

Особенности звукопроизношения у детей дошкольного возраста со стертой дизартрией

Борисова Екатерина Васильевна

Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение

«Детский сад №10», г. Уссурийск

учитель - логопед

Приамурский государственный университет им.Шолом-Алейхема

Магистрант

Аннотация

В статье представлен анализ результатов исследования звукопроизношения у детей дошкольного возраста со стертой дизартрией на констатирующем этапе. Исследование проведено при помощи адаптированной тестовой методики диагностики устной речи дошкольника. Исследовались состояния артикуляционной, мимической моторики и звукопроизношения детей со стертой дизартрии.

Ключевые слова: стертая дизартрия, исследование, диагностические комплексы, дети дошкольного возраста.

Features of sound reproduction in preschool children with erased dysarthria

Ekaterina Borisova

Municipal budget preschool educational institution "Kindergarten No. 10",

Ussuriysk

teacher-speech therapist

Sholom-Aleichem Priamursky State University

Undergraduate

Abstract

The article presents an analysis of the results of the study of sound reproduction in preschool children with erased dysarthria at the ascertaining stage. The study was conducted using an adapted test method for diagnosing preschool children's oral speech. The conditions of articulation, mimic motor skills and sound reproduction of children with erased dysarthria were studied.

Keywords: erased dysarthria, research, diagnostic complexes, preschool children.

Проблема дизартрии, как сложного речевого дефекта остается актуальной для отечественных и зарубежных исследователей.

Согласно определению, данному Е.М. Мастюковой, дизартрия – нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата [8].

Вопросами изучения дизартрии занимались Е.Ф. Архипова, Л.И. Белякова, Л.С. Волкова, Е.Н. Винарская, Л.А. Данилова, Л.Т. Журба, М.В. Ипполитова, А.Н. Корнев, Л.В. Лопатина, Е.М. Мастюкова, Р.И. Мартынова, И.И. Панченко, О.В. Правдина, К.А. Семенова, Е.Ф. Собонович, Э.Я. Сизова, М.Е. Хватцев, Л.А. Чистович, Г.В. Чиркина, М.Б. Эйдинова.

Причиной возникновения нарушений речи дизартрического характера могут быть: органические поражения головного мозга под воздействием неблагоприятных факторов в период развития мозга ребёнка; патология беременности; воздействие радиационного излучения, алкоголизма; травмы плода; роды с патологией; асфиксия новорожденных; нейроинфекционные заболевания у детей; черепно-мозговые травмы; соматические заболевания, протекающие с осложнениями в центральной нервной системе [7].

Л.В. Лопатина [9] определяет стертую дизартрию как речевую патологию, проявляющуюся в расстройствах фонетического и просодического компонентов речевой функциональной системы и возникающую вследствие невыраженного микроорганического поражения головного мозга.

В целом, дизартрия как сложное речевое нарушение характеризуется нарушениями звукопроизношения, недостаточностью артикуляционной моторики, что приводит к невнятной невыразительной речи и плохой дикции, изменениями речевого дыхания, фонации и просодической стороны речи [2].

Проводимые в массовых садах исследования показали, что в старших и подготовительных к школе группах от 40 до 60% детей имеют отклонения в речевом развитии, наиболее распространенными из которых является стертая дизартрия. В группах для детей с общим недоразвитием речи до 50% детей, а в группах с фонетико-фонематическим недоразвитием – до 35% детей имеют стертую дизартрию.

Дифференциальная диагностика стертой дизартрии чрезвычайно затруднена. Нарушения фонетической стороны речи при данном нарушении имеют свой специфический механизм, с трудом поддаются коррекции, а имеющиеся у детей нарушения фонематической и лексико-грамматической стороны речи затрудняют не только процесс овладения грамотой, но и обучение в школе в целом [9].

Сказанное выше позволяет сделать вывод о том, что проблема своевременного выявления детей со стертой дизартрией и оказания специализированной логопедической помощи остаются актуальными, учитывая распространенность этого речевого нарушения.

Экспериментальное исследование с целью изучения состояния звукопроизношения детей со стертой дизартрией проводилось на базе МБДОУ «Детский сад №10» г. Уссурийска. В исследовании приняли участие 15 детей (9 мальчиков и 6 девочек). У всех детей диагностирована стертая дизартрия, а у 11 детей из этого количества при наличии стертой дизартрии имеется общее недоразвитие речи 3 уровня.

Для проведения исследования была использована адаптированная тестовая методика диагностики устной речи дошкольника, в основу которой были положены диагностические комплексы для оценки состояния артикуляционной и мимической моторики детей со стертой дизартрии, рекомендуемые Л.В. Лопатиной и Г.В. Дедюхиной. Обследование состояния звукопроизношения проводилось по общепринятой в логопедии методике, опубликованной в работах Н.С. Жуковой, Р.Е. Левиной, Е.М. Мастюковой, Т.Б. Филичевой, Г.В. Чиркиной.

Экспериментальная работа проводилась по следующим направлениям:

1. Изучение сенсомоторного уровня:
 - Обследование кинестетического орального праксиса
 - Обследование кинетического орального праксиса
 - Обследование динамической координации артикуляционных движений
 - Обследование мимической мускулатуры
 - Обследование мышечного тонуса и подвижности губ
 - Обследование мышечного тонуса языка и наличия патологической симптоматики
2. Диагностика сформированности фонематического восприятия, включающая:
 - Показ картинок
 - Повторение серии слогов и слов
 - Выделение звука из ряда звуков, слогов, слов
3. Обследование звукопроизношения

В результате проведения исследования были получены следующие данные. У всех детей отмечаются нарушения состояния артикуляционной и мимической моторики. При обследовании кинестетического орального (артикуляционного) праксиса из 60 баллов, что составляет максимальное количество, были получены результаты в диапазоне от 32 до 54 баллов. При обследовании кинетического орального праксиса получены показатели от 5 до 17 баллов из максимально возможных 20 баллов. При обследовании динамической координации артикуляционных движений дети демонстрировали показатели от 5 до 18 баллов при максимальных 20 баллах. Обследование мимической мускулатуры показало результаты выполнения проб от 5 до 19 баллов при максимальных 20 баллах, обследование мышечного тонуса и подвижности губ – от 3 до 12 баллов при максимальных 12 баллах, а обследование мышечного тонуса языка – от 3 до 10 баллов при максимальных 12 баллах.

Таким образом, по всем направлениям экспериментального обследования были выявлены отклонения от нормативных показателей.

Характеризуя нарушения в состоянии артикуляционного аппарата детей со стертой дизартрией, отметим, что у 2 детей (Семен Б., Вероника Н.) отмечена недостаточная подвижность артикуляционных мышц при произнесении гласных и согласных звуков, артикулирование которых требует активных движений губ, их округление и вытягивание. Так же в ходе

обследования была отмечена ограниченная подвижность мышц языка в выполнении подъема кончика языка вверх в полости рта, что является причиной нарушения произношения шипящих и сонорных звуков. У Семена Б. выявлены парезы мышц языка, нарушение мышечного тонуса, в результате чего ребенок не мог изменять положение языка, при этом основная трудность заключалась в движении языка влево и вправо. У 3 детей (Федор О., Саша Т., Саша З.) выявлено наличие парезов и параличей, выраженной гиперсаливации. Дети не могли надувать щеки, вытягивать губы вперед и плотно смыкать их, затруднялись в подъеме кончика языка вверх, удерживании его в данном положении. Для 2 детей (Матвея К. и Бори Б.) значительную трудность представляли движения языком вправо и влево, а также переключение от одного движения к другому.

У 2 детей были отмечены особенности строения органов артикуляционного аппарата. У Виолетты К. губы тонкие и укороченные, что мешало ребенку правильно удерживать необходимую артикуляционную позу и способствовало ухудшению речевого дыхания. У девочки была отмечена недостаточная амплитуда движений языка к верхним альвеолам, что является предрасполагающим фактором для нарушений произношения ряда звуков. У Саши Т. губы были малоподвижными, при задании растянуть губы в улыбке, а затем переключиться из этого положения в положение вытянутой трубочки ребенок испытывал затруднения, искал правильную позицию и совершал переходы от одного положения губ к другому с трудом и очень медленно. В результате обследования было выявлено, что у двух детей отклонения в развитии движений языка были обусловлены слабыми мышцами языка. Это затрудняло четкость и точность выполнения движений языка к верхней губе. Недостаточная подвижность кончика языка у Миланы С. явилась предрасполагающим фактором межзубного произношения свистящих звуков, из-за чего произношение приобретало шепелявый оттенок. У Артема П. при произнесении звука С наблюдался чрезмерный подъем спинки языка вверх, в результате чего звук смягчался. Также у этих детей (Милана С., Артем П.) отмечались аномалии в строении зубов в виде отсутствия передних верхних резцов, что затрудняло удерживание кончика языка в нужном положении и отрицательно сказывалось на качестве произношения. У этих детей нарушение звукопроизношения усугублялось ограниченной подвижностью мышц мягкого неба, что придавало речи небольшой назальный оттенок из-за утечки воздуха через нос.

Проведение обследования выявило невысокий уровень сформированности фонематических функций. В ходе обследования фонематического слуха получены следующие данные: у 8 детей из 15 имеются нарушения в фонематическом развитии. Дети не понимали смысла задания и не могли его выполнить. Из всех заданий дети справились только с выделением изолированного звука из ряда звуков. Затруднялись в дифференциации звуков на уровне слова – 2 детей (Забава М., Гриша К.). Забава М. не могла различать в словах свистящие и шипящие звуки, но при различении в изолированном виде затруднений не было. У второго ребенка

выявлено недоразвитие в различении сонорных звуков. Мы предполагаем, что причиной этому является недостаток фонематического восприятия и недостаточно развитый самоконтроль.

Нарушенное произношение свистящих отмечено у 25 % детей, нарушение шипящих у 25%, нарушение соноров у 25 % детей. Нарушенное произношение звонких согласных отмечено у 12,5 % детей. Так, у Лизы Л. наблюдалось спастическое сокращение мышц голосового аппарата, что привело к отсутствию вибрации голосовых складок. В результате этого у девочки был нарушен процесс образования звонких согласных, которые заменялись на глухие согласные («вата» - «фата», «гусь» - «кусь»). В предложениях ошибки в произношении звонких звуков также носили характер замещения по принципу звонкости - глухости. У Забавы М. была нарушена вибрация голосовых складок, это связано с паретичностью мышц голосового аппарата. Сила голоса у девочки была минимальной, вследствие чего произношение звонких согласных было недостаточно озвонченным.

Произношение свистящих звуков было нарушено в 25% случаев. Из них у 12,5% детей выявлен межзубный сигматизм (Ева Г., Ваня Н.), что связано с нарушением иннервации мышц языка, в частности его кончика. У этих детей при произнесении свистящих звуков кончик языка просовывался между передними зубами и общее звучание носило оттенок шепелявости. Это было связано с тем, что мышцы языка слабые и необходимый для звучания шипящих звуков продольный желобок не образовывался, боковые края языка были опущены, воздушная струя в момент произнесения свистящих звуков была теплой и рассеянной. Остальные 12,5% случаев составил боковой сигматизм (Милана С., Матвей К.). У Миланы С. во время произношения кончик языка и передняя спинка были приподняты и примыкали к альвеолам верхних зубов, в результате средняя часть спинки языка так же была приподнята к небу, и желобок не образовывался. Боковые края языка были опущены и не прилегали к коренным зубам. Воздушная струя шла по обоим краям языка и слабо ощущалась тыльной стороной руки, поднесенной ко рту ребенка в момент произнесения. У Матвея К. кончик языка во время произнесения находился за нижними зубами, но отклонялся от средней линии и образовывал воздушную струю с правой стороны. Поэтому при произношении звуков слышался своеобразный хлюпающий звук. Причина этого – органическое поражение центральной нервной системы, которое носит при боковом сигматизме «мозаичный» характер, так как поражены отдельные мышечные пучки. Так же про боковой сигматизм можно сказать, что это стойкий дефект, не исчезающий спонтанно.

Шипящие звуки были нарушены у 25% детей. Парасигматизм шипящих звуков был отмечен у 2 детей. У Федора О. парасигматизм шипящих звуков проявлялся следующим образом: кончик языка, вследствие нарушения иннервации, был опущен и упирался в нижние десны, артикуляция происходила за счет задней части спинки языка и звучание было схоже со звучанием смягченного звука Ш, но иногда у ребенка звук Ш звучал достаточно четко. У Семена Б. при произнесении шипящих звуков

вследствие повышенного мышечного тонуса в артикуляционной мускулатуре кончик языка был оттянут назад и спинка языка была закруглена, закрывая вход в горло, что нарушало нормированное произношение шипящих звуков.

Произношение сонорных звуков нарушено у 25% детей. Межзубный ламбдацизм отмечен у 3 детей, у которых также наблюдался межзубный сигматизм (Ваня Н., Семен Б., Лиза Л.). Это происходило вследствие того, что дети не могли удерживать язык в нужной позиции, но для того, чтобы произнести звук, дети «закусывали» кончик языка резцами, компенсируя свой дефект. У данных детей выявлено нарушение мышечного тонуса в виде атонии мышц кончика языка. Губно-зубной ламбдацизм выявлен у Евы Г., у которой при произношении звука Л образовывался звук, напоминающий звук В (лампочка – «вампочка», масло – «масво», ложка – «вошка»). Это можно объяснить тем, что нижняя губа приближалась к верхним резцам, язык при этом в образовании звука не участвовал. Причинами возникновения данного дефекта является паретическое состояние мышц кончика и средней части спинки языка.

Увулярный ротацизм выявлен у 2 детей (Виолетта К., Артем П.). В данном случае произношение звуков Р и Рь искажалось за счет вибрации только маленького язычка. Причиной являются парезы мышц кончика языка. У Виолетты К. вибрация носила гармонический характер и не сопровождалась шумом.

Таким образом, проведенная диагностика детей с речевым нарушением стертая дизартрия показала следующее: выявлена недостаточная подвижность отдельных мышечных групп речевого аппарата (губ, мягкого неба, языка), общая слабость всего периферического речевого аппарата вследствие поражения тех или иных отделов нервной системы. Фонетические нарушения при стертой дизартрии обусловлены паретичностью или спастичностью отдельных групп мышц артикуляционного отдела речевого аппарата. Нарушение фонематического слуха в основном носит вторичный характер, т.к. собственная «смазанная» речь не способствовала формированию четкого слухового восприятия и контроля. Отмечались следующие недостатки звукопроизношения: носовой оттенок при произношении согласных звуков, замены согласных по глухости - звонкости, межзубный сигматизм, боковой сигматизм, шипящий парасигматизм, губно-зубной парасигматизм, межзубный ламбдацизм, губно-зубной ламбдацизм, увулярный ротацизм. У детей с нарушенным звукопроизношением была отмечена неврологическая симптоматика в виде стертых парезов, гиперкинезов, нарушений мышечного тонуса артикуляционной и мимической мускулатуры. Для детей со стертой дизартрией характерно упрощение артикуляции, т.е. замена сложных звуков более простыми по артикуляционно-акустическим признакам. Среди искажений наиболее часто встречается боковое и межзубное произношение свистящих, губно-зубной парасигматизм и ламбдацизм.

Обобщая вышесказанное, отметим, что полученные результаты обследования детей дошкольного возраста со стертой дизартрией

свидетельствуют о наличии нарушений сенсомоторного уровня, фонематического восприятия, звукопроизношения. Это свидетельствует о необходимости проведения с детьми со стертой дизартрией систематической логопедической работы по нормализации мышечного тонуса, развитию артикуляционной моторики и коррекции звукопроизношения.

Библиографический список

1. Архипова Е.Ф. Стертая дизартрия у детей. М.: АСТ: Астрель. 2016. 319с.
2. Архипова Е.Ф. Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стертой дизартрии у детей. М.: АСТ: Астрель, 2008. - 254с.
3. Бабина Г.В. Практикум по дисциплине «Логопедия»: Учебно-методическое пособие. М.: Прометей, 2012.- 104с.
4. Башмакова С. Б., Станилеско И. В. Современные исследования дизартрии в отечественной и зарубежной логопедии // Научно-методический электронный журнал «Концепт». 2016. Т. 17. С. 818–822. – URL: <http://e-koncept.ru/2016/46339.htm>.
5. Белякова Л.И. Логопедия. Дизартрия. М.: Гуманитарный изд. центр ВЛАДОС, 2013. 287с.
6. Винарская Е.Н. Дизартрия. М.: АСТ: Астрель, Хранитель, 2006. 141 с.
7. Данилова Л.А. Методы коррекции речевого и психического развития детей с церебральным параличом. Л.: Медицина, 1977. 96 с.
8. Логопедия: Учебник для студ. дефектол. фак. пед. высш. учеб. заведений / Под ред. Л.С. Волковой. М.: Гуманитарный изд. Центр ВЛАДОС. 2009. 703 с.
9. Лопатина Л.В., Серебрякова Н.В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников (коррекция стертой дизартрии): учебное пособие. СПб.: СОЮЗ, 2000. 192 с.
10. Мастюкова Е.М., Ипполитова М.В. Нарушение речи у детей с церебральным параличом: Книга для логопеда. М.: Просвещение, 1985. 170 с.
11. Приходько О.Г. Дизартрические нарушения речи у детей раннего и дошкольного возраста // Специальное образование. 2010. №2. С. 68-81.
12. Приходько О.Г. Логопедическое обследование детей с нарушениями речи // Специальное образование. 2010. № 3. С. 82-87.
13. Семенова К.А., Мастюкова Е.М., Смуглин М.Я. Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей. М.: Медицина, 1972. 328 с.
14. Филичева Т.Б. Основы дошкольной логопедии – М.: Эксмо, 2015. 320с.
15. Эйдинова М.Б., Правдина-Винарская Е.Н. Детские церебральные параличи и пути их преодоления. М.: Акад. пед. наук РСФСР, 1959. 216 с.