

Інтеграція науки і практики в умовах модернізації колекційної освіти України. Збірник наукових праць. - Херсон: ПП Вишемирський В.С., 2016.- С.61-64 УДК 376.43:159.946.3

В. В. Замолатнева
асистент кафедри корекційної освіти
Херсонського державного університету

Просодичний аспект в симптоматиці стертої форми дизартрії

Ключові слова: патологія мовленнєвого розвитку, стерта форма дизартрії, логопедична допомога, темпо-ритмічна організація мовлення, порушення просодики.

Ключевые слова: патология речевого развития, стертая форма дизартрии, логопедическая помощь, темпо-ритмическая организация речи, нарушение просодики.

Key words: speech pathology, logokorekciyna work, erased form of dysarthria, tempo-rhythmic disturbance, violation of prosody.

Стерта форма дизартрії зустрічається дуже часто в логопедичній практиці. Це мовна патологія, що проявляється в розладах фонетичного і просодичного компонентів мовної функціональної системи, що виникає внаслідок невираженого мікроорганічного ураження головного мозку.[2]

Дослідження дітей в масових дошкільних закладах показали, що в старших і підготовчих до школи групах від 40 до 60% дітей мають відхилення в мовленнєвому розвитку. Серед найбільш поширених порушень: дислалія, фонетико-фонематичний недорозвиток, загальний недорозвиток мовлення, дизартрія. У групах для дітей із загальним недорозвитком мовлення до 50% дітей, а в групах із фонетико-фонематичним недорозвитком – до 35% дітей мають стерту дизартрію. [4] Така категорія дітей потребує тривалої, систематичної індивідуальної логопедичної допомоги.

Для раннього виявлення стертої форми дизартрії і правильної організації комплексного впливу необхідно знати симптоми, що характеризують ці порушення.

На думку вчених (О. Мастюкової, Л.Мартінової, Є.Соботович, М.Шеремет та інших) , в основі дефекту при стертій формі дизартрії знаходяться легкі остаточні порушення іннервації артикуляційного, голосового, дихального апарата.

У мовленнєвій симптоматиці, окрім порушення звуковимови, спостерігаються стійкі просодичні порушення: мовлення монотонне, маловиразне, тембр частіше низький, голос тихий, темп уповільнений або прискорений.

Багато з дослідників структури дефекту при стертій дизартрії вказують на стабільні порушення інтонаційної виразності мовлення, процесів сприйняття та відтворення інтонаційних структур речення. При цьому найбільш збереженими є імітація питальної та розповідної інтонації. Сприйняття та самостійне відтворення інтонаційної структури, яке передбачає у даному випадку слуховимовну диференціацію розповідної та питальної інтонації, викликають значні труднощі у дітей. При цьому більш порушеним виявляється процес слухової диференціації інтонаційних структур, ніж процес їх самостійної реалізації. [1]

У працях О.Мастюкової, присвячених вивченню мовлення дітей із дизартрією, наголошується на порушеннях у дітей даної нозології темпу мовлення, а також труднощах у використанні динамічного, ритмічного та мелодійного наголосів. Порушення темпо-ритмічної організації висловлювання проявляються нерегулярністю, мінливістю ритму, труднощами модуляції наголосу внаслідок зміни нормованої тривалості наголошених та ненаголошених голосних звуків, які відрізняються в артикуляційному та спектральному відношенні. Порушення темпу мовлення

в бік прискорення або уповільнення можуть пояснюватися відсутністю рівноваги між двома основними нервовими процесами (збудження та гальмування). Зміна темпу значно перетворює відносні тривалості приголосного та голосного в середині складів. При прискореному темпі голосні можуть повністю редуціюватися, а під час уповільнення темпу тривалість приголосного практично не змінюється і подовження складу відбувається за рахунок збільшеності нормованої тривалості голосного. Внаслідок цього страждає загальне звучання мовлення, спостерігається квапливість, «проковтування звуків» або цілих складів, або неприродне розтягування вимови фраз [3].

При дослідженні модуляції голосу за висотою та силою також відмічаються значні труднощі. Не вдається інтонувати мелодії знизу вгору і згори вниз. У ряді випадків не вдається змінити силу голосу. У цілому діапазон голосу у дітей із стертою дизартрією звужений (у межах 3-4 тонів).

Причина порушення голосу при стертій дизартрії криється в патології еферентної та аферентної ланки керування інтонацією. Через паретичність, обмеженість довільних рухів голосових складок м'язів діафрагми виникають порушення, які відносяться до еферентної ланки. Аферентна патологія проявляється в недостатності кінестетичного аналізу, в порушенні пропріоцептивної імпульсації від органів голосоутворення і дихання. [1].

Дослідження Е. Артемової виявили залежність між ступенем сформованості просодичного оформлення мовленнєвого висловлювання і ступенем сформованості операцій слухового самоконтролю. Артемовою Е. була використана адаптована методика Й.Паана для виявлення можливості дітей виділяти помилки у власному мовленні. Ця методика дозволила автору з'ясувати характер порушень просодики у дошкільників: сенсорний, моторний, змішаний. Моторний характер порушення просодики констатується у дошкільників з мовленнєвим порушенням у випадках

низького ступеня сформованості просодики при достатньому рівні слухового самоконтролю. Сенсорний характер порушень просодики спостерігається, коли просодичні недоліки поєднані із несформованістю слухового самоконтролю. Змішаний (сенсомоторний) характер порушень просодики спостерігається, коли порушення просодичної сторони мовлення протікають на фоні слухового контролю, який знаходиться на стадії формування або автоматизації.

Крім того, Е. Артемовою виділено 4 ступеня сформованості просодичної сторони мовлення у дошкільників із стеротою дизартрією:

1 ступінь (низька) – грубі порушення просодичних компонентів. Недоліки тембру, сили і висоти голосу яскраво виражені, помітні самій дитині та оточуючим. Процес комунікації порушений. Дітям недоступні завдання, які передбачають довільне змінення ритмічних і звуковисотних характеристик. Порушення інтонаційного оформлення мають стабільний характер у всіх видах мовленнєвої діяльності.

2 ступінь (недостатня) – зміни голосу мають незначний характер. Зміни просодики стосуються окремих або всіх її компонентів. Спостерігаються труднощі при виконанні спеціальних завдань на відображення різних ритмічних та інтонаційних структур. Однак спонтанне мовлення, особливо в емоційно значущій ситуації може бути достатньо виразним.

3 ступінь (середня) – непостійне, нестійке відхилення від норми за однією або декількома просодичними характеристиками. Спонтанне мовлення достатньо інтоноване, але при виконанні спеціальних завдань можливі неточності або окремі помилки при передачі ритмічного й мелодичного малюнка.

4 ступінь (висока) – сформованість всіх просодичних характеристик. Діти мають нормальний тембр, діапазон їх голосу за силою та висотою

відповідають віковим нормам. Сформована темпо-ритмічна сторона мовлення. Дошкільники у повному обсязі володіють всіма засобами передачі різних типів інтонації. В спонтанному мовленні використовують всі засоби інтонаційної виразності і не відчують труднощів при виконанні спеціальних завдань. [3].

Таким чином, чисельні дослідження підтверджують неоднорідність та варіативність порушень просодичної сторони мовлення у дошкільників із стертою формою дизартрії. Урахування цих аспектів допоможуть спеціалісту в діагностиці стертої дизартрії, її диференціації від інших мовленнєвих патологій, в визначенні шляхів логокорекційної роботи.

Література:

- 1.Архипова Е.Ф. Стертая дизартрия у детей / Е.Ф. Архипова. – М.: Астрель, 2009. – с.26-34
- 2.Винарская Е. Н. Дизартрия / Е. Н. Винарская. – М.: АСТ, 2006. – с.141 -148.
- 3.Лопатина Л.В. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста с минимальными дизартрическими расстройствами / Л. В. Лопатина. – СПб.,2004. – с.41-64.
- 4.Шеремет М.К. Формування мовленнєвої готовності дітей старшого дошкільного віку з дизартрією до навчання в школі: Навчально-методичний посібник / М. К. Шеремет, Н.Г. Пахомова – Київ, 2009. – с.123-136.