

МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ГОЛОСОВЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ДИЗАРТРИИ Буслаева Е.Н.¹, Страхова М.А.²

¹Буслаева Елена Николаевна - кандидат педагогических наук, доцент;

²Страхова Мария Александровна – магистрант,

кафедра социальной адаптации и организации работы с молодежью,

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования
Калужский государственный университет,
г. Калуга

Аннотация: характерной особенностью дизартрии является нарушение голоса и мелодико-интонационные расстройства. Нарушения голоса связаны с парезами мышц языка, губ, мягкого нёба, голосовых складок, мышц гортани, нарушениями их мышечного тонуса и ограничением их подвижности.
Ключевые слова: дизартрия, просодика, нарушение звукопроизношения.

Голос обеспечивает слышимость речи на большом расстоянии. В понятие человеческого голоса входит представление о любых звуках, исходящих из гортани человека, независимо от их сложности и социальной значимости: от рефлекторного крика новорожденного до модулированного голоса знаменитого оратора или певца. Голос является одним из средств слышимости, выразительности, эмоционального и смыслового значения речи.

Дизартрия – (от греческих слов: dys – отрицание и arthroo – членораздельно произносить) – нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата – является одной из причин голосовых нарушений. Наступает она из-за того, что язык, губы, нёбо, голосовые связки, диафрагма не могут двигаться в полном объеме.

Причиной неподвижности является парез (греч. paresis – уменьшение силы или амплитуды движений, обусловленное нарушением иннервации) мышц артикуляционного аппарата. Таким образом, дизартрия – симптом органического поражения ЦНС головного мозга, тех его отделов, которые составляют речедвигательную зону.

Это тяжелое расстройство всей речевой деятельности. Прежде всего, страдает речевая моторика, все составляющие речедвигательного акта. При дизартрии нарушается не только звукопроизношение (практически всех групп звуков), но страдает и вся просодическая организация речевого акта, так называемая речевая просодика, включающая голос, интонацию, темп, ритм, также интонационно-ритмическая сторона и эмоциональная окраска речи.

Л.В. Лопатина отмечает, что фонетическая сторона речи представляет собой тесное взаимодействие основных ее компонентов: звукопроизношения и просодики. Разнообразные фонетические средства оформления высказывания (темп, ритм, ударение, интонация) тесным образом взаимодействуют, определяя, как смысловое содержание, так и отношение говорящего к содержанию [2]. У детей с дизартрией нарушения просодики влияют на разборчивость, внятность, эмоциональный рисунок речи [2].

В работах Е.М. Мастюковой, посвященных изучению речи детей с дизартрией, отмечаются нарушения у них темпа речи, а также трудность использования динамического, ритмического и мелодического ударений. Многие исследователи структуры дефекта при стертой дизартрии указывают на стабильные нарушения интонационной выразительности речи, процессов восприятия и воспроизведения интонационных структур предложения. При этом наиболее сохранной является имитация вопросительной и повествовательной интонации [3].

Восприятие и самостоятельное воспроизведение интонационной структуры, предполагающее в данном случае слухоприносительную дифференциацию повествовательной и вопросительной интонации, вызывают значительные трудности у детей. При этом более нарушенным оказывается процесс слуховой дифференциации интонационных структур, чем процесс их самостоятельной реализации. Общим для детей является нарушение просодической стороны речи, что является диагностическим критерием при дифференциации стертой дизартрии и дислалии [3].

Интонационно-выразительная окраска речи детей с дизартрией резко снижена. Страдает голос: он либо тихий, либо чрезмерно громкий; не удаются модуляции по высоте, силе голоса (ребенок не может по подражанию произносить звуки высоким и низким голосом, имитируя голос животных). Нарушается тембр речи и появляется иногда назальный оттенок. Темп речи чаще ускорен. У части детей на фоне грудного регистра появляется фальцет, вдох с придыханием, с поднятием плеч; в основном отмечается верхнегрудное (верхнеключичное) дыхание; ослаблен речевой выдох. У некоторых детей речевой выдох укорочен, и они говорят на вдохе – в этом случае речь становится захлебывающейся. Речь детей невыразительная, дикция нечеткая [2].

При рассказывании стихотворная речь ребенка монотонна, постепенно становится менее разборчивой, голос угасает. Наблюдаются нарушения формирования интонационной структуры предложения, при этом более нарушенным является процесс слуховой дифференциации интонационных структур, чем процесс самостоятельной реализации [1].

Специально проведенное исследование различных просодических компонентов показывает, что в первую очередь нарушается восприятие и слуховые дифференцировки интонационных структур. У многих детей с дизартрией есть трудности при восприятии ритма изолированных ударов, акцентированных ударов. Воспроизведение ритмов также вызывает трудности. Задания на восприятие и воспроизведение интонаций большинству детей с дизартрией недоступно, требуется активная помощь взрослого.

Дети, допускающие ошибки, при восприятии и воспроизведении интонаций, своих ошибок не замечают. Не удаются задания на изменение интонаций (радости, грусти) на материале одной и той же фразы. В ряде случаев недоступны задания при обследовании логического ударения. Дети с дизартрией не могут акцентированно произносить определенное слово в предложении [1].

При восприятии на слух фразы с утрированным логическим ударением дети часто не выделяют акцентированного слова. При обследовании модуляций голоса по высоте и силе, также отмечаются некоторые трудности. Не удается интонировать мелодии (на материале гласных) снизу-вверх и сверху вниз. В ряде случаев не удается изменить силу голоса. В целом диапазон голоса у детей со стертой дизартрией сужен (в пределах 3–4 тонов). Причина нарушения голоса при дизартрии кроется в патологии эфферентного и афферентного звеньев управления интонацией. Из-за паретичности, некоторой ограниченности произвольных движений голосовых складок мышц диафрагмы возникают нарушения, которые относятся к эфферентному звену. Афферентная патология проявляется в недостаточности кинестетического анализа, в нарушении проприоцептивной импульсации от органов голосообразования и дыхания [2].

Во многих исследованиях просодической стороны речи детей с дизартрией оценивается как эмоционально невыразительная монотонная. Вятность речи заметно снижается при увеличении речевой нагрузки. Голос детей оценивается следующими характеристиками: слабый, немелодичный, глухой, хриплый, монотонный, сдавленный, тусклый, напряженный, прерывистый, назализованный, слабomodулированный. Эти симптомы могут быть представлены при дизартрии в разных комбинациях и разной степени выраженности. Достаточно редко встречающимся симптомом при стертой дизартрии является назализация (в чистом виде), то есть не связанная с аденоидами [2].

Исследования Е.Э. Артемовой выявили зависимость между степенью сформированности просодического оформления речевого высказывания и степенью сформированности операций слухового самоконтроля. Е.Э. Артемовой была использована адаптированная методика Й. Паана для выявления возможности детей выделять ошибки в собственной речи. Эта методика позволила автору определить характер нарушения просодики у дошкольников: сенсорный, моторный, смешанный [1].

Е.Э. Артемовой выделены 4 степени сформированности просодической стороны речи у дошкольников (с дизартрией).

1. Степень (низкая) – грубые нарушения просодических компонентов. Недостатки тембра, силы и высоты голоса ярко выражены, заметны самому ребенку и окружающим. Процесс коммуникации нарушен. Детям недоступны задания, предполагающие произвольное изменение ритмических и звуковысотных характеристик. Нарушения интонационного оформления высказываний носят стабильный характер во всех видах речевой деятельности [1].

2. Степень (недостаточная) – изменения голоса носят незначительный характер. Изменения просодики касаются отдельных или всех ее компонентов. Наблюдаются трудности при выполнении специальных заданий на воспроизведение различных ритмических и интонационных структур. Однако спонтанная речь, особенно в эмоционально значимой ситуации, может быть достаточно выразительной [1].

3. Степень (средняя) – непостоянное или нестойкое отклонение от нормы по одной или нескольким просодическим характеристикам. Спонтанная речь достаточно интонирована, но при выполнении специальных заданий возможны неточности или отдельные ошибки при передаче ритмического и мелодического рисунка [1].

4. Степень (высокая) – сформированность просодических характеристик. Дети имеют нормальный тембр, диапазон их голоса по силе и высоте соответствует возрастным нормам. Сформирована темпоритмическая сторона речи. Дошкольники в полной мере владеют всеми способами передачи различных типов интонации. В спонтанной речи используют все средства интонационной выразительности и не испытывают трудностей при выполнении специальных заданий [1].

Исследования подтверждают неоднородность и вариативность нарушений просодики у дошкольников с дизартрией. Вместе с тем обнаружена корреляционная зависимость просодической стороны речи и выраженности речевого дефекта.

Особенности просодических нарушений при различных формах дизартрии.

При корковой дизартрии речь напряженная, замедленная. При псевдобульбарной дизартрии речь медленная, афоничная, затухающая, плохо модулированная, отмечается носовой оттенок голоса. При экстрапирамидной дизартрии речь смазанная, невнятная, голос с носовым оттенком, резко нарушена просодическая сторона речи, ее интонационно-мелодическая структура, темп. Эмоциональные оттенки в речи не выражены, речь монотонная, однообразная, немодулированная. Наблюдается затухание голоса, переходящее в неясное бормотание.

При мозжечковой дизартрии речь замедленная, толчкообразная, скандированная, с нарушенной модуляцией ударений, затуханием голоса к концу фразы. Выражена назализация большинства звуков [2].

Список литературы

1. *Артемова Е.Э.* Формирование просодики у дошкольников с речевыми нарушениями. Монография. М.: МГГУ им. М.А. Шолохова, 2008. 123 с.
2. *Лопатина Л.В., Серебрякова Н.В.* Преодоление речевых нарушений у дошкольников (коррекция стертой дизартрии): учебное пособие. / Л.В. Лопатина, Серебрякова Н.В. Спб.: Изд-во «СОЮЗ», 2000. 192 с.
3. *Мастюкова Е.М.* Специальная педагогика. Подготовка к обучению детей с особыми проблемами в развитии. Ранний и дошкольный возраст / Под ред. А.Г. Московкиной. М.: Классике Стиль, 2003. 320 с.