку детей с тяжелыми нарушениями речи: учеб. пособие для студентов [Текст] / Н. Д. Кривовязова. – Минск: Зорны верасень, 2007. – 215 с.
20. Корнев, А. Н. Нарушения чтения и письма у детей: Учебно-методическое пособие [Текст] / А. Н. Корнев. – СПб. : МиМ, 1997. – 286 с.
21. Каше, Г. А. Предупреждение нарушений чтения и письма у детей с недостатками произношения [Текст] / Под ред. Р. Е. Левиной. – М., 1965
22. Лалаева, Р. И. Нарушения чтения и пути их коррекции у младших школьников [Текст] / Р. И. Лалаева. – СПб., 1998.
23. Лалаева, Р. И. Дифференциальная диагностика и коррекция нарушений чтения и письма у младших школьников Учебно-методич. пособие [Текст] / Р. И. Лалаева, Л. В. Венедиктова. – СПб., 2001.
24. Логопедия в школе: учеб. пособие [Текст] / под ред. В. С. Кукушкин. – Ростов н/Д. : МАРТ, 2004. – 367 с.
25. Логопедия [Текст] / сост. Л. С. Волкова, Т. В. Туманова, Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина; под. общ. ред. Л. С. Волковой. – 5-е изд., испр. и доп. – М. : ВЛАДОС, 2003. – 479 с.
26. Логопедия [Текст] / под. ред. Л. С. Волковой. – 4-е изд., испр. и доп. – М. : ВЛАДОС, 2007.
27. Лурия, А. Р. Очерки психофизиологии письма [Текст] / А. Р. Лурия. – М. : АПН РСФСР, 1950.
28. Лурия, А. Р. Письмо и речь: нейролингвистические исследования [Текст] / А. Р. Лурия. – М., 2002.

29. Лурия, А. Р. Письмо и речь: нейролингвистические исследования [Текст] / А. Р. Лурия. – М., 2002.
30. Нейропсихологическая диагностика, обследование письма и чтения младших школьников [Текст] / под ред. Т. В. Ахутиной, О. Б. Иншаковой. – М. : Сфера, 2008.
31. Поваляева, М. А. Справочник логопеда [Текст] / М.А. Поваляева. – Изд. 6-е. – Ростов н/Д : Феникс, 2006.
32. Правдаина, О. В. Логопедия. / Учеб. пособие для студентов дефектолог. фак-тов пед. ин-тов. Изд. 2-е, доп. и перераб. [Текст] / О. В. Правдаина. – М.: "Просвещение", 1973. –272 с.
33. Парамонова, Л. Г. Говори и пиши правильно [Текст] / Л. Г. Парамонова. – СПб., 1996.
34. Парамонова, Л. Г. Предупреждение и устранение дисграфии у детей [Текст] / Л. Г. Парамонова. – СПб., 2001.
35. Письмо и чтение: трудности обучения и коррекция [Текст] / под общ. ред. О. Б. Иншаковой. – М. : МОДЭК, 2001.
36. Репина, З. А. Нарушения письма у школьников с ринолалией: Учебное пособие к спецкурсу. [Текст] / З. А. Репина. – Свердловск: Свердл. пед. ин-т., 1988. – 80 с.
37. Садовникова, И. Н. Нарушения письменной речи и их преодоление у младших школьников [Текст] / И. Н. Садовникова. – М. : ВЛАДОС, 1997.
38. Садовникова, И. Н. Нарушения письменной речи у младших школьников [Текст] / И. Н. Садовникова. – М. : Просвещение, 1983.

39. Соломатина, Г. И. Развитие фонематического восприятия у детей с врожденными расщелинами неба [Текст] / Г.И. Соломатина. – Логопед., 2005. – 40-48 с.
40. Соломатина, Г. И. Устранение открытой ринолалии у детей: методы обследования и коррекции [Текст] / Г.И. Соломатина. – М., 2005.
41. Ткаченко, Т. А. В первый класс - без дефектов речи [Текст] / Т. А. Ткаченко. – СПб., 1999.
42. Фомичёва, М. Ф. Воспитание у детей правильного произношения [Текст] / М. Ф. Фомичёва. – Воронеж, 1997.
43. Филичева, Т. Б. Основы логопедии: Учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. «Педагогика и психология (дошк.)» [Текст] / Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина. – М.: Просвещение, 1989. – 223 с.
44. Фотекова, Т. А. Диагностика речевых нарушений с использованием нейропсихологических методов: учеб. пособие [Текст] / Т. А. Фотекова, Т. В. Ахутина. – М. : АРКТИ, 2002.
45. Чиркина, Г. В. Основы логопедической работы с детьми: Учеб. пособие для логопедов, воспитателей детских садов, учителей начальных классов, студентов пед. Училищ [Текст] / Под общ. ред. д. п. н., проф. Г. В. Чиркиной. – 2-е изд., испр. – М.: АРКТИ, – 240 с.
46. Чиркина Г.В. Нарушения речи при ринолалии и пути их коррекции [Текст] / Г. В. Чиркина. – Дефектология. 2013. – 3-22 с.
47. Цветкова, Л. С. Методика диагностического нейропсихологического обследования детей [Текст] / Л. С. Цветкова. – М., 1998.
48. Шашкина, Г. Р. Логопедическая работа с дошкольниками: учеб. пособие [Текст] / Г. Р. Шашкина, Л. П. Зернова, И. А. Зимина. – М. : Академия, 2003. – 239 с.

49. Ястребова, А. В. Коррекция нарушений речи у учащихся общеобразовательной школы [Текст] / А. В. Ястребова. – М., 1984.

50. Ястребова, А. В. Учителю о детях с недостатками речи [Текст] / А. В. Ястребова, Л. Ф. Спирина, Т. П. Бессонова. – М., 1996.