

УДК 376.3

**ОСОБЛИВОСТІ ФОНЕТИЧНИХ І ПРОСОДИЧНИХ ПОРУШЕНЬ  
У ДІТЕЙ ЗІ СТЕРТОЮ ДИЗАРТРИЄЮ****Дідкова Л.М.**Інститут корекційної педагогіки та психології  
НПУ імені М.П.Драгоманова

*Висвітлюються особливості фонетичних порушень та просодики у дітей зі стертою дизартрією. Освещаются особенности фонетических нарушений и просодики у детей со стертой дизартрией. The author is describe the fatur of phonetic and prosodic disoders of children with minimal disartria symptoms.*

*Ключові слова: стерта форма дизартрії, фонетичні порушення, порушення звуковимови.*

*Ключевые слова: стертая форма дизартрии, фонетические нарушения, нарушение звукопроизношения.*

*Key words: minimal symptoms of disartria, phonetic correction, pronounse disoders.*

Стерта дизартрія – мовленнєве порушення, що проявляється в розладах фонетичного і просодичного компонентів мовленнєвої функціональної системи, виникає внаслідок невираженого мікроорганічного ураження головного мозку (Л.В.Лопатіна).

Порушення фонетичної сторони мовлення є провідними у структурі мовленнєвого дефекту у дітей зі стертою дизартрією..

При стертій дизартрії фонетичні порушення обумовлені органічною недостатністю інервації м'язів мовленнєвого апарату (дихального, голосового, артикуляційного відділів периферичного мовленнєвого апарату).

Основну роль в іннервації м'язів периферійного мовленнєвого апарату відіграють лицевий, трійничний, язикоглотковий, блукаючий, під'язиковий нерви.

При ураженнях вказаних нервів можуть спостерігатись порушення артикуляції і фонації, що призводять до виникнення дизартрії.

Так, при ураженні VII-ї пари – лицевого нерва – порушується артикуляція звуків: [б], [п], [в], [ф] через неможливість скласти губи трубочкою. У дітей зі стертою дизартрією характерне виконання рухів не в повному об'ємі, неточне, із заниженим м'язовим тонусом, при наявності синкінезій. Відмічається утруднення утримання артикуляційної позиції.

При ураженні V-ї пари – трійничного нерва – порушуються нерви нижньої щелепи. На стороні ураження щока звисає, згладжена носогубна складка, опущений куток рота.

При ураженні IX-ї пари – язикоглоткового нерва – в тяжких випадках виникає параліч м'язів глотки, язика, м'якого піднебіння, порушується фонація і артикуляція, а при стертій дизартрії характерне недостатнє підняття м'якого піднебіння. Завдання на переключення рухів здійснюються

повільно, в неповному об'ємі, з появою супутніх рухів мімічної мускулатури, з виникненням персеверацій і перестановок. Порушується можливість одночасного виконання рухів. Мають місце безпорядні рухи язиком.

При ураженні X-ї пари – блукаючого нерва – виникає параліч м'язів глотки, м'якого піднебіння, гортані, надгортанника, внаслідок чого виникає порушення артикуляції і фонації.

При ураженні XII-ї пари – під'язикового нерва – в тяжких випадках виникає параліч відповідної половини язика. Спостерігаються атрофія м'язів язика, гіпотонія (язик при цьому тонкий, видовжений), відхилення язика при висовуванні в сторону параліча. Рухи язика в уражену сторону виконуються з утрудненням або зовсім неможливі. Утруднені рухи язика вверх, вперед. Навіть незначне ураження цього нерву порушують вимову звуків [с], [з], [т], [д], [н], [ч, ц, щ], [р, л].

При стертій дизартрії значні утрудненні викликають такі рухи, як підняття і опускання кінчика язика, утримання язика в широкому та вузькому стані, висовування язика та утримання його в спокійному стані. Виконання цих рухів характеризується тремором кінчика язика, зниженим м'язовим тонусом, наявністю синкінезій, утрудненням утримання заданої пози, порушенням об'єму виконуваних рухів.

Більшість авторів, що вивчали проблему звуковимови при стертій формі дизартрії, відмічають, що для всіх дітей характерне поліморфне порушення звуковимови. Порушення вимови різних груп звуків у дітей характеризується визначеними особливостями, які обумовлені взаємодією мовнорухового і мовнослухового аналізаторів та акустичною близькістю звуків.

Механізм звуковимови розглядається з двох позицій: перцептивної і артикуляційної.

Перцептивна база – це сприйняття фонетичних одиниць, злиття їх з еталонами і диференціація. Артикуляційна база – це готовність артикуляційного апарату щодо виконання тонких диференційованих рухів, необхідних для вимови звуків. Артикуляційна база в онтогенезі формується поступово і до п'яти років є завершеною.

Л.В.Лопатіна, вивчаючи звуковимову дітей зі стертою формою дизартрії, приводить статистичні дані поліморфних порушень:

- порушення двох фонетичних груп звуків – 16,7%;
- порушення трьох фонетичних груп звуків – 43,3%;
- порушення чотирьох і більше фонетичних груп звуків – 40%.

Самим розповсюдженим у дітей зі стертою дизартрією є порушення вимови свистячих звуків. Наступні – порушення шиплячих звуків. Менш частіше спостерігаються порушення вимови сонорних звуків.

Дослідження Л.В.Лопатіної підтверджують, що у дітей зі стертою дизартрією майже за всіма рівнями (за Берштейном) відмічаються відхилення від нормативів в психомоториці. Виявляються порушення функції статичної рівноваги (рівень А); динамічної координації (рівень В); порушення темпу і точності рухів (рівень В і С); зниження рухової пам'яті (рівень D). Дані дослідження розкривають механізм порушення і структуру дефекту при стертії дизартрії та визначають нові напрямки в психолого-педагогічному, медичному і логопедичному аспектах впливу, спрямовані на корекцію психомоторики дітей.

Л.В.Лопатіна, І.Б.Кареліна та ін. виявили у дітей зі стертою дизартрією порушення іннервації мимічної мускулатури: наявність згладженості носогубних складок, асиметричність губ, труднощі зашмурення очей, підйому брів. Також характерними симптомами для дітей зі стертою дизартрією є: труднощі переключення з одного руху на інший, знижений об'єм рухів губ і язика; спостерігаються труднощі в розтягуванні губ. При виконанні вправ для язика відмічаються: труднощі розпластування язика, підйому і утримання язика зверху, тремор кінчика язика, вибіркова слабкість деяких м'язів язика, неточність рухів; у деяких дітей – уповільнення темпу рухів при повторному виконанні завдання. [2. с 45]

О.Ю.Федосовою виявлені наступні особливості звуковимови у дітей зі стертою формою дизартрії. В залежності від фонетичних умов звук може вимовлятися по-різному: звук вимовляється правильно, в інших випадках викривлюється або навіть замінюється. Характер вимови залежить від

місця звука в слові, від довжини слова і складової структури слова.

Науковцем використана система обстеження з урахуванням ускладнюючого фонетичного контексту. Конкретний звук обстежується в наступній послідовності:

- ізольовано;
- в складі складу;
- інтервокально;
- склади зі збігом приголосних;
- слова, різні за складовою структурою;
- фрази;
- зв'язне мовлення.

При цьому ураховується фонетичний контекст, тобто положення звука в слові: на початку, в кінці, в середині слова; сполучення із сусідніми звуками; довжина слова (кількість складів); ключева структура слова.

В дослідженнях О.Ю.Федосової відмічаються такі особливості звуковимови у дітей зі стертою дизартрією:

- антропофонічні (викривлення, пропуски);
- фонологічні (заміна, змішення).

Дані порушення звуковимови носять непостійний характер і залежать від фонетичних умов. [1. с 111]

Найбільші труднощі звуковимови виникають при позиції звука в середині слова і в ненаголошеному складі. При вираженому порушенні звуковимови зберігається кількість складів і наголос.

Складним для дітей даної категорії є слова із збігом приголосних. В даному випадку випадає один приголосний звук. Як наслідок утруднень, що виникають при переключенні із одного артикуляційного укладу до іншого (кінетична диспраксія), зустрічаються випадки складової структури слова.

В працях І.Б.Кареліної, Р.І.Мартинової, О.Ю.Федосової представлено співставлення складної дислалії і стертої дизартрії. При складній функціональній дислалії:

- страждає артикуляція тільки приголосних звуків;
- чітко порушення артикуляції визначених звуків зберігається в різних умовах їх реалізації;
- зміни дихання не типові;
- дискоординація дихання, голосоутворення і артикуляції відсутня;
- автоматизація сформованих звуків не викликає утруднень;
- не відмічається порушень темпо-ритмічної організації мовлення.

При стертії формі дизартрії:

- можливо незрозуміла вимова звуків з легким носовим відтінком;

- ізолювано звуки можуть бути збережені, а в мовленні вимовляються незрозуміло, викривлено;
- процес автоматизації утруднений;
- дихання поверхневе, відмічається мовлення на вдосі, скорочений фонаційний видих;
- характерний прискорений або уповільнений темп мовлення.

В дослідженнях Г.В.Гуровец, С.І.Маєвської вказується на наступні типові звукові розлади при стертії дизартрії:

1. Міжзубна вимова передньоязикових звуків [т], [д], [н], [л], [с], [з] сполучається з відсутністю або горловою вимовою звука [р].
2. Бокова вимова шиплячих, свистячих, звуків [р] [р'], заміна [р] [р'] на [л] [л].
3. Шиплячі звуки формуються в більш простій вимові і замінюють свистячі звуки.
4. Пом'якшення приголосних звуків обумовлено спастичною напругою середньої частини спинки язика.
5. Дефекти озвінчення, які розглядаються як прояви голосового порушення.

В дослідженнях цих авторів вперше описані випадки голосових розладів у дітей з легкою ступінню дизартрії: голос тихий, назалізований, хриплий. [3]

В дослідженнях А.М.Піскунова відмічається, що в одних випадках під час вимови артикуляція здійснюється в'яло, нечітко, без активності. Руховий акт не завершується, тоді звук замінюється голосним або зовсім випадає.

В інших випадках артикуляція не відрегульована, уклад приблизно відповідає фонемі, при цьому язик може зближуватись з твердим піднебінням і відхилитися в сторону; кінчик може проходити в міжзубну щілину, а корінь підніматись до м'якого піднебіння, внаслідок чого виникає викривлення і заміни звуків.

Приголосні звуки порушуються по-різному, наприклад, при вимові [т], [д] кінчик язика знаходиться між зубами (нерівномірність ураження черепно-мозкових нервів), передня частина спинки язика змикається з твердим піднебінням.

Недостатньо тонке диференціювання артикуляційних рухів нижньої щелепи, язика, губ призводить до нечіткого звучання голосних. Наприклад, звук [у] наближається до [о], звук [і] - до [е]. Голосні іноді пом'якшуються, вимовляються коротко.

При спастичному парезі корінь язика торкається до напруженого м'якого піднебіння і язичка, під дією повітряного струменю язичок вібує, тіло язика знаходиться на дні порожнини рота, під час вимови залишається нерухомим, що призводить до викривленої вимови звука [р]. Спастичні парези

призводять до дефектів формування щільних звуків. Збільшений корінь язика і його напруга призводить до задньопіднебінного (носового) відтінку при вимові [л]; при інтенсивній моториці артикуляційних органів кінчик язика прилягає до твердого піднебіння на значній ділянці, при цьому формується звук, схожий на м'який [л']. Під час вимови звуків [с], [з], [ш], [ж] корінь язика припіднятий до м'якого піднебіння, що призводить до носового сигматизму. (А.М.Піскунов).

Для правильного формування звукової сторони мовлення дитина повинна мати не тільки підготовлений до цього артикуляційний апарат, але і вміти добре чути і розрізняти звуки, що правильно і неправильно вимовляються в своєму і чужому мовленні.

Порушення у формуванні фонематичного слуху у дітей зі стертою дизартрією носить вторинний характер. Такого плану порушення спостерігаються при патології мовленнєвих кінестезій, що мають місце при рухових ураженнях органів мовлення. Діти погано виконують вправи за розрізненням слів, близьких за своїм звучанням (на матеріалі картинок), за побудовою картинок на визначений звук, за впізнанням складів та ін..

У дітей зі стертою формою дизартрії із-за наявності патологічної симптоматики в артикуляційному апараті (гіпертонус, гіпотонус, девіація, гіперкінези, гіперсаливація та ін.) порушується моторика артикуляційного апарату, погіршується якість артикуляторних рухів. Ця моторна недостатність негативно впливає на формування фонематичного слуху. Як наслідок, погіршується в процесі навчання засвоєння розумових операцій, що складають фонематичне сприймання. У зв'язку з чим не формуються фонематичні уявлення, уміння і навички здійснювати фонематичний аналіз у розумовому плані.

Порушення чіткості артикулювання під час мовлення, невнятне в цілому мовлення дітей зі стертою дизартрією не дозволяє формуватися чіткому слуховому сприйняттю. Часто діти не контролюють свою звуковимову. Порушення слухової диференціації і кінестетичного контролю є причиною стійких порушень фонетичної і просодичної сторони мовлення. [1. С. 138].

В мовленнєвій симптоматичі, окрім порушення звуковимови і фонематичного слуху, спостерігаються просодичні порушення: мовлення маловиразне, монотонне, голос тихий, тембр низький, темп мовлення сповільнений або прискорений.

Порушення просодичної сторони мовлення є діагностичним критерієм при диференціації стертої дизартрії і складної дислалії.

Л.В.Лопатина відмічає, що фонетична сторона мовлення представляє собою тісний взаємозв'язок основних його компонентів: звуковимову і просодики. Різні фонетичні засоби оформлення висловлювання ( темп, ритм, інтонація, наголос) тісно взаємодіють, визначаючи як смисловий зміст, так і відношення до змісту того, хто говорить. У дітей зі стертою дизартрією порушення просодичної сторони мовлення впливають на розбірливість, емоційний стан мовлення.

О.М.Мастюкова відмічає у дітей зі стертою формою дизартрії порушення темпу мовлення, труднощі використання ритмічних, динамічних і мелодичних наголосів.

Л.І.Білякова, І.З.Романчук, вивчаючи особливості інтонаційної сторони мовлення учнів шкіл для дітей з тяжкими порушеннями мовлення, відмічають, що у віці 11-12 років у них спостерігаються стійкі порушення просодики. Найбільш складні проби на виразне читання речень різних конструкцій, на перетворення розповідного речення в запитальне. Ці дані говорять про те, що

спонтанного покращення просодики з віком не відмічається.

Дослідження Є.Э.Артемової виявили залежність між ступенем сформованості просодичного оформлення мовленнєвого висловлювання і ступенем сформованості операцій слухового самоконтролю. Автором була використана адаптована методика Й.Паана для виявлення можливості дітей виділяти помилки у власному мовленні. Ця методика дозволила науковцю визначити характер порушень просодики у дошкільників: сенсорний, моторний і змішаний.

Сенсорний характер порушень просодики відмічається у дітей, у яких порушення просодики сполучаються з несформованістю слухового самоконтролю. Моторний характер порушення просодики констатується у дітей дошкільного віку з мовленнєвим порушенням у випадках низької ступені сформованості просодики при достатньому рівні слухового самоконтролю. Змішаний (сенсомоторний) характер порушень просодики виражається в просодичних порушеннях, що перебігають на тлі формуючого слухового самоконтролю або на стадії автоматизації. [1. с 279]

#### СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Архипова Е.Ф. Стертая форма у детей: учеб. Пособие для студентов вузов / Е.Ф.Архипова. – М.: АСТ: Астрель: ХРАНИТЕЛЬ, 2007. – 319, [1] с.: ил. – (Высшая школа).
2. Архипова Е.Ф. Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стертой дизартрии у детей / О.Ф.Архипова. - М: АСТ: Астрель, 2008.- 254 с.
3. Гуровец Г.В., Маевская С.И. Клинико-педагогическая характеристика детей, страдающих стертой формой дизартрии и ринофонией и методы коррекционного воздействия. / Под ред. В.И.Селиверстова и С.Н.Шаховской. – М.: Изд-во гос. пед. ин-та, 1985. – с 103-114.
4. Лопатина Л.В. Проявления и диагностика фонетических нарушений при стертой дизартрии // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И.Герцена. – 2006. - № 14 – с 219-230.
5. Лопатина Л.В., Серебрякова Н.В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников. (Коррекция стертой дизартрии). – СПб., 2001.
6. Пискунов А.М. Анатомо-физиологические основы терапии косноязычия. – М., 1962.
7. Федосова О.Ю. Особенности звукопроизношения детей с легкой степенью дизартрии. / Коррекционная педагогика. - 2004.

УДК 159.943.75:81

#### МІЖПІВКУЛЬНА ВЗАЄМОДІЯ ТА ЇЇ ЗВ'ЯЗОК З ЕМОЦІЙНОЮ СФЕРОЮ ДИТИНИ В ШКІЛЬНОМУ ВЦІ

**Козинець О.В.**

Інститут корекційної педагогіки та психології  
НПУ імені М.П.Драгоманова

*У статті проаналізовано причини емоційної нестабільності у ліворуких, зокрема із заїканням, розкрито найбільш характерні прояви невротичної симптоматики у перенавчених ліворуких та причини шкільної неуспішності.*

*В статтє проанализированы причины эмоциональной нестабильности у леворуких, в частности с заиканием, раскрыто наиболее характерные проявления невротической симптоматики у переученных леворуких, а также причины школьной неуспеваемости.*