

ОРДЕНА «ЗНАК ПОЧЕТА»
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ДЕФЕКТОЛОГИИ АКАДЕМИИ
ПЕДАГОГИЧЕСКИХ НАУК СССР

На правах рукописи
УДК: 371.927

ЧИРКИНА ГАЛИНА ВАСИЛЬЕВНА

НАРУШЕНИЯ РЕЧИ ПРИ РИНОЛАЛИИ И ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ

(13.00.03 — специальная педагогика)

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
доктора педагогических наук
Москва — 1987

Работа выполнена в ордена «Знак Почета» Научно-исследовательском институте дефектологии АПН СССР

Официальные оппоненты:

доктор педагогических наук, старший научный сотрудник КУЗЬМИЧЕВА Е. П.

доктор педагогических наук, профессор ВОЛКОВА Л. С.

доктор психологических наук, профессор МАРКОВА А. К.

Ведущая организация — Московский государственный заочный педагогический институт

Ученый секретарь специализированного совета кандидат психологических наук
БЕЛЯКОВА И. В.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Решение актуальной задачи совершенствования системы обучения и воспитания детей с речевой патологией тесным образом связано с нахождением оптимальных условий для преодоления, коррекции и компенсации имеющихся отклонений в развитии ребенка. Необходим углубленный анализ природы речевого дефекта, определение механизма и структуры недоразвития речи, дифференциация его различных форм.

В Научно-исследовательском институте дефектологии АПН СССР проводится широкое изучение проблем, направленных на совершенствование дидактической системы обучения и воспитания детей с нарушениями речи. В 60-е годы под руководством профессора Р.Е. Левиной были сформированы новые представления о принципах анализа и типологии аномального развития речи, о способах его преодоления и предупреждения. В качестве ведущих признаков, дифференцирующих различные виды речевых нарушений, стали выделяться проявления, значимые для разработки коррекционного педагогического воздействия.

Принцип системного подхода к изучению речевого развития был применен при исследовании детей с такими формами речевой патологии как алалия, заикание, дисграфия, дислексия и др.

Наименее изученной в указанном плане оказалась категория детей, страдающих тяжелой речевой патологией, обусловленной врожденным несращением нёба. Традиционно эта достаточно многочисленная категория детей с диагнозом "ринолалия" изучается логопедами и специалистами медицинского профиля со стороны первичного дефекта (назального тембра голоса и нарушений артикуляции звуков), тесно связанного с этиопатогенетическими факторами.

При более пристальном изучении контингента детей с врожденными расщелинами выявляются разнообразные речевые нарушения, которые могут быть отнесены к различным структурным уровням языка и в совокупности обуславливают недостаточное развитие не только коммуникативной, но и обобщающей и регулирующей функции речи. Тем не менее, до настоящего времени, несмотря на появление достаточно многочисленных работ, посвященных этому дефекту (в них рассматривается в логопедическом аспекте только фонетическая сторона речи), всестороннему изучению речевых процессов уделяется явно недостаточное внимание. В современной логопедической литературе открытая ринолалия относится на основе этиопатогенетического фактора к речевым нарушениям, обусловленным аномалией строения периферического речевого аппарата. Симптоматика нарушения, как известно, проявляется в совместном нарушении артикуляции звуков речи и тембра голоса. Именно с этих позиций рассматривается ринолалия в подавляющем большинстве работ, как отечественных, так и зарубежных. В соответствии с этим и приемы логопедической коррекции ориентированы на устранение гиперназальности и дефектов артикуляции, что очень существенно для этой категории детей, но далеко не исчерпывает всех возможных отклонений развития, обусловленных анатомо-физиологическим дефектом.

Цель нашего исследования состояла в разработке типологии детей с ринолалией и определении основ коррекционно-педагогического воздействия.

Исходя из этого, были поставлены следующие задачи:

1. Выявить и проанализировать проявления речевой недостаточности у детей с ринолалией на разных возрастных стадиях.
2. Разработать педагогическую типологию детей с ринолалией в зависимости от состояния их речевой деятельности.
3. На основе изучения структуры речевого дефекта определить направления и задачи дифференцированной коррекционной работы в соответствии с выделенными педагогическими параметрами.

Объектом исследования являлась одна из наиболее тяжелых категорий лиц с речевой патологией - дети с ринолалией, обусловленной врожденным несращением нёба различной степени тяжести. Основную массу испытуемых составляли дети дошкольного и школьного возраста, обучающиеся в специальных детских садах и школах для детей с тяжелыми нарушениями речи.

Предмет исследования — речевая деятельность детей с ринолалией в условиях обучения и воспитания в специальных логопедических учреждениях. Экспериментом было охвачено более 800 человек. Исследование базируется на выборочном обследовании состава специальных школ для детей с тяжелыми нарушениями речи; непосредственном изучении речи более 50 детей-ринолаликов школьного и дошкольного возраста; результатах экспериментального обучения; динамическом наблюдении за процессом коррекционного обучения; анализе письменных работ учащихся и школьной документации. Исследование проводилось в 1968-1985 гг.

Методика исследования. В основу различных аспектов методики было положено изучение речевой деятельности детей с ринолалией с позиций системного и структурно-онтогенетического подхода.

Использовались констатирующий и обучающий эксперименты (коллективные и индивидуальные) с детьми-ринолаликами старшего дошкольного, младшего и среднего школьного возраста; целенаправленное педагогическое наблюдение за процессом усвоения произношения и письма; анкетирование. Это позволило получить данные о развитии и формировании различных сторон речевой деятельности детей с ринолалией.

Научная новизна работы заключается в разработке теоретических оснований для построения коррекционного процесса, направленного на преодоление речевых нарушений у детей с ринолалией. В исследовании впервые подвергнуты разностороннему анализу и обсуждению различные аспекты речевой деятельности детей с ринолалией; получены данные, характеризующие динамику взаимодействия патогенных факторов, различных по природе, степени и времени воздействия; выявлены стадии аномального развития детей по совокупности специфических проявлений. С позиций системного подхода изучена структура речевой недостаточности при ринолалии, что позволило разработать педагогическую типологию дефекта и обосновать оптимальные для каждой категории пути коррекции. Разработаны основные направления коррекционного обучения детей с ринолалией в зависимости от уровня их речевого развития и специфики первичного дефекта. Изучение факторов, нарушающих речевое развитие детей с ринолалией, а также условий, способных их нейтрализовать, позволило обосновать методы предупредительного воздействия в специальном педагогическом процессе.

Практическая значимость работы. Результаты исследования были использованы в процессе составления учебно-методической документации специальной школы и детского сада для детей с нарушениями речи; при разработке проектов программы обучения и воспитания детей с фонетико-фонематическим недоразвитием речи (7-ой год жизни); программы обучения и воспитания детей с общим недоразвитием речи (6-го года жизни); регулярно освещались в лекциях на курсах повышения квалификации логопедов дошкольных и школьных учреждений г.Москвы, РСФСР и других союзных республик.

По данным исследования подготовлена монография (10 п.л.) "Коррекционное обучение детей с ринолалией"; глава "Ринолалия" в учебное пособие "Логопедия" для дефектологических факультетов; глава "Ринолалия у детей дошкольного возраста" в учебное пособие "Основы логопедии" для дошкольных факультетов педагогических ВУЗов.

Апробация результатов. Результаты исследования докладывались и получили одобрение на VI, VII, IX научных сессиях по дефектологии, на Всесоюзных педагогических чтениях (1970 г.), на II Международном конгрессе по небным расщелинам (г.Копенгаген, 1973), на 17 Международном конгрессе по логопедии и фонииатрии

(г.Копенгаген, 1977 г.), на XI Международном конгрессе фонетических наук (г.Таллин, 1987 г.) и других научных и научно-практических: конференциях, совещаниях.

Публикации - Содержание работы изложено в 28 публикациях: в монографии, главах учебного пособия до логопедии, методических письмах, тезисах.

Структура и объем работы. Диссертация состоит из введения, 4 глав, заключения, списка использованной литературы.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении к диссертации кратко излагается то новое, что вносит работа в исследование проблемы, и основные положения, выносимые на защиту. Отмечается, что в результате исследования разработан принципиально новый подход к изучению отклонений в формировании речи у детей с ринолалией, способствующий совершенствованию коррекционного обучения; определены пути формирования речи в процессе логопедического воздействия.

Глава I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ИССЛЕДОВАНИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С РИНОЛАЛИЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ НЁБА

В первой главе рассматривается круг вопросов, связанных с современным состоянием изучения детей с врожденными расщелинами нёба и организацией логопедической помощи в устранении речевых расстройств. Показано, что нарушения речи, обусловленные врожденным несращением губы и нёба, представляют серьезную проблему для разных областей медицины и дефектологии. Проанализированы многочисленные данные, характеризующие частоту и распространенность этой формы врожденной патологии в СССР (М.Д.Дубов, 1960; Л.Е.Фролова, 1967, 1968; И.П.Юренева, 1970; В.Я.Булатовская и соавт., 1971 и др.).

Обращено специальное внимание на целый ряд анатомических и функциональных нарушений, вызванных патологией челюстно-лицевой области и оказывающих серьезное влияние на становление и развитие произносительной стороны речи. Подчеркивается значимость организации диспансерного наблюдения и комплексного лечения детей с врожденными расщелинами губы и нёба и перспективы развития в стране специализированных центров (М.Д.Дубов, 1962; В.Я.Булатовская, 1958-1971; А.Э.Гуцан, 1980; Н.Н.Каспарова, 1981 и др.).

Рассматривается с различных точек зрения логопедический аспект проблемы ринолалии. При анализе литературных источников выделено несколько основных направлений изучения речевой недостаточности у детей данной категории. Наиболее многочисленными как в отечественной, так и в зарубежной литературе оказались работы, посвященные двум проблемам: гиперназализации и нарушениям артикуляции (Ф.А.Рау, 1931; Е.Ф.Рау, 1933; З.Г.Нелюбова, 1938; В.В.Куколь, 1941; А.Г.Ипполитова, 1955, 1983; Т.Н.Воронцова, 1966; Н.И.Сереброва, 1969; С.П.Танталова, 1961; И.И.Ермакова, 1983 и др.).

Длительный период (30-е - 70-е годы) исследования ведутся, главным образом, в плане изучения особенностей нарушения звукопроизношения и тембра голоса и поисков приемов коррекции этих специфических недостатков, значительно влияющих на внятность и звучность экспрессивной речи. Поиск эффективных приемов коррекции тесно увязывается с тщательным изучением особенностей функционирования речевого аппарата в особых анатомо-физиологических условиях. В 60-70-х годах активно осуществляется изучение особенностей фонетической стороны речи детей с использованием новейших объективных методов исследования (Т.Н. Воронцова, 1966; Н.И.Сереброва, 1969; И.И.Пружан, 1979; И.И.Ермакова, 1980; s.Borel - Maisonnny, 1966, 1975; M.Edwards, 1973; S.Fletcher, 1978).

В русле клинико-экспериментальных работ по ринолалии, проведенных в последнее время, следует выделить исследование Л.И.Вансовской (1977). Ею получены количественные и качественные характеристики фонетических нарушений речи у лиц с открытой формой ринолалии и ринофонии.

На основе использования комплекса объективных методов исследования было обнаружено, что разборчивость речи лиц с открытой ринолалией, т.е. имеющих выраженные артикуляторные нарушения звуков и назализацию, является очень низкой (в среднем - 28,4%). Разборчивость речи лиц с открытой ринофонией, т.е. имеющих выраженную назализацию при незначительных артикуляторных нарушениях единичных звуков, была значительно выше (55,6%).

Полученные Л.И.Вансовской данные по этому вопросу являются весьма важными с практической и научной точек зрения.

Объективно показано, что улучшение артикуляции повышает разборчивость речи, несмотря на сохраняющийся назальный оттенок. Сравнением двух групп испытуемых автор смог вычленить влияние двух тесно связанных нарушений - гиперназализации и дефектов артикуляции на внятность речи.

В итоге было показано, что основными особенностями экспрессивной речи лиц, страдающих ринолалией, является гиперназализация, полиморфные артикуляционные ошибки и низкая слоговая разборчивость в сочетании с функциональной неполноценностью дыхательной и голосовой функции.

Специальному рассмотрению подвергнуты работы, в которых предпринимается попытка установить критерии оценки результатов коррекции звуковой стороны речи. Подчеркивая сложную природу фонетического дефекта, большинство исследователей дает общую оценку состояния произношения (М.Томеску, Е.Алекса, 1977; Л.И.Вансовская, 1977).

Подавляющее большинство рассмотренных работ по проблеме ринолалии характеризуется интенсивным накоплением фактов, относящихся к описанию отдельных симптомов нарушения звукопроизношения, голоса и приемов их устранения. На основе анализа литературных источников прослеживается тенденция к постепенному переходу от описательных оценок к объективным. Отмечается развитие специфической области логопедической науки и практики, имеющей тесную связь с медицинской проблематикой, где наибольшая значимость придается устранению фонетических дефектов в процессе комплексных медико-логопедических мероприятий.

60-70-е годы в логопедии характеризуются активной перестройкой методологических основ изучения речевой патологии с учетом общих закономерностей нарушения речи как системы (Р.Е. Левина и соавт., 1968). Это обуславливает появление исследований детей с ринолалией, проведенных с позиций системного анализа речевой деятельности (Г.В.Чиркина, 1967, 1973, 1977; З.А.Репина, 1970, 1975; Г.Ф.Сергеева, 1971).

В рамках системного подхода к изучению этой формы речевой патологии было проведено исследование З.А.Репиной (1975), в котором был осуществлен анализ аномальных речевых проявлений у детей с ринолалией с учетом законов их развития, что позволило оценить роль основного дефекта артикуляции и его последующих влияний. Нарушения письма, выявленные у 64,9% обследованных учащихся, были обусловлены вторичным отклонением в овладении фонематическими и морфологическими обобщениями.

Соотнесение недостатков письма с особенностями речевого развития показало, что легким степеням недоразвития речи соответствовали менее выраженные нарушения письма, грубым отклонениям в развитии речи соответствуют тяжелые расстройства письма.

Устранение нарушений письма, проведенное с одновременным коррекционным воздействием на звуковую сторону речи, показало правильность теоретических положений о вторичном характере дисграфии у детей с ринолалией.

Однако в исследовании подчеркивалось, что отсутствует прямая связь между тяжестью первичного дефекта артикуляционного аппарата и степенью нарушения письма. Отмечались также случаи благополучного овладения письменной речью при тяжелых расстройствах артикуляции нередки, причины полноценной компенсации нуждаются в дальнейшем изучении и уточнении.

В исследовании З.А.Репиной также подробно проанализирована и произносительная сторона речи учащихся с ринолалией. Выделены два аспекта - артикуляционный и акустический и сделана попытка вскрыть особенности восприятия звуков речи.

В работе, таким образом, получили дальнейшее развитие идеи, выдвинутые исследованиями Р.М.Боскис и Р.Е.Левиной (1948), Г.В.Чиркиной (1967), Г.Ф.Сергеевой (1971).

В диссертации приводится подробный анализ методических приемов, направленных, в основном, на коррекцию фонетического дефекта (А.Г.Ипполитова, 1983; И.И.Ермакова, 1984).

Обзор наиболее значимых педагогических исследований по проблеме ринолалии у детей с несращением нёба убедительно показывает, что подавляющая часть методических рекомендаций относится к коррекции звуковой стороны речи в условиях амбулаторного приема или кратковременного пребывания в стационаре.

Однако, в настоящее время расширение рамок логопедии, как педагогической науки, влечет за собой и постановку качественно иной задачи - не коррекции одного из проявлений дефекта, а всестороннего обучения и воспитания этой категории детей с учетом всей совокупности аномальных проявлений.

Известно, что в соответствии с существующей в стране сетью логопедических учреждений, дети с ринолалией получают логопедическую помощь дифференцированно в зависимости от возраста и степени выраженности дефекта.

В специальных детских садах дети с ринолалией могут обучаться в группах для детей с фонетико-фонематическим недоразвитием и в группах для детей с общим недоразвитием речи. Однако, критерии дифференциальной диагностики для этого дефекта разработаны еще недостаточно. Очень часто при комплектовании специальных групп медико-педагогическая комиссия, ориентируясь на тяжесть первичного дефекта и на специфически нарушенную звуковую сторону речи ребенка-дошкольника, помещают его в группу с общим недоразвитием речи, несмотря на отсутствие отклонений лексико-грамматического развития. И, напротив, часто, придерживаясь устарелой точки зрения, согласно которой ринолалия считалась одной из форм дислалии, зачисляют детей в группу с фонетико-фонематическим недоразвитием, где остаются вне специального воздействия аграмматизм, нарушения слоговой структуры слова, качественное и количественное нарушения словарного запаса и ряд других особенностей речи.

Сходное положение возникает и при отборе детей школьного возраста в специальную школу для детей с тяжелыми нарушениями речи. Согласно инструкции об отборе детей в специальные школы дети с ринолалией зачисляются в первое отделение только в случае наличия у них общего недоразвития речи. Но, в связи с тем, что к моменту поступления в школу у значительной части детей с ринолалией устная речь имеет выраженный искаженный характер, возникают большие сомнения в возможности их успешного обучения в общеобразовательной школе. Нередко в специальную школу зачисляются дети, потенциально способные к обучению в обычной школе при условии своевременной нормализации дефектов устной речи.

Все вышесказанное обуславливает необходимость специального психолого-педагогического изучения детей с ринолалией. В настоящее время нет единого мнения о структуре речевого дефекта при этой аномалии, не изучена динамика развития их речи в процессе специально организованного обучения, недостаточно ясно, какие особенности

их речевого развития успешно компенсируются в процессе обучения, а какие являются стойкими.

Для решения этих вопросов было проведено изучение различных сторон устной и письменной речи, чтения, понимания речи у детей с ринолалией, находящихся в специальных детских садах и специальных школах для детей с тяжелыми нарушениями речи.

Глава II. ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С РИНОЛАЛИЕЙ

Во второй главе излагаются основные результаты изучения структуры речевого нарушения у детей описываемой категории. Специальное внимание обращено на выявление и описание речевых недочетов, которые могут быть отнесены к различным структурным уровням и в совокупности обуславливают недостаточное развитие не только коммуникативной, но и обобщающей и регулирующей функции речи. В главе анализируются проявления речевой недостаточности в соответствии с педагогической классификацией, разработанной профессором Р.Е.Левиной. В основу анализа речевых фактов положены представления о речи как сложной функциональной системе, структурные компоненты которой находятся в тесном взаимодействии и развитие которых происходит по принципу системогенеза (Р.Е.Левина, Е.М.Мастюкова). Мы руководствовались также учением Л.С.Выготского о системном строении дефекта, о наличии в аномальном развитии ребенка двух групп симптомов: первичных, обусловленных поражением, и вторичных, возникающих опосредованно в результате аномальных условий формирования речевой функции.

В связи с этим оценивались не только непосредственные результаты первичного дефекта (несращение нёба), но и его отсроченное влияние на различные стороны речи.

Изучение различных аспектов речевой деятельности детей с ринолалией показало большое разнообразие проявлений в сфере произношения, восприятия и понимания речи, лексики, грамматики, связной речи.

Наиболее общие для всех обследованных детей проявления речевой недостаточности выявляются в овладении фонетикой, формирующейся в аномальных анатомо-физиологических условиях. Характерным для детей с ринолалией является изменение оральной чувствительности в ротовой полости, а также отклонения в стереогенезе, обусловленные дисфункцией сенсомоторных проводящих путей из-за неполноценных условий вскармливания в грудном возрасте (М.Эдварде, 1973). Отмечаются особенности долингвистического развития, недостаточная активность лепета, позднее начало речи, большой временной интервал между появлением первых слов и фразовой речью.

В результате периферической недостаточности артикуляционного аппарата у детей формируются компенсаторные изменения уклада органов артикуляции при производстве звуков; высокий подъем 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; напряжение мимической мускулатуры (А.Г.Ипполитова, Л.И.Вансовская, S.Fletcher).

Наиболее существенным проявлением дефектности фонетического оформления устной речи является нарушение всех оральных звуков за счет изменения аэродинамических условий фонации и подключения носового резонатора.

Помимо регулярного проявления назализации, в речи детей с ринолалией выявляется специфическая окраска некоторых согласных звуков (чаще задненёбных), которая образуется за счет подключения глоточного резонатора. Фарингализация, т.е. дополнительная артикуляция за счет напряжения стенок глотки, возникает как компенсаторное средство. Наблюдаются также и явления дополнительной артикуляции в полости гортани (глоттализация), что придает звукам своеобразный призыв.

Помимо названных основных тенденций в приспособительных изменениях образования речи выявляется множество более частых дефектов артикуляции, описанных в диссертации. Своеобразие их проявления состоит в большой зависимости от позиционных изменений в слове, фразе, тексте. Отметим наиболее типичные:

- опускание начального гласного;
- нейтрализация звуков по способу образования;
- изменение способа образования звуков;
- резкое прекращение звучания звуков в позиции конца слова;
- наличие свистящего фона при произнесении шипящих звуков;
- сильное оглушение сонорных звуков на конце слова;
- наложение дополнительного шума на назализованные звуки (шипение, свист, придыхание, храп, гортанность и т.п.);
- передвижка фокуса артикуляции в более задние зоны (влияние высокого положения корня языка и малого участия губ при артикуляции).

У детей, систематически занимающихся с логопедом, отмечены явления гиперкоррекции в виде передвижки артикуляции в передние зоны.

Взаимосвязь назализации и искажения в артикуляции отдельных звуков весьма разнообразна. Не установлено прямое соответствие между величиной и формой нёбного дефекта и степенью фонетического искажения речи. Это объясняется разнообразными компенсаторными приемами, которые используют дети для производства звуков, а также соотношением резонирующих полостей и индивидуальными особенностями конфигурации ротовой и носовой полостей. Кроме того, отмечаются факторы, менее специфические, но также влияющие на степень внятности произношения (возрастные, индивидуально-психологические, социально-психологические и др.).

На основании вышеизложенных особенностей фонетики детей с ринолалией можно сделать вывод о "фонетической неопределенности" произносимых звуков и о несформированности просодических элементов речи.

Дефекты нарушения звуковой стороны речи детей с ринолалией можно разделить на:

I. Нарушения, непосредственно связанные с анатомическим дефектом:

- артикуляционные нарушения,
- аэродинамические нарушения,
- фонационные нарушения.

II. Нарушения, связанные с дефектами моторного управления:

- нарушения ритмико-слоговой структуры речи,
- нарушения стечения (комплексов) согласных.

Описанные особенности звуковой стороны речи детей с ринолалией ведут к исчезновению различительных признаков при производстве звуков и к замедленному или искаженному фонологическому развитию.

Нарушение взаимодействия между слуховым и речедвигательным анализатором у детей, имеющих морфологические поражения речевого аппарата, приводит не только к первичным дефектам артикуляции, но влияет на становление и развитие последующих звеньев речевой деятельности (Р.Е.Левина, А.Р.Лурия, Р.М.Боскис, В.И.Бельтюков, Г.В.Чиркина, З.А.Репина).

Индикатором недостаточности фонематического восприятия (фонологического звена звуковой функциональной системы) является способность правильно записать звуки речи, или по отношению к детям младшего школьного возраста, сформированность первоначальных навыков письма. При наличии большого числа ошибок можно говорить о нарушениях фонологического уровня речи. Мы произвели анализ состояния устной речи и письма учащихся с ринолалией подготовительных и первых классов специальной школы для детей с тяжелыми нарушениями речи (всего 39 человек). При этом мы стремились

обнаружить связи между произносительной деятельностью и формированием фонематических представлений, между фонемообразованием и звуковым анализом.

В специальной литературе имеется много фактов, указывающих на полноценные возможности обучения детей с ринолалией в условиях общеобразовательной школы.

В то же время накоплен значительный материал, показывающий, что недоразвитие или нарушение процессов формирования устной речи нарушает предпосылки усвоения письма. Исследованиями Р.Е.Левиной, выдвинувшей идею тесной связи развития речи и письма, вскрыто качественное своеобразие дисграфии в разных случаях речевой патологии и намечены пути дифференцированной коррекции. Было установлено, что качественное выражение затруднений письма находится в зависимости от того, какое звено речевой системы ближе всего стоит к первооснове дефекта (Р.Е. Левина, 1961). Недостаточно изучено своеобразие письменных ошибок у детей с ринолалией.

Речь всех обследованных нами детей имела многочисленные дефекты звукопроизношения и характеризовалась значительным носовым оттенком голоса.

Обследуя звукопроизношение, мы обращали специальное внимание не только на особенности артикулирования, но и на то, насколько полно искаженные звуки противопоставлены друг другу. Мы исходили из того, что основной единицей фонологического яруса является фонема, которая по своим дифференциальным признакам входит в разные типы оппозиций, т.е. языковой знак существует не сам по себе, а лишь в силу противопоставленности другому. Для языковой единицы более существенным является не звуковой материал, в который она воплощена, а противопоставление, в которое она входит.

Учитывая это положение, мы всех детей разделили на две основные группы. В первую группу мы отнесли учащихся с глубоким нарушением звуковой стороны речи, выражающимся в тотальном искажении всего звукового фона. Их речь была чрезвычайно невнятна и в некоторых случаях непонятна для нетренированного слушателя.

Характерным является грубое нарушение или отсутствие фонологического противопоставления звуков, ярко проявляющееся даже при произнесении слоговых рядов (типа па-ба, за-са и т.п.).

В спонтанной речи у детей наблюдалась еще более тяжелая картина. У всех учащихся этой группы имеется значительный назальный оттенок голоса.

Для детей второй группы было характерно овладение дифференциальными признаками некоторых звуков, что делало их речь более внятной и доступной для восприятия ухом слушателя, чем речь учащихся 1-й группы. Тем не менее, следует подчеркнуть, что в их произношении сохранялись специфические недостатки, выражающиеся в значительном назальном оттенке голоса и различных дефектах звукопроизношения: заменах звуков и их отсутствии. Так же, как и учащиеся 1-й группы, звукопроизношение было значительно лучше при специальном обследовании и ухудшалось в спонтанной речи. Ухудшение звукопроизношения объяснялось тем, что заметно усиливался назальный оттенок голоса при произнесении длинных слов, фраз и утрачивались звуки в сложных позициях стечения и часто в конце слов. В диссертации приведены примеры устной речи учащихся двух групп.

При обследовании всех детей было выявлено несоответствие величины и формы анатомического дефекта нёба со степенью искажения звуковой стороны речи.

У всех учащихся были обследованы навыки письма с учетом пройденного программного материала. Предлагались для записи слоговые ряды в позиции максимального фонеморазличия, слова и самостоятельное письмо. Результаты выполнения письменных работ учащимися, отнесенными к I и ко II группе, сравнивались между собой. Проиллюстрируем это таблицей, отражающей выполнение одного из заданий учащимися подготовительных классов.

Преобладающее количество письменных ошибок наблюдается у учащихся I группы с тотальным искажением звукового фона и уподоблением звуков (78,5% от общего числа

ответов). У учащихся II группы, речь которых характеризуется наличием фонологической противопоставленности звуков, ошибки составляют 21,5%.

Запись слоговых рядов (119 ответов)	Правильно 54 (45,5%)	Неправильно 65 (54,6%)
I группа (77 ответов)	33,8%	66,2%
II группа (42 ответа)	66,7%	33,3%

В диктанте слов получено всего 50,6% правильных ответов. На долю учащихся 1-й группы приходится 85,7%, 2-й группы -14,3%. Качественно ошибки учащихся I и II групп различаются,

В письме учащихся I группы представлены разнообразные замены букв, включая Д- М - Т (стама вместо стадо), грубые искажения слогового состава слова (пашру вместо пастух). Учащиеся II группы допускают неспецифические ошибки типа: куфшинка, крыльце, и т.п. В самостоятельном письме учащихся II группы также не обнаруживаются специфические ошибки. Учащиеся 1-й группы допускают многочисленные ошибки, характеризующие низкий уровень звукового состава речи.

Аналогичные различия в овладении навыками письма мы обнаружили и в I классе. Эти факты приведены в диссертации.

Анализ ошибок письма учащихся подготовительных и 1-х классов убеждает в тесной их зависимости от уровня нарушения звуковой стороны речи.

Подавляющее большинство письменных ошибок приходится на I группу учащихся, у которых не сформированы звуковые противопоставления, или иными словами, отсутствует артикуляторное обеспечение фонологических единиц. В связи с этим нет и предпосылок для осознанного вычленения звуков из речевого потока. Методический вывод состоит в том, что они в первую очередь нуждаются в более интенсивной работе по формированию дифференцированного произношения звуков.

Специфические ошибки значительно реже встречаются у детей II группы с более четкими звуковыми противопоставлениями. У этих учащихся не сформирована в процессе коррекции способность выделения фонологических единиц при наличии относительно благополучного инвентаря самих единиц, умение производить различные трансформации внутри языка.

Эта группа учащихся с ринолалией не подготовлена к осознанному анализу фонематического состава слова и нуждается в специальных коррекционных занятиях по воспитанию навыков звукового анализа. Это убеждает в ошибочности мнения о том, что достаточно у детей сформировать относительно правильное звукопроизношение, чтобы предупредить у них возможные нарушения письма. Тренировочные упражнения по коррекции звукопроизношения при всей их значимости не создают полноценных предпосылок к овладению правильным письмом.

Для выявления особенностей речи в процессе обучения в специальной школе, взаимосвязи и перекрестного влияния фонетического, фонематического и лексико-грамматического развития детей нами выборочно обследованы учащиеся 1-4 классов.

Основная группа учащихся с ринолалией, обучающихся в специальной школе, была отнесена нами к третьему уровню речевого развития по классификации Р.Е.Левиной, который, как известно, характеризуется развернутой фразовой речью с элементами фонетического и лексико-грамматического недоразвития. Мы пытались показать при описании особенностей звуковой стороны речи детей с ринолалией своеобразие их фонетического недоразвития, которое остается достаточно выраженным и на третьем уровне в отличие от других форм речевой патологии. Лексико—грамматическое недоразвитие выявляется менее резко по сравнению с детьми с общим недоразвитием речи, обусловленным алалией или дизартрией.

В структуре общего недоразвития речи при ринолалии, как это видно из приведенных нами подробных наблюдений, обращает на себя внимание мозаичность нарушения, при которой наряду с дефицитарными сторонами речи имеются более сохранные.

Отставание в речевом развитии детей, имеющих сходные по тяжести нарушения анатомической целостности артикуляционного аппарата, не носит равномерного характера.

Изложенные в диссертации факты позднего развития речи детей, выраженной моторной депривации за счет значительного ограничения речепроизводительной деятельности показывают, что усвоение языка у детей в дошкольном возрасте происходит преимущественно рецептивным путем, без достаточного артикуляторного опыта.

Полноценное же усвоение импрессивной и экспрессивной сторон речи с учетом закономерностей онтогенетического развития речи начинается лишь под влиянием логопедического воздействия, направленного, в первую очередь, на преодоление звуковых и фонационных нарушений.

Ребенок с ринолалией, таким образом, начинает усваивать язык как систему в результате направленного обучения в более позднем периоде, чем дети с нормально протекающим развитием речи. Этим, возможно, объясняется наличие в речи детей с ринолалией так называемых системных ошибок, которые представляют собой нарушение языковой нормы (типа карандашов и пр.). Лишь постепенно в школьном возрасте ринолалики последовательно усваивают нормы речи в области словообразования, лексики, синтаксиса. В среднем школьном возрасте преобладающими являются, в основном, стилистические ошибки. Малый опыт речевого общения у детей изучаемой категории объясняет и недостаточное развитие оперативной памяти, низкую способность удерживать и упреждать текст. В их речи проявляются разнообразные композиционные ошибки, приводящие к нарушению лексической и синтаксической сочетаемости.

На основе результатов изучения различных аспектов речевой деятельности детей, можно охарактеризовать общее недоразвитие речи при ринолалии, как производное от степени сформированности функциональной речевой системы.

Картину общего недоразвития речи у детей с ринолалией чаще всего можно квалифицировать как ОНР третьего уровня. Отдельные случаи более грубого недоразвития (I-II уровень) обычно обуславливаются сочетанием ряда вредных факторов. Речевые ошибки при недоразвитии речи затрагивают все компоненты: фонетическую сторону речи, лексику и грамматический строй, но их своеобразие при ринолалии состоит в том, что они негрубо обнаруживаются в обиходной речи и более четко выявляются при изменении условий речевой коммуникации и при предъявлении специальных учебных заданий. Речевые ошибки отражают, прежде всего, низкий уровень усвоения языковых закономерностей; нарушение лексической и синтаксической сочетаемости; нарушение норм литературного языка. Они обусловлены, прежде всего, малым объемом речевой практики. Словарь детей небольшой по объему, недостаточно точный по употреблению, с ограниченным количеством слов, обозначающих отвлеченные и обобщенные понятия. Этим объясняется стереотипность их речи, замены близких по значению слов.

Характерны трудности словоизменения и словообразования. Нарушения синтаксиса более выпукло проявляются в затрудненных условиях общения. При таком состоянии устной речи правомерными являются и дополнительные трудности в усвоении письма и чтения.

Наряду с ошибками письма, характерными для детей с фонематическим недоразвитием, типичными являются - случаи неправильного употребления предлогов, союзов, частиц, ошибки в падежных окончаниях, т.е. проявление аграмматизма в письме, подчас более грубого, чем в устной речи. Распространенными оказываются замены и пропуски предлогов, слияние предлогов с существительными и местоимениями,

неправильное членение предложений. Перечисленные типы ошибок могут проявляться на фоне неувоенных правил правописания.

Чтение также отражает недостаточную сформированность устной речи. Выявляется смещение элементов слов, недостаточное различение форм слова, медленный темп. В разной степени страдает и понимание прочитанного на уровне: недостаточного понимания значения отдельных слов; нарушения связи слов; нарушения связей между фразами; нарушения связей между частями текста; нарушения понимания переносного смысла.

Качественный анализ недостатков речевой деятельности у детей с ринолалией в школьном возрасте показывает большую их неоднородность по состоянию речевых процессов.

Значимым выводом из этого является необходимость четкой дифференциации коррекционного подхода к ним не только с позиций выявления специфики логопедической работы в до- и послеоперационный период и в зависимости от состояния функций небноглоточного аппарата, как это принято в настоящее время, но и с тщательным учетом особенностей их речевого развития, а в ряде случаев и других сторон их психической деятельности.

Более пристального изучения заслуживает проблема речевого общения этих детей. В процессе обследования детей разного возраста с ринолалией и наблюдения за их речевым поведением в специальной школе нами было обращено специальное внимание на психологические аспекты установления контакта с окружающими.

Можно предварительно выделить ряд специфических препятствий, приводящих к своеобразному "отгораживанию" от общения. Им свойственна пассивная позиция в контактном взаимодействии. В очень редких случаях ребенок с ринолалией является инициатором общения. Причинами трудностей общения являются: ограничение речевых контактов в периоды госпитализации и режим молчания в послеоперационном периоде, сужение круга собеседников, понимающих искаженную речь, сознание неравенства речевых возможностей, психологическая "боязнь" быть непонятым, нежелание быть объектом сочувствия.

Признаками с трудом налаживаемого контакта могут служить обилие пауз в беседе и односложных ответов, длительное обдумывание ответов, отсутствие вопросительных предложений и др.

Проведенное нами исследование речевого развития детей с ринолалией разного возраста позволило выявить определенную динамику взаимодействия патогенных фактов, различных по природе, степени и времени воздействия. Выявление специфики их действия в разном возрасте имеет большое практическое значение для определения оптимальных приемов коррекции дефекта и предупреждения последующих отклонений.

Глава III. СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕЧИ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ДЕФЕКТА

В настоящее время все больше внимание исследователей привлекается к изучению детей с ринолалией, имеющих сопутствующие пороки развития нервной системы (Н.Н.Каспарова, А.И.Уракова). При этом обычно отмечают большие сложности в применении хирургических и ортодонтических мероприятий из-за наличия тяжелых функциональных расстройств. Не меньшие трудности, однако, возникают при определении адекватных методов коррекционного обучения в случаях сочетания ринолалии с другими дефектами.

В диссертации приводятся описания детей, характеризующихся сочетанием ринолалии с нарушением слуха, с заиканием, дизартрией и с выраженной задержкой психического развития.

В анализе этих случаев мы руководствовались положениями, разрабатываемыми в настоящее время М.С.Певзнер, Т.В.Розановой, В.Н.Чулковым, Г.П.Бертынь.

Отличительным признаком сложного дефекта является наличие двух или более психофизиологических нарушений, каждое из которых обусловлено отдельной причиной.

Известно, что нарушение слуха в случаях врожденных расщелин нёба возникает вследствие болезненных процессов в звукопроводящем и звуковоспринимающем отделах слухового аппарата (А.Митринович-Моджеевская, 1965; ДЕРЕБАЛУК Л.Я., 1964; Н.Н. КАСПАРОВА, 1970; КУЗНЕЦОВА И.Л., КОВТУН Г.В., 1969; ФРОЛОВА Л.Е., 1974 и др.). При отоларингологическом исследовании обнаруживаются патологические изменения, катаральные состояния, рубцовые изменения, развивающиеся после воспалительных процессов в среднем ухе и Евстахиевых трубах. Нарушения слуха проявляются по отношению к высоким и низким раздражителям, в наличии "островков потери" слуха и феномена выравнивания громкости. Нарушения слуха различной степени у детей с ринолалией значительно осложняют процесс коррекции речи.

Имеются сведения, что снижение слуха в той или иной степени у детей наблюдаются достаточно часто. В это число обычно включаются дети с небольшим нарушением, не препятствующим речевому общению. Однако, сам факт наличия у детей с ринолалией нарушений слуха, различных по степени и характеру, возникающих, как правило, в раннем возрасте, делает необходимым специальное изучение состояния слуховой функции у детей.

В диссертации анализируются четыре варианта атипичной ринолалии, обусловленной сочетанием изучаемого нами дефекта со снижением слуха, с дизартрией, заиканием и с выраженной задержкой психического развития. Приводится краткая характеристика проявлений речевого расстройства в случаях сочетанного дефекта. Определяются направления коррекционного обучения и роль специальных логопедических мероприятий при различных вариантах.

Глава IV. ОСНОВЫ КОРРЕКЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С РИНОЛАЛИЕЙ

Результаты длительного педагогического эксперимента показали перспективность дифференциации детей с ринолалией на основе выделения педагогических параметров. Рассмотрению этого вопроса посвящен специальный раздел главы.

При определении содержания коррекционной работы учитывались не только специфические анатомо-физиологические факторы, но и проявления системного недоразвития речи.

При разработке приемов коррекции речевого дефекта при ринолалии были также учтены возрастные и индивидуальные особенности детей; степень велофарингеальной недостаточности, состояние артикуляционного аппарата (его строение и подвижность). Особое внимание было обращено на полноценное развитие речевых процессов, зависящих от дефектной функции звукопроизношения.

Постановка коррекционных задач определялась результатами всестороннего обследования речи детей.

Процедура обследования речи была направлена на квалификацию нарушения: 1) как самостоятельного фонетического дефекта; 2) как одного из проявлений фонематического недоразвития; 3) как одного из проявлений общего недоразвития речи. В каждом из этих случаев выявлялись качественные особенности нарушения.

Обследование звуковой стороны речи состояло из нескольких этапов: ознакомления с данными медицинского обследования, с историей развития; предварительной беседы с ребенком и ориентировочного обследования звукопроизношения; выявления особенностей строения и функции артикуляционного аппарата и фонематического восприятия; тщательного обследования произношения звуков, слов различной слоговой структуры и составления заключения. В заключении описывались патофизиологические или анатомические факторы, лежащие в основе дефекта, особенности речевой деятельности; определялись пути коррекции дефекта.

Формирование фонетически правильной речи у детей дошкольного возраста, имеющих врожденную расщелину нёба, было направлено на решение двух взаимосвязанных задач:

1) нормализацию "ротового выдоха", т.е. воспитание длительной ротовой струи при произнесении всех звуков речи, кроме носовых;

2) овладение артикуляцией всех звуков речи.

Решение этих специфических задач оказалось возможно при учете закономерностей усвоения правильных навыков произношения.

При коррекции звуковой стороны речи усвоение правильных навыков звукопроизношения проходило несколько этапов. Они состояли в следующем:

Первый этап "предречевых" упражнений включал следующие типы: 1) дыхательные упражнения, 2) артикуляционную гимнастику, 3) артикуляцию изолированных звуков или квази-артикуляцию (так как изолированное произнесение звуков нетипично для речевой деятельности); 4) слоговые упражнения.

На этом этапе происходило, в основном, обучение моторным навыкам на основе исходных безусловно-рефлекторных движений.

Второй этап - дифференциации звуков - состоял в обучении дифференциальным признакам фонем и воспитании фонематических представлений на основе двигательных (кинестетических) образцов речевых звуков.

Третий этап - интеграции - включал обучение позиционным изменениям звуков в связном высказывании.

Четвертый этап состоял в автоматизации, т.е. в превращении правильного произношения в нормативное, в привычное настолько, что оно не требовало специального контроля со стороны ребенка и логопеда.

Названные этапы усвоения звуковой системы обеспечивались двумя категориями факторов:

а) бессознательными (через вслушивание и воспроизведение);

б) сознательными (через усвоение артикуляционных укладов и фонологических признаков звука).

Участие названных факторов в усвоении звуковой системы было различно в зависимости от возраста ребенка и от этапа коррекции.

У детей дошкольного возраста значительная роль, как известно, принадлежит подражанию, но элементы сознательного усвоения должны присутствовать обязательно. Это связано с тем, что перестройка прочного патологического навыка назального произнесения невозможна без активизации всех личностных качеств ребенка, направленности на коррекцию дефекта и без сознательного усвоения новых акустических и двигательных стереотипов речевых звуков.

В исследовании показано, что коррекционные задачи имеют определенное различие в зависимости от того, произведена ли пластическая операция по закрытию расщелины или нет, хотя основные виды упражнений используются как в дооперационной, так и в послеоперационный период.

Для детей с ринолалией, находящихся в специальном саду для детей с нарушениями речи, деление на дооперационный и послеоперационный периоды нецелесообразно, так как их обучение организуется в соответствии с основными требованиями программ и проходит предусмотренные ею периоды вне зависимости от срока операции. Однако, существенно меняется характер специфических коррекционных задач, решаемых на индивидуальных занятиях.

До операции целесообразно вести следующую работу:

- освободить от компенсаторных движений лицевых мышц;
- подготовить правильное произношение гласных звуков;
- подготовить правильную артикуляцию наиболее доступных согласных звуков.

После операции коррекционные задачи значительно усложняются. Они состоят: в развитии подвижности мягкого нёба; устранении неправильного уклада органов артикуляции при произнесении звуков; подготовке произношения всех звуков речи без назального оттенка.

Специфическими упражнениями при этом являются следующие: массаж мягкого нёба, гимнастика мягкого нёба и задней стенки глотки, артикуляционная гимнастика, голосовые упражнения.

Основная цель их состоит в следующем:

- увеличить силу и длительность выдыхаемой через рот воздушной струи;
- улучшить деятельность артикуляционной мускулатуры;
- выработать контроль за работой небно-глоточного затвора. Частные приемы по названным разделам описаны в диссертации. Для детей, имеющих нарушения фонематического восприятия

(искаженное фонологическое развитие), предусматривается стратегия, ориентированная на одновременную коррекцию звуков, устранение назальности и формирование четкой дифференциации звуков на слух. Эти задачи решаются в рамках общей системы обучения и воспитания детей с фонетико-фонематическим недоразвитием в условиях специального детского сада. Индивидуализация логопедического подхода к изучаемой категории детей осуществляется на специальных занятиях, с учетом требований, предъявляемых фронтальным обучением. Однако, характер дефекта звуковой стороны речи детей потребовал изменения последовательности звуков и включения специфических упражнений, подробно описанных в данной главе.

Составлен последовательный комплекс артикуляционных упражнений, построенный на системном объединении звуков в группы на основе их функциональной связи в процессе речевой деятельности. Выделены при этом основные или дифференциальные признаки звуков. Наиболее значимые как для целей речевой коммуникации, так и для полноценного фонологического развития.

Нормализация речи у детей с ринолалией в случае общего ее недоразвития происходит в системе всестороннего обучения и воспитания в условиях специальной школы. Устранение специфических проявлений дефекта осуществляется на индивидуальных логопедических занятиях. Динамика коррекции общего недоразвития речи у учащихся с ринолалией, как специально показано в диссертации, выгодно отличается от других форм патологии. Это подтверждается тем, что учащиеся, поступившие в I отделение специальной школы, быстрее переводятся или в общеобразовательную школу, или во II отделение. В старших классах их число среди других категорий учащихся уменьшается.

Данные о распределении учащихся с ринолалией по возрасту, полученные нами в результате обработки сведений о составе 34 специальных досол для детей с тяжелыми нарушениями речи (1983-1984 уч.год), показывают, что начиная с 5 класса намечается перевод в общеобразовательную школу.

№ класса	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Среднее число ринолаликов	1,45	2,02	2,33	2,89	2	1,45	2,08	1,71	1,76	1,41	0,71

При определении основных направлений коррекционной работы выделена также задача сохранения достигнутого качества экспрессивной речи в различных коммуникативных условиях. Известно, что постоянная назализация речи делает ребенка невосприимчивым к ней. Снижение функции слухового самоконтроля сказывается отрицательно на эффективности коррекции, приводит к быстрой утере приобретенных "учебных" навыков нормализованной речи» при возвращении в ситуацию привычного речевого общения. Одним из средств закрепления достигнутых результатов является

повышение самоконтроля за речью, формирование мотивационного плана речевой деятельности. В работе приводятся упражнения, позволяющие постепенно перейти от искусственных средств контроля к реализации самоконтроля за своей речью в повседневной речевой практике.

Намеченные направления коррекционной работы и разработка педагогической типологии детей с ринолалией позволили начать дифференциацию их обучения в условиях специальных школ для детей с тяжелыми нарушениями речи.

Осуществлено изучение состава более 30 школ для детей с тяжелыми нарушениями речи, расположенных в различных регионах СССР.

Результаты изучения состава учащихся I и II отделения дали возможность впервые получить, прежде всего, количественные данные о представительстве детей с диагнозом ринолалия по отношению к другим формам речевой патологии. Как оказалось, они очень разнообразны: от 3,5% учащихся до 70,6%. Объяснить этот факт можно только совокупностью таких причин, как: региональные особенности; удаленность от межобластных лечебно-консультативных центров для детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области; частота и распространенность этого дефекта в конкретных территориях; трудности выявления и учета детей, неуспевающих в общеобразовательной школе из-за речевого дефекта.

Имеются школы, где дети с ринолалией вообще отсутствуют. Такое явление объясняется наличием в близлежащих регионах школ, где осуществляется тенденция комплектовать их учащимися с однородным дефектом. Например, при наличии в УССР Донецкой школы для детей с тяжелыми нарушениями речи, где дети с ринолалией составляют 70,6%, имеются другие школы республики (г. Васильков, г.Зерноград), где их число не превышает 8%, а также школа в г.Горловка, где такие учащиеся отсутствуют.

В г.Свердловске функционируют две специальные школы для детей с тяжелыми нарушениями речи, из которых одна полностью укомплектована учащимися с ринолалией, что дает возможность осуществить в ней дифференциацию обучения в полном объеме.

Учащиеся с диагнозом "ринолалия" составляют 14,2% от общего числа обучающихся в I и II отделениях (из 5698 учащихся). Было выявлено, что число детей с ринолалией от общего числа учащихся в среднем в I отделении составляло 8,6%, во II - 5,6%.

Особое внимание при рассмотрении результатов изучения состава учащихся было обращено на тот факт, что часть детей с ринолалией обучалась во II отделении (в 13 школах из 30 обследованных), где, как известно, предусматривается увеличение срока обучения по сравнению с общеобразовательной всего на один год. Учащиеся II отделения во всех 30 школах составляют 16,6% от общего числа учащихся, а среди них учащиеся с ринолалией - 36,8%. Основанием для такого комплектования явился более высокий уровень речевого развития учащихся, близкий к норме и достаточно эффективная компенсация дефекта в раннем возрасте.

Выяснение соотношения учащихся с ринолалией, обучающихся в I и II отделениях могло быть достаточно показательным свидетельством дифференцированного подхода к их обучению с учетом не только формы речевой патологии, но и различного уровня речевой деятельности в целом. В диссертации представлены материалы, отражающие эти факты. Приведем некоторые из них.

Количество ринолаликов	г.Челябинск	г.Донецк	г.Кемерово	г.Петриков	Г.Новозыбков
В I отделении	11%	57,4%	12%	20,9%	6,2%
Во II отделении от числа всех	26%	89,3%	56%	46,8%	31,8%

учащихся II отделения					
--------------------------	--	--	--	--	--

Тенденция к дифференцированному обучению детей с ринолалией подтверждается анализом распределения учащихся.

Как видно из приведенных примеров, соотношение учащихся в I и II отделениях различно. В среднем, по 30 школам, от общего числа учащихся с ринолалией (100%) в I отделении обучается 60,8%, во II - 39,2%. Это указывает на преобладание среди ринолаликов учащихся с общим недоразвитием речи. Однако состав учащихся с ринолалией также достаточно неоднороден. Анализ состава I отделения показывает, что 19,1% учащихся имеет выраженное фонетико-фонематическое недоразвитие, которое не является показанием для зачисления в специальную школу.

	г.Донецк	г.Кемерово	г.Петриков	г.Новозыбков
Всего ринолаликов в школе	161	64	38	17
Количество ринолаликов в I отделении	47,8%	28%	60,5%	58,8%
Количество ринолаликов в II отделении	52,2%	72%	39,5%	41,2%

Наличие в I отделении специальной школы для детей с ринолалией, имеющих фонетико-фонематическое недоразвитие, объясняется тем, что до сих пор нет достаточно эффективной логопедической помощи этой категории детей в условиях общеобразовательной школы.

Таким образом, задачи коррекционного обучения для детей, имеющих отклонения только фонетической стороны речи, включают следующие направления работы:

- нормализация деятельности артикуляционного аппарата (с различным набором приемов в зависимости от состояния врожденного дефекта);
- формирование артикуляции звуков; устранение назального оттенка голоса;
- дифференциация вновь изученных звуков, с целью предупреждения нарушения звукового анализа;
- нормализация просодической стороны речи;
- автоматизация приобретенных навыков в свободном речевом общении.

Задачи коррекционного обучения для детей, имеющих фонетико-фонематическое недоразвитие, включает перечисленные выше направления (с дополнениями, обусловленными иной структурой дефекта) и включают систематические упражнения по коррекции фонематического восприятия, по анализу и синтезу звукового состава речи, по формированию практических морфологических обобщений. Отличительным для этой категории является необходимость специальной работы по коррекции дисграфии у школьников.

Решение задач коррекционного обучения детей с общим недоразвитием речи предполагает комбинацию вышеперечисленных направлений с включением специальной работы по овладению морфологическими обобщениями и устранению проявлений аграмматизма.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключении приводятся следующие положения по работе в целом:

Педагогические задачи коррекционного обучения и воспитания детей с ринолалией различной этиологии обусловили необходимость специального изучения всех

компонентов речевой деятельности с целью выявления готовности к школьному обучению и ликвидации неравномерности развития различных ее сторон.

На основании изучения речи детей с ринолалией, проведенного с позиций системного подхода, выявлены сложные связи между отдельными компонентами речевой деятельности, определяющие направление, цели и задачи коррекционного обучения.

Показано, что дети с ринолалией, при наличии типичных нарушений фонетической стороны речи, являются не гомогенной группой по другим параметрам речевого развития.

Изучение детей с ринолалией в условиях специального обучения позволило раскрыть специфические взаимоотношения между первичным и вторичным дефектом, характеризующие особый тип дизонтогенеза речевого развития. В структуре дефекта важная, но не исчерпывающая роль принадлежит недоразвитию или искажению фонетической стороны речи, обусловленной нарушением процессов периферической артикуляционной реализации.

Описан комплекс вторичных проявлений, характеризующий разные формы недоразвития речи.

Выявлена определенная динамика воздействия патогенных факторов, различных по природе, степени и времени воздействия. В доречевой и в ранний речевой период определяющая роль принадлежит специфическим анатомо-физиологическим факторам, следствием которых являются позднее начало экспрессивной речи, нарушение тембра голоса, неправильный артикуляционный уклад и ряд других особенностей, обуславливающих грубые нарушения фонетической стороны речи.

В период активного формирования речи, как психического процесса, неполноценные условия речеобразования, депривация моторного компонента речи и ограниченный вербальный опыт детей приводят к мозаичной недостаточности различных звеньев процесса порождения и восприятия речи.

На стадии овладения языковой системой начинают более отчетливо выступать социально-психологические факторы. Это выражается в пониженной способности детей использовать навыки "учебной" речи в ситуации спонтанного общения, в трудностях установления контакта, в наличии психогенных наслоений.

Сложным взаимодействием названных факторов, каждый из которых действует наиболее активно в определенный период развития ребенка, возможно объяснить многообразие собственно речевых нарушений у детей с ринолалией и различную их выраженность.

Выявление специфики их действия в разном возрасте имеет большое практическое значение для определения оптимальных приемов коррекции дефекта и предупреждения последующих отклонений.

Изучение особенностей речевого дефекта у детей с ринолалией позволило разработать педагогическую типологию детей с ринолалией в целях создания различных подходов к коррекции нарушений речи.

При определении типологии дефекта мы руководствовались необходимостью:

- четко отграничить контингент детей с ринолалией, входящих в категорию детей с аномальным развитием речи;
- рассматривать проявления аномального речевого развития с точки зрения общей теории развития, выделяя при этом ведущий симптом;
- применять качественные критерии оценки всех звеньев речевой функциональной системы для определения критической глубины дефекта на каждой возрастной стадии;
- выделить педагогические параметры нарушения речевого развития.

Для проявлений общего недоразвития речи при ринолалии характерно:

- массивное "сквозное" нарушение фонетической стороны речи на всех уровнях развития;
- длительное сохранение симптоматики фонетического дефекта при значительной положительной динамике лексико-грамматического недоразвития;

- значительная зависимость от результатов и эффективности медицинских мероприятий; от условий коррекционного обучения.

Предупредительная работа по формированию речи должна строиться на следующих принципах:

- интегративный характер обследования речевых процессов;
- выявление дефицитарных и сохранных звеньев речевой системы;
- определение характера речевого недоразвития и постановка соответствующих коррекционных задач.

Своевременное целенаправленное воздействие на дефект приводит к преобразованию всей системы взаимодействия первичных и вторичных проявлений. В исследовании с позиций системного подхода проанализированы сложные формы дефекта - сочетание ринолалии со снижением слуха, дизартрией, заиканием и др. При рассмотрении атипичных вариантов расстройств выявлен феномен взаимоусиления влияния отрицательных факторов, их аддитивное действие на речевое и общее психическое развитие ребенка.

Предложены принципы организации языкового учебного материала для коррекционных занятий, основанные на системном объединении звуков в группы и последовательности с учетом их функциональной связи и взаимодействия в речевой деятельности. Такая направленность речевых упражнений предполагает формирование полноценной фонематической системы у детей, развитие на ее основе устно-речевых умений, близких к норме и предупреждение дисграфических проявлений.

Разработаны основы коррекционно-педагогического воздействия в соответствии с состоянием речевой деятельности детей с ринолалией.

В исследовании приводятся данные, указывающие на повышение эффективности коррекционного обучения учащихся с ринолалией при организации дифференцированного подхода и на необходимость уточнения рекомендаций по отбору в специальные логопедические учреждения.

По теме диссертации опубликованы следующие работы:

1. Дети с нарушениями артикуляционного аппарата. - Изд. "Педагогика", 1968.
2. Школа для детей с тяжелыми нарушениями речи. - Педагогическая энциклопедия, 1968.
3. Дифференцированный подход к обучению детей, страдающих ринолалией. - В сб.: Педагогические чтения. Изд. "Педагогика", -М., 1970.
4. К методике изучения детей, страдающих ринолалией. - Материалы конференции по совершенствованию методов исследования в спец. педагогике и психологии. - М., 1970.
5. О влиянии особенностей звукопроизношения детей с врожденными расщелинами нёба на овладение письмом. - В сб.: У1 научная сессия по дефектологии. - М., 1971.
6. Некоторые результаты изучения состава учащихся специальных речевых школ. - Материалы на дефектологическую конференцию. УССР, Киев, 1972.
7. Дисграфия у детей с расщелинами нёба. - Доклад на I Межд. конгрессе по небным расщелинам. Копенгаген, 1973.
8. Особенности понимания текста учащимися с тяжелыми нарушениями речи. - Доклада 7 научной сессии по дефектологии. - М., 1975.
9. Проблема ринолалии в зарубежной литературе. - Ж. "Дефектология", 1975, № 5.
10. Формирование звукопроизношения в специальной школе для детей с тяжелыми нарушениями речи (на английском языке). -Матер. 17 междунар. контр, по логопедии, т.2. - Копенгаген, 1977.
11. Новые исследования в области логопедии. - Ж. "Дефектология", 1978, J» 3.
12. Воспитание правильной речи у детей с ринолалией. - В сб.: Методы коррекции звуковой стороны речи у детей. - Киев, 1979.
13. Усвоение синонимических отношений детьми с общим недоразвитием. - В сб.: 8 научн. сессия по дефектологии. - М., 1979.

14. Логопедическое обследование на медико-педагогической комиссии. - В сб.: Отбор детей во вспомогательную школу. - М., 1980.34
15. Обследование звуковой стороны речи. Обследование понимания речи. - В сб.: Методы обследования нарушений речи у детей. - М., 1982.
16. Звуковая сторона речи детей. - Дошкольное воспитание, 1981, № 6.
17. Об организации и содержании индивидуальных логопедических занятий в специальной школе для детей с тяжелыми нарушениями речи. - Ротапринт Мияпроса СССР. - М, 1982.
18. Устранение назального оттенка речи у детей. - Ж. "Дошкольное воспитание", 1983, № 3.
19. Динамика воздействия патогенных факторов на речевое развитие детей с ринолалией. - В сб.: Тезисы 9уой научной сессии по дефектологии. - М., 1983.
20. Произношение (Объяснительная записка и раздел программы по русскому языку для специальных школ). - Программы школы для детей с тяжелыми нарушениями речи (I отделение). - М., 1982.
21. Ринолалия. - Педагогическая энциклопедия. 1986.
22. Ринолалия. - Глава в учебник для ВУЗа "Логопедия".
23. Обучение и воспитание детей с фонетикс-фонематическим недоразвитием. - Глава в учебник для ВУЗа "Логопедия".
24. Обучение и воспитание детей с общим недоразвитием речи. -Глава в учебник для ВУЗа "Логопедия".
25. Ринолалия. - Главы в учебное пособие для дошкольных факультетов педагогическиз ВУЗов "Основы логопедии".
26. Дизонтогенез речевого развития детей с несращением нёба. - тез. докл. I респ. конф. - В сб.: Психология аномальных различий. Т.І. - Вильнюс, 1986.
27. Нарушение речевого развития у детей с велофарингеальной недостаточностью на англ. яз.) - Матер. II межд. контр, фонетических наук. - Таллин, 1987.
28. Произношение (Объяснительная записка и раздел в программы для I отделения специальных школ для детей с тяжелыми нарушениями речи). - Программы школы для детей с тяжелыми нарушениями речи (I отделение). - М., 1987.