Этапы коррекции звукопроизношения, координации дыхания, фонации и артикуляции при ринолалии

*Климова Олеся Владимировна*

*Учитель-логопед, МБДОУ «Детский сад «Чебурашка» г.Десногорска*

Аннотация

Ринолалия - это искажение произношения звуков и речи в целом, вызванное дефектами строения и, как следствие, функционирования речевого аппарата. В результате происходит нарушение резонаторной функции носовой полости: при формировании звуков воздушная струя идет неправильным путем, искажая произношение. При ринолалии нарушаются артикуляционная и акустическая составляющие речи: гласные и согласные звуки имеют носовое звучание, голос становится гнусавым, специфическим. Ринолалия у детей сопровождается не только серьезным искажением произнесения звуков, но и нарушениями письменной речи, отставанием от сверстников в развитии лексики, грамматики, проблемами психологического характера.

Согласно данным статистики, ринолалией страдает 1-2 человека на 1000 населения.

В связи с ухудшением экологической обстановки, снижением уровня жизни семей не уменьшается, а увеличивается число детей с врожденными расщелинами. Поэтому крайне необходимо как можно более раннее выявление таких детей и оказание им комплексной медико-психолого-логопедической помощи.

В отечественной и зарубежной литературе среди речевой патологии выделяют ринолалию, как одну из сложных клинических форм.

В России разработкой методологических приемов по ринолалии занимались Е.Ф. Рау,1933г., Ф.А. Рау, 1933г., З.Г. Нелюбова ,1938г., В.В. Куколь, 1941г., А.Г. Ипполитова, 1955г., 1963, С.Г. Таптапова, 1963г., Т.Н. Воронцова, 1966г., Н.Н. Сереброва, 1969г., Л.И. Вансовская, 1977г., И.И. Ермакова, 1980г, 1984.

Коррекционно-логопедическая работа по исправлению ринолалии предусматривает строгую физиологически обоснованную последовательность. Она не зависит от возраста ребенка, степени тяжести нарушения фонетической стороны речи, вида анатомического дефекта, его состояния (до или после пластической операции). В первую очередь проводятся мероприятия по компенсации недостаточности нёбно-глоточного затвора. Тем самым подготавливается анатомо-физиологический базис для нормализации речи. После этого все внимание уделяется постановке физиологического и фонационного дыхания, поскольку оно является основой полноценного голосообразования, голосоведения и звукопроизношения. Активное нёбно-глоточное смыкание и дыхательная «опора» позволяют приступить к решению основной задачи - устранению избыточного носового резонанса и выработке навыков физиологического голосоведения со сбалансированным резонансом в соответствии с нормой русского языка. Только после этого целесообразно исправление звукопроизношения, поскольку сильная направленная воздушная струя позволяет продуцировать полноценные звуки. Введение их в слово или фразу на основе правильно организованных дыхания и голосоведения обеспечивает возможность выработки стереотипа нормальной речи.

Коррекционно-логопедическая работа по исправлению ринолалии строится с учетом особенностей строения артикуляционного аппарата до и после операции уранопластики, влияния ограничений функций нёба и глотки на звукопроизношение и голосообразование, индивидуальной реакции обучающегося на свое состояние. В зависимости от этого индивидуально подбираются методические приемы.

Форма проведения: сообщение

Логопедическая работа над звукопроизношением начинается в дооперационный период. Подготовительный этап коррекции произносительной стороны речи при ринолалии направлен на решение следующих задач:

1. Формирование направленной воздушной струи и комбинированного типа дыхания;

2. Развитие орального праксиса, перемещение языка в полости рта вперед, создание предпосылок для правильного звукопроизношения;

3. Формирование фонематического слуха.

Особенности подготовительного этапа

1. Избегание грубых артикуляционных упражнений, не являющихся основой артикуляции к.-л. звуков (высовывание языка, отведение высунутого языка в сторону), чтобы не утяжелять впоследствии произвольные движения, необходимые при закреплении артикуляций отдельных звуков. (А.Г. Ипполитова).

2. Пролонгированность процесса активизации мускулатуры артикуляционного аппарата.

3.Индивидуализация выбора артикуляционных упражнений с учетом состояния речевой моторики ребенка.

4. Использование вместе с общепринятыми специальных артикуляционных упражнений: гимнастики для нёба (глотание капель воды, позёвывание, полоскание горла, покашливание).

5. Максимальное использование непроизвольных движений при совершенствовании артикуляционного праксиса.

6. Ограничение количества выполняемых одномоментно артикуляционных упражнений (не более трех).

7. Использование приёмов логопедического массажа.

8. Формирование адекватных фонематических представлений.

Коррекционная работа начинается с гласных звуков а, о, у, э. А.Г. Ипполитова предлагает работать в такой последовательности: а, э, о, ы, у, и, я, е, ё, ю. Йотированные гласные формируются из сочетания [и] и соответствующего гласного [а, э, о, у]. После гласных А.Г. Ипполитова предлагает начинать работу над «полугласным» й (термин А.Г. Ипполитовой). Л.И. Вансовская рекомендует начинать работу с гласных переднего ряда [и], [э], которые позволяют фокусировать выдыхаемую струю в переднем отделе ротовой полости и направлять язык к нижним резцам. Кроме того, при произнесении этих гласных стенки глотки и мягкое нёбо работают более активно.

Традиционно принят следующий порядок работы над согласными звуками.

I период: постановка или уточнение [п], [ф], [в], [т] и их мягких вариантов; постановка и закрепление [к], [х], [с], [г], [л], [б] и их мягких вариантов.

II период: постановка и закрепление [д], [з], [ш], [р] и их мягких вариантов.

III период: постановка и закрепление [ж], [ц] [ч] [щ]. Обязательно проводится дифференциация ротовых и носовых согласных: [м] и [п], [м] и [б], [н] и [т], [н] и [д] и их мягких вариантов.

И.И. Ермакова считает, что коррекцию звуков при ринолалии нужно начинать с наиболее доступных данному ребёнку.

Особенности постановки звуков

1. При длинной и подвижной нёбной занавеске легче начинать с фрикативных звуков (щелевых [ф] и [с]), а нёбно-глоточная недостаточность требует начинать с взрывных фонем ([п], [т], [к]). Общим же является первоначальный выбор глухих фонем, т.к. для них необходимо большее давление воздуха, они являются более ощутимыми (И.И. Ермакова).

2. Использование специфических и традиционных приёмов постановки звуков.

3. Использование такой механической помощи, как зажимание пальцами крыльев носа (локоть ребёнка поднят, чтобы была видна артикуляция, левая ноздря зажимается большим пальцем, правая – остальными).

На этот счёт имеются противоречивые мнения. В частности, И.И. Ермакова считает, что такая помощь целесообразна только в период вызывания звука.

4. Вызываемый звук сразу не называется. Даётся чёткая артикуляция этого звука и направленный выдох, например: «Губы сомкнуты, «выстрел» на ватку» – [п] и т.д.

5. Целесообразно вызывание звука непосредственно в составе слога, а не в изолированном положении.

6. Не рекомендуется использование утрированного, чеканного, протяжного произношения поставленного звука, т.к. при этом возрастает напряжение артикуляционной мускулатуры, увеличивается время смычки, усиливается эмиссия воздуха в нос.

7. Допускается использование промежуточных, приближённых артикуляций (межзубная, одноударная) – так называемых «аналогов звука» (Г.В. Чиркина).

8. При вызывании звука внимание ребёнка первоначально направляется на артикулему звука. Не следует фиксировать внимание ребёнка на звуке с привлечением слухового контроля. Это необходимо для того, чтобы его старая привычная артикуляция не мешала закреплению вновь появившегося правильного произношения (А.Г. Ипполитова).

9. Выбор приёма для вызывания звуков устанавливается строго индивидуально.

10. Максимальное использование сформированных артикуляционных движений опорных звуков.

Особенности автоматизации звуков

1. Допускается автоматизация звуков-аналогов (Г.В. Чиркина).

2. Рекомендуется автоматизация не в прямых слогах, а в интервокальной позиции (А.Г. Ипполитова).

3. Существенно важна координация фонации, дыхания, артикуляции автоматизируемых согласных.

4. Вызванный звук, слоги, слова с ним нужно произносить сначала шёпотом, затем в звучной речи (Н.В. Червякова).

5. Рекомендуется ранний переход от автоматизации на уровне звуков, слов к автоматизации на уровне фразы (И.И. Ермакова).

6. Отработка новых артикуляционных навыков желательна не на произнесении стабильного речевого материала, а на материале, максимально приближенном к разговорной речи.

7. Параллельно с коррекцией звукопроизношения идет работа по формированию навыков правильного голосоведения.

Технология коррекции дыхания при ринолалии

Формирование речевого дыхания проводится на протяжении всей работы с ребенком, имеющим ринолалию. А.Г. Ипполитова считает возможным и необходимым начинать эту работу еще до операции, создавая предпосылки для формирования правильной речи. В основе предлагаемой А.Г. Ипполитовой системы работы лежит использование физиологического дыхания, образование физиологически естественных, ненапряженных дифференцировок речевых движений. Наиболее продуктивным для формирования правильной речи является диафрагмальное (нижнереберное) дыхание.

Логопедическая работа до операции

А.Г. Ипполитова выделяет 2 периода в работе по коррекции произносительной стороны речи в целом и формированию речевого дыхания в частности:

I. Подготовительный период.

II. Основной период.

I. Подготовительный период

Основная цель занятий: формирование правильного речевого дыхания параллельно с освоением артикулем.

Период можно условно разделить на два этапа.

1. Формирование речевого дыхания

Работа ведётся по следующим направлениям.

1) Формирование диафрагмального (нижнереберного) дыхания. В начале обучения необходимо определить вид физиологического дыхания ребенка, положив свою ладонь на боковую поверхность выше его талии. Если дыхание ребенка нижнереберное, логопед приспосабливает свое дыхание к ритму его дыхания и начинает работу. Если же у ребенка верхнеключичное или грудное дыхание, следует попытаться вызвать нижнереберное дыхание по подражанию. Для этого можно приложить ладонь ребенка к себе на бок и проверить своей ладонью его дыхание. Ребенок, ощущая при вдохе движение ребер логопеда и подражая ему, переключается на нижнереберное дыхание.

2) Дифференциация ротового и носового дыхания.

С появлением правильного спокойного дыхания при закрытом рте можно переходить к дифференциации ротового и носового дыхания. Необходимо объяснить ученику, что существуют различные виды вдоха и их сочетания. После такого объяснения ребенку предлагается проделать конкретные дыхательные упражнения, последовательность выполнения которых А.Г. Ипполитова предлагает фиксировать рисунками в таблице и в тетради ребёнка:

Вдох (рисунки) Выдох (рисунки)

Нос Рот

Нос Рот

Нос Нос

Рот Рот

Цель этих упражнений:

- закрепить диафрагмальный вдох и постепенный спокойный выдох;

- сформировать основы ритма речевого дыхания с паузой после вдоха. Формирование речевой паузы при дыхании происходит спонтанно, так как ребенок задерживает выдох, обращая внимание на то, как нужно осуществить выдох: через нос или рот при переходе от вдоха к выдоху. При дальнейшем обучении произношению гласных и согласных звуков эта пауза будет постепенно увеличиваться и закрепляться. А с переходом к слоговым сочетаниям, словам и фразам она полностью нормализуется, что обеспечит правильное речевое дыхание.

Во время таких упражнений необходимо приучать ребенка к ощущению проходящей по слизистым оболочкам ротовой и глоточной полости направленной струи воздуха во время вдоха и выдоха.

Направление выдыхаемой через рот струи воздуха контролируется движением ватки, положенной на гладкую поверхность бумаги или ладони, поднесенной ко рту при выдохе, чтобы ребенок мог видеть направление ее движения и корригировать это направление в соответствии с указаниями логопеда. Такой выдох, ни в коем случае не отождествляемый с выдуванием, формирует направленность полного, спокойного ротового выдоха.

А.Г. Ипполитова не считает нужным проводить каких-либо специальных упражнений по развитию дыхания (сдувание ватки, надувание мягких резиновых игрушек и т.п.), часто применяемых в логопедической практике, так как все виды такого дыхания к речи отношения не имеют. Кроме того, эти упражнения часто выполняются ребенком с напряжением, которое для речи вредно, так как оно может иррадиировать на весь мышечный комплекс речевого аппарата и тем самым затруднять артикуляцию.

2. Формирование длительного ротового выдоха при реализации артикулем гласных звуков (без включения голоса) и фрикативных глухих согласных звуков

Особенность работы состоит в том, что развитие речевого дыхания проводится одновременно с развитием артикуляционного праксиса. Все упражнения по созданию артикуляций звуков являются одновременно обучением ротовому выдоху, т.е. служат приёмом воспитания речевого дыхания и гимнастикой для речевого аппарата.

Внимание ребенка постоянно фиксируется на направлении речевого выдоха и на положении органов артикуляции при выдохе. Для организации правильного ротового выдоха необходимо изменить положение языка в полости рта. Особое внимание уделяется положению кончика языка, который на первых порах необходимо удерживать у нижних резцов при подготовке артикулем всех гласных звуков. Этот прием позволяет увеличить объем ротовой полости и тем самым обеспечить возможности для прохождения воздушной струи через рот.

Уже при разучивании видов вдоха и выдоха внимание ребенка сразу же обращается на положение органов артикуляции: при ротовом выдохе кончик языка нужно удерживать у нижних резцов, рот открывать, как при позевывании. При этом корень языка должен быть опущен. Если передвижение кончика языка к нижним резцам недостаточно снижает корень языка, можно временно допустить высовывание языка между зубами или нажать на корень языка шпателем (последний применяется в крайнем случае).

Правильный ротовой выдох при опущенном корне языка полностью снимает носовой оттенок в том или ином звуке, а впоследствии и во всей речи.

II. Основной период

Цель занятий этого периода та же, что и в подготовительном: формирование правильного речевого дыхания параллельно с освоением артикулем.

Период можно условно разделить на этапы.

1. Включение голоса при длительном ротовом выдохе

Работа по озвончению фрикативных звуков проводится до формирования глухих взрывных звуков, т.к. все изученные артикулемы реализуются при одинаковом длительном ротовом выдохе.

Включение голоса можно отработать на артикуляциях гласных звуков, но целесообразнее начать с озвончения согласного. Нужно проследить разницу в движении гортани при произнесении глухого звука (ф) и звонкого (в) с помощью тактильно-вибрационного контроля.

2. Формирование короткого ротового выдоха при реализации взрывных согласных звуков

Необходимо обратить внимание ребёнка на мгновенность и порывистость выдыхаемой струи. Овладение этим видом выдоха проходит при формировании звуков [п, б, т, д, к, г]. Подготовительным упражнением к короткому выдоху служит тренировка выдоха на артикулеме «й»

3. Дифференциация короткого и длительного ротового и носового выдоха при формировании произношения группы сонорных звуков и аффрикат

Необходимо следить, чтобы выдох осуществлялся через рот. Например, при отработке звука [л] направление воздушной струи следует проверять по обеим сторонам ротовой полости, т.к. этот звук смычно-проходной. Короткий активный выдох во время произнесения звука [ц] ребёнок может ощутить своей рукой, приложив пальцы к углам рта логопеда, а затем к своим. Ротовой выдох отсутствует при произнесении носовых звуков [м], [н], поэтому рекомендуется изучать их позже, чтобы не препятствовать установлению правильного ротового выдоха.

**Особенности логопедической работы после операции**

В послеоперационном периоде работа по формированию речевого дыхания продолжается: закрепляются и совершенствуются усвоенные навыки, вырабатываются необходимые новые. Дозировка занятий и их длительность варьируются, хотя принципы и методика проведения остаются одинаковыми.

Учитываются такие факторы:

1) результаты операции;

2) время поступления на логопедические занятия после уранопластики;

3) методики, по которым проводилась логопедическая работа в дооперационном периоде.

4) результаты логопедической работы до операции.

Если до операции логопедическая работа велась, но чистоты речи добиться не удалось, а после операции носовое звучание не исчезло, или же коррекция речи началась только после операции, то и работа над дыханием начнётся по описанной выше системе дооперационной логопедической работы. А.Г. Ипполитова рекомендует логопеду после окончания курса занятий длительное время продолжать контакт с ребёнком, т.к.:

1) проводятся косметические операции;

2) изменяется голос в период полового созревания.

Н.В. Червякова начинает работу по коррекции дыхания с обучения направленному дутью, так как у детей с расщелинами воздух при выдохе утекает в нос. Дети запоминают ощущение направленного воздушного потока через рот и могут затем его воспроизвести при выполнении дыхательной гимнастики. Обучение направленному дутью начинают с «поплёвывания»: ребенок слегка высовывает кончик языка между зубами, придерживая губами, а затем старается выплюнуть его. Язык при этом подвинут вперед, а кончик его высунут минимально, что вынуждает сильнее напрягать губы и создаёт более тонкие движения. Чтобы облегчить усвоение упражнений, на первых занятиях можно пальцами зажать крылья носа. Упражнения повторяют 6 – 8 раз подряд 3 – 4 раза в день. Направленный воздушный поток обеспечит в дальнейшем достаточное внутриротовое давление воздуха для образования согласных звуков.

Для умения удерживать воздух в ротовой полости учат надувать щеки.

Нецелесообразно до операции применять широко известные, но требующие повышенных усилий упражнения: катать карандаш по столу выдуваемой струёй воздуха, надувать шарики, дуть в соломинку. Они увеличивают напряжение лицевой и глоточной мускулатуры, усиливают гримасы, ускоряют выдох. Главная цель в этот период – получение пусть слабой, но сознательно направленной воздушной струи для формирования звуков речи.

Для дыхательных упражнений используют легкие предметы: кусочки ваты, полоски бумаги, пух и т. д.

Овладение направленной воздушной струёй позволяет перейти к непосредственно дыхательным упражнениям. Вначале ребенок, лежа на кушетке, учится вдыхать через нос «полный живот» («надуть мяч») воздуха и плавно выдыхать его через рот холодной струёй («мяч сдулся»). Точность выполнения упражнения контролируют ладонями: одна лежит на груди, вторая – на животе. Затем учатся дышать животом в положении сидя, стоя, на ходу.

После овладения достаточно длинным диафрагмально-реберным выдохом можно приступать к постановке гласных звуков и вокальным упражнениям.

После операции логотерапия начинается на 15 – 16 день. Первые занятия продолжаются 5 минут и содержат определённую дозировку.

Первый день: дыхательные упражнения выполняются лёжа, чередуя бесшумный вдох и удлинённый выдох через рот и нос. Дыхание сочетается с движениями рук, ног, головы. Постоянно контролируется диафрагмально-реберное дыхание.

Второй день: выполняются те же дыхательные упражнения, но в положении «сидя».

Третий день: выполняются дыхательные упражнения в положении «лёжа», «сидя», с сопровождением их движениями конечностей и головы.

Четвёртый – шестой дни: занятия удлиняются до 10 минут, используется прежний комплекс с добавлением дутья на ватку, в пузырёк, а также выдоха на широкий высунутый язык.

Седьмой – пятнадцатый дни: дыхательные упражнения выполняются

в положении «лёжа», «сидя», «стоя». Вырабатывается направленная воздушная струя.

Работа над дыханием продолжается и после снятия защитной пластинки, месяц закрывающей нёбо после выписки из стационара.

Таким образом, логопедическая работа по формированию речевого дыхания при ринолалии ведётся и в дооперационный, и в послеоперационный периоды. Работа после уранопластики строится с учётом дооперационной работы и эффективности операции. Методы работы модифицируются в зависимости от особенностей речи пациента и с учётом его психического статуса.

*Технология коррекции голоса при ринолалии* И.И. Ермакова выделяет следующие основные задачи логопедической работы по коррекции голоса при ринолалии:

1. Нормализация тембра.

2. Развитие природных голосовых данных детей.

3. Восстановление двигательной функции гортани при заболеваниях голосового аппарата.

4. Воспитание навыков правильного голосоведения.

Меры, способствующие улучшению голоса детей до пластической операции нёба:

1) Постановка физиологического и фонационного дыхания.

2) Профилактика дистрофии мускулатуры глотки и нёба.

3) Коррекция звукопроизношения.

Работа над голосом после операции:

1) Дыхательная гимнастика, удлиняющая выдох и активирующая внутренние межреберные мышцы и подвижность диафрагмы, усиление небно-глоточного смыкания.

2) Выработка навыка правильного голосоведения, расширение диапазона голоса, увеличение его силы, а также компенсация расстройства двигательной функции гортани, если таковое имеется.

Работа над голосом при ринолалии проводится поэтапно.

I этап. Голосовые упражнения начинаются с постановки гласных фонем

II этап. Голосовые упражнения продолжаются в виде вокальных упражнений, которые дают наилучший эффект в развитии подвижности небной занавески (растягивают её, активизируют всю мускулатуру гортаноглотки). Вначале поются [а] и [э], через 2 – 3 занятия – [о], через неделю – [и] и последним [у]. При ежедневных занятиях сроки сокращаются.

Вокальные упражнения начинаются с пения терций. Детям это трудно, но интервалы меньше 2 тонов, как правило, недоступны детям с ринолалией.

К вокальным упражнениям приступают на 3 – 4 занятии после повторения гласных, когда появляется хотя бы незначительная подвижность мягкого нёба, которую тренируют пением гласных в диапазоне терции одной октавы с детьми и трезвучия с подростками и взрослыми. При практически неподвижной небной занавеске или лишь при подергивании её края начинают с пения [а] или [э] на одной ноте, затем терции и трезвучия. При расслаблении неба занятия немедленно прекращают. Гласные поют 2 – 3 раза подряд до 12 раз в день под аккомпанемент фортепиано, под магнитофон или с голоса логопеда, начинают с низкого тона.

Терции и трезвучия поют не менее 3 недель, верхнюю ноту трезвучия поют дважды, не прерывая фонации (чтобы удлинить выдох и увеличить продолжительность смыкания мягкого нёба с задней стенкой глотки), поют громко и тихо (для развития силы голоса), но не форсируют голос (иначе нёбо провисает, звук назализуется). Упражнения выполняются стоя.

Детский голос, как указывают В.Г. Ермолаев Н.Ф. Лебедева, требует максимально щадящего отношения, отсюда следуют правила:

· Петь только в соответствующем возрасту диапазоне.

· Не использовать крайние ноты присущего возрасту диапазона.

· Петь на коротких певческих фразах.

· Петь без напряжения, не очень громко.

Наиболее легко детские голоса до мутации звучат в следующих диапазонах (В.Г. Ермолаев, Н.Ф. Лебедева):

3 – 4 года – ми1 – соль1

7 – 10 лет – ре1 – ре2

5 – 6 лет – ми1 – си1

10 – 14 лет – ми1 – ре2

Далее переходят к упражнениям для воспитания правильного голосоведения, расширения диапазона и увеличения силы голоса, окончательного снятия носового оттенка.

Начинают с изолированных гласных, потом их сочетаний (а, э, о, у, и).

Далее переходят к «мычанию» – протяжному произнесению [м] с фиксацией внимания на носовом резонансе согласного. Выбор фонемы [м] как исходной определяется её физиологической основой, удобной для правильной фонации. Затем переходят к произнесению слогов: ма, мо, му… 6 – 8 раз в день (после короткого трёхкратного произнесения [м]).

Согласный протягивают, гласный поют коротко. Затем также работают над [л], с попарным произнесением слогов. Потом аналогично работают над [н], [й], [р], [в], [з], [ж].

Далее осуществляется переход к речевым упражнениям. И.И. Ермакова рекомендует работать в последовательности:

1) произнесение сочетаний из 2-х слов и спряжений глаголов:

Вон Валя, вон мама, вон яма.

Я мыл(а) Милу. Я нарезал(а) лимон. Я съел(а) сметану.

2) распространение фразы, вводимое постепенно:

Я поливал(а). Я поливал(а) лилии. Я поливал(а )лилии из лейки.

3) ввод навыков в спонтанную речь. Вначале осуществляется подготовка на материале скороговорок и стихов с опорой на сонорные звуки. Фразы в них должны быть короткими, включающими только правильно произносимые фонемы:

На мели мы налима ловили.

На крыше у Шуры жил журавль Жура.

III и IV этапы. Для увеличения силы и диапазона голоса применяются вокальные упражнения:

1) распевание терций или трезвучий на гласных звуках, тише – громче;

2) мычание;

3) пение коротких музыкальных фраз и песенок, которые должны быть: простыми, легко запоминающимися, иметь легкий ритмический рисунок и не выходить за пределы диапазона.

Сначала лучше петь только мелодию песни на гласных звуках (вместе с логопедом), а потом уже петь со словами (сначала медленно). Пение продолжается не более 15 минут в течение занятия, по 3 – 5 минут за один приём.

Для заключительных вокальных упражнений IV этапа подбирают песни, во фразах которых тоны располагаются по звукоряду (т.е. интервалы не превышают 1-го тона). Это способствует более длительному удержанию нёбной занавески в смыкании.

Упражнения заканчиваются пением народных прибауток на одном тоне. Такой вид тренировок является наиболее сложным, доступным лишь при хорошо подвижном нёбе.

С.Ф. Иваненко предлагает упражнения (сугубо подражательного характера) по варьированию мелодики голоса, которые можно выполнять уже в процессе выработки дыхания и постановки гласных. В доступной наглядно-ситуативной форме – через подражание – детям дается понятие о голосоведении. По словам К.С. Станиславского, «...все, что сказано с приливом жизненной энергии, с удивлением, восторгом, гневом, ужасом и т.д., – все это пойдет вверх (высоко, звонко, громко). Все, что связано с упадком энергии, с апатией, с разочарованием (больно, грустно), – все это по звуковой лестнице пойдет вниз...»

С помощью зрительной опоры и голосового изображения вводится ряд понятий:

Далеко – близко (или тихо – громко)

А далеко

А близко А

Высоко – низко (тонко поет птичка – толсто, грубо поет медведь)

А

А А

Коротко – длительно (отрывисто, быстро, скоро – протяжно, медленно).

Протяжно – отрывисто

А\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

А\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

Звук [а] при постановке гласных идет первым, поэтому все понятия в изображении голосом даются с опорой на него.

С целью тренировки (закрепления) голосового многообразного звучания используются следующие задания:

а) Звук [а] на качелях.

Дети приседают, раскачиваются, произнося звук [а] (звук «взлетает» и «падает» в одном диапазоне – вдох! – выдох! – [а]).

б) Звук [а] раскачивается на ветке (слияние двух звуков [а] – [а] на одном выдохе).

Руки-ветки подняты вверх, под действием ветра наклоняются вправо – влево.

в) Звук [а] поднимается по лесенке. Звук произносится радостно, громко, покоряется каждая ступенька (вариант твердой атаки).

Звук [а] взбирается на вершину горы.

На горе тропа, по тропе идет [а]; звук произносится протяжно, с постепенным наращиванием подъема (!). Заканчиваем победно, радостно! (Как кричим «Ура!».)

Таким образом, видно, что этапы работы над голосом при ринолалии тесно связаны между собой и плавно перетекают друг в друга, постепенно расширяя своё содержание и усложняя его. Вся работа основывается на активизации мягкого нёба, а результаты, в свою очередь, напрямую зависят от его подвижности.

Процесс коррекции ринолалии действительно сложен и требует высокого профессионализма. Но в целом прогноз на выздоровление положителен и в большинстве случаев речь становится нормальной.

Литература:

1. Борозинец Н.М., Шеховцова Т.С. Логопедические технологии: Учебно-методическоепособие - Ставрополь, 2008.
2. Ермакова И.И. Коррекция речи и голоса у детей и подростков: Кн. для логопеда. - М.: Просвещение; 1996.
3. Логопедия. Под. ред. Л. С. Волковой. - М: Просвещение, 1989.
4. Топтапова С.Л. Коррекционно-логопедическая работа при нарушениях голоса. - М., 1984.
5. Филичева Т. Б., Чевелёва Н. А., Чиркина Г. В. Основы логопедии. - М.: Просвещение; 1989.