

Определение дислексии как варианта нарушения генезиса чтения, проявляющегося в несформированности основных читательских компетенций, является, на наш взгляд, наиболее гносеологически перспективным, поскольку обеспечивает включение проблемы нарушений чтения в широкий круг особых образовательных потребностей ребенка с нарушениями речи.

Таким образом, экспериментально-теоретически обоснованы и проверены гносеологические возможности нового – компетентностного подхода к диагностике дислексии через интегральную оценку сформированности навыка чтения и готовности ребенка к его применению для решения когнитивных и коммуникативных задач. Данный подход к рассмотрению дислексии может служить основой для создания нового инструментария диагностики дислексии, способного помимо традиционных параметров чтения (правильность, способ, понимание прочитанного), оценить готовность ребенка к включению чтения в решение сложных когнитивных и коммуникативных задач, индикатором чего служит сформированность читательских компетенций учащегося.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Русецкая М.Н. Компетентностный подход к диагностике дислексии у школьников// Логопедия сегодня. - 2010. - № 2. - С. 26-31.

УДК 376.3

ПРОБЛЕМА ТЕРМІНОЛОГІЧНОГО ВИЗНАЧЕННЯ ТА КЛАСИФІКАЦІЙ СТЕРТОЇ ФОРМИ ДИЗАРТРІЇ У ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІЙ ЛІТЕРАТУРІ

Савінова Н.В.

У статті автор висвітлює теоретичні аспекти проблеми термінологічного визначення та класифікацій стертої форми дизартрії.

Ключові слова: стерта форма дизартрії, вербальна диспраксія, мінімальні дизартричні розлади, диспраксія

В статье автор освещает теоретические аспекты проблемы терминологического определения и классификаций стертой формы дизартрии

Ключевые слова: стертая форма дизартрии, вербальная диспраксия, минимальные дизартрические расстройства, диспраксия

The author highlights the theoretical aspects of terminological definitions and classifications of erased form of dysarthria in the article.

Key words: erased form of dysarthria, verbal dyspraxia, minimum dysarthria disorders, dyspraxia.

Мета статті полягає у висвітленні теоретичних аспектів проблеми термінологічного визначення та класифікацій стертої форми дизартрії. Реалізація визначеної мети передбачає вирішення наступних завдань:

по-перше, проаналізувати психолого-педагогічну літературу з проблеми;

по-друге, визначити особливості формування звуковимови та фонематичного сприйняття у дітей зі стертою дизартрією різних груп за різними класифікаціями.

У роботах Г.Гутцмана, О.В.Правдіної, Л.В.Мелехової, О.А.Токаревої, І.І.Панченко, Р.І.Мартінової, М.Є.Хватцева, М.П.Давидової, А.Н.Корнева та ін. розглядаються питання термінологічного визначення, симптоматики дизартричних розладів, при яких спостерігається «змитість», «стертість» артикуляції. У дослідженнях Л.В.Лопатіної, Н.В.Серебрякової, Е.Я.Сизової, Е.К.Макарової, Є.Ф.Соботович та ін. піднімаються питання діагностики стертої дизартрії, диференціації навчання і логопедичної роботи в групах дошкільників зі стертою дизартрією.

Питання про нетипові порушення вимови було сформульовано ще в другій половині XIX століття Г.Гутцманом, який відмітив загальні ознаки таких розладів, які мали прояв у «змитості, стертості артикуляції».

У 1879 році А.Куссмауль детально описав декілька форм розладів мовлення, серед яких він визначив особливі порушення звуковимови у дітей і назвав їх «дизартрія». А.Куссмауль зазначив, що мовлення є самостійним процесом артикуляції і дикції. Артикуляція як руховий акт пов'язана із зовнішнім апаратом мовлення, а також із периферійним і центральним нервовими апаратами, за допомогою яких виникають різноманітні правильні внутрішні і зовнішні рухи, що утворюють звуки, склади, слова. Всі розлади артикуляції він називає дизартричними розладами. Ті з них, які обумовлюються грубими механічними аномаліями в зовнішніх частинах апарату і його рухових нервах називають дислаліями, а ті, що обумовлюються органічними розладами або мають лише функціональний характер, є центральними дизартріями [2, с. 163].

На думку М.Є. Хватцева, недорікуватість, обумовлена органічним ураженням або функціональним розладом мовленнєвих апаратів та їх зв'язків між собою в головному мозку – від кори до ядер довгастого мозку включно, називається дизартрією. Дизартрія представляє собою всі форми недорікуватості від спотворення звуків, «змазаного мовлення» до гугнявої незрозумілої вимови [5, с.73].

У роботі О.Ф.Архипової представлений аналіз наявних визначень стертої дизартрії, на яких ми пропонуємо зосередити увагу [1].

Термін «стерта дизартрія» був запропонований О.А.Токаревою, яка характеризує прояви «стертої дизартрії» як легкі (стерті) прояви «псевдобульбарної дизартрії», які відрізняються особливою складністю подолання. На її думку, зазвичай ці діти більшість ізольованих звуків можуть вимовляти правильно, але в мовленнєвому потоці важко їх автоматизують і недостатньо диференціюють.

М.П.Давидовою було запропоновано наступне визначення стертої дизартрії: «порушення звуковимови, яке спостерігається внаслідок вибіркової неповноцінності деяких моторних функцій мовленнєворухового апарату, а також слабкістю й в'ялістю артикуляційної мускулатури, можна віднести до легкої стертої псевдобульбарної дизартрії». Недоліки при цьому носять різноманітний характер, хоча основна ознака цього порушення – змазаність, розмитість, нечіткість артикуляції, які різко виявляються в процесі мовлення.

Інше визначення подається А.Н.Корньєвим. Він визначає цей розлад як вибіркові, негрубі, але достатньо стійкі порушення звуковимови, які супроводжуються легкими, своєрідними порушеннями іннервації артикуляційних органів. При цьому не спостерігається тотальних поліморфних порушень тонуса і здібностей до скорочення м'язів артикуляційного апарату. А.Н.Корньєв вважає, що ця категорія порушень звуковимовної сторони займає проміжне положення між дислалією і дизартрією, а термінологічне визначення цього мовленнєвого порушення не відображає клінічної і нозологічної самостійності даної групи. У зв'язку з цим був запропонований термін «вербальна диспраксія».

Порушення вимовної сторони мовлення, обумовлене недостатністю іннервації м'язів мовленнєвого апарату також визначається як дизартрія (О.М.Мастюкова, М.В.Іпполітова). Провідним у структурі дефекту при дизартрії є порушення звуковимовної і просодичної сторін мовлення. Нерізко виражені мозкові порушення з боку черепно-мозкових нервів можуть бути встановлені в процесі тривалого динамічного спостереження при виконанні рухових завдань із поступовим ускладненням. М.Б.Ейдінова, О.Н.Правдіна-Вінарська описують випадки легких залишкових розладів іннервації, які лежать в основі порушень повноцінної артикуляції, що спостерігаються при поглибленому обстеженні. Саме це приводить до неточності у вимові [1, с.15].

Стерта дизартрія може спостерігатися у дітей без очевидних рухових розладів, які перенесли легку асфіксію або родову травму, які в анамнезі мають постнатальну енцелопатію та інші нерізко виражені негативні впливи в період пологів, а також після народження. У цих випадках стерта дизартрія поєднується з іншими ознаками мінімальної мозкової дисфункції (О.М.Мастюкова). Мозок дитини раннього віку характеризується значною пластичністю і високими компенсаторними резервами. Дитина з раннім дитячим паралічем до 4-5 років втрачає більшу частину симптоматики, але при цьому може залишатися стійке порушення звуковимови і просодики. У дітей зі стертою формою дизартрії у зв'язку з ураженням ЦНС і порушенням іннервації м'язів мовленнєвого апарату не формуються необхідні кінестезії, внаслідок чого спонтанно не удосконалюється звуковимовна [1].

У зарубіжній літературі використовується термін «мовленнєва або артикуляційна диспраксія розвитку». Б.Ж.Монделаєрс використовує наступне визначення: «Диспраксія – це розлад мовлення нейрогенного походження, але на відміну від дизартрії цей розлад пов'язаний не лише з руховими порушеннями» [1].

У логопедичній літературі використовується також термін «артикуляційна диспраксія розвитку», хоча його зазвичай застосовують для визначення механізмів деяких форм мовленнєвого недорозвитку, в тому числі й стертої дизартрії. Для опису зазначених порушень та їх позначення пропонують різні терміни: артикуляторна диспраксія, центральна органічна або ускладнена дислалія, апраксічна дизартрія. І.Б.Кареліною стерта дизартрія трактується як мінімальні дизартричні розлади – МДР.

О.Ф.Архіпова зазначає, що стерта форма дизартрії найчастіше діагностується після п'яти років [1, с.12-13].

Вперше спроба класифікації форм стертої дизартрії була зроблена О.Н.Вінарською і А.М.Пулатовим на основі класифікації видів дизартрії, запропонованої О.А.Токаревою. Авторами визначається легка псевдобульбарна дизартрія і підкреслюється, що пірамідні спастичні паралічі у більшості дітей поєднуються з різномінітними гіперкінезами, які загострюються в процесі мовлення.

У дослідженнях Є.Ф.Соботович, А.Ф.Чернопольської відзначено, що недоліки звукової сторони мовлення у дітей зі «стертою дизартрією» проявляються не тільки на тлі неврологічної симптоматики, але й на тлі порушення рухової сторони процесу звуковимови. Визначена типологія розладів залежить не тільки від неврологічної симптоматики, рухових порушень, але й стану фонематичного й загального розвитку при різних

формах дизартрії легкого ступеня. В залежності від проявів порушень рухової сторони процесу вимови і з урахуванням локалізації паретичних явищ органів артикуляційного апарату автори виявили чотири групи дітей і визначили наступні види стертої дизартрії [4].

Першу групу складають діти, у яких відмічалася недостатність деяких моторних функцій артикуляційного апарату, а саме: вибіркова слабкість, паретичність лише деяких м'язів язика. У цих дітей була асиметрична іннервація язика, яка при артикуляції звуків мала прояв у слабкості рухів однієї половини язика. У всіх дітей була спотворена вимова звуків. Ці спотворення були неоднотипними і розповсюджувалися на різні групи звуків, що залежало від локалізації ураження м'язевого артикуляторного апарату. У більшості дітей простжувався розвиток лексико-граматичної будови мовлення (Є.Ф.Соботович, А.Ф.Чернопольська).

Асиметрична іннервація язика, слабкість рухів однієї половини язика обумовлюють такі порушення звуковимови, як бокова вимова м'яких свистячих звуків [сь] і [зь], африкати [ц], м'яких передньоязикових [ть] і [дь], задньоязикових [г], [к], [х], бокова вимова голосних [е], [и], [і].

Асиметрична іннервація передніх країв язика визиває бокову вимову всієї групи свистячих, шиплячих, звуків [р], [д], [т], [н]; в інших випадках це приводить до міжзубної і бокової вимови цих же звуків. Причинами цих порушень є односторонні парези під'язикового (XII) і лицьового (VII) нервів, які носять стертий невиражений характер. У невеликій кількості дітей цієї групи спостерігається фонематичний недорозвиток, пов'язаний із спотвореною вимовою звуків, в частности, недорозвитком фонематичного аналізу і фонематичних уявлень (Є.Ф.Соботович, А.Ф.Чернопольська).

У дітей другої групи в процесі мовлення була відмічена в'ялість артикуляції, нечіткість дикції, загальна змазаність мовлення. Таким чином, у дітей даної групи має місце недостатність моторики артикуляційного апарату при задовільному стані загальної моторики. Для дітей цієї групи певну складність представляє оволодіння вимовою звуків, які вимагають напруження м'язів. Звуки (р, л) діти або пропускали, або вимовляли спотворено (л губно-губне, р одноударне, африкати розпадалися на складові частини, дзвінки замінювалися глухими).

Виражене відставання фонетичної сторони мовлення не відповідало ані рівню психічного розвитку, ані рівню загального мовленнєвого розвитку.

У всіх дітей цієї групи відмічалася неврологічна симптоматика, яка проявлялася в легкій девіації язика, сглаженості носогубних складок, наявності патологічних рефлексів та асиметрії рухів язика і губів. Прояви недорікуватості в дітей цієї групи були викликані органічними порушеннями у мовленнєворуховому аналізаторі, які носили стертий характер і проявлялися лише в динамічних мовленнєворухових процесах.

На думку Є.Ф.Соботович і А.Ф.Чернопольської, у дітей 1 і 2 груп має місце стерта псевдобульбарна дизартрія [4].

Третя група. Це діти, у яких спостерігаються всі необхідні артикуляторні рухи губів і язика, але наявними є труднощі у визначенні позицій губів і особливо язика за інструкцією, за наслідуванням, на основі пасивних змішувань, тобто при виконанні довільних рухів і при оволодінні тонкими диференційованими рухами. Особливістю звуковимови у дітей цієї групи є заміна звуків не лише за місцем, але й за способом утворення, яка носить непостійний характер. У дітей цієї групи спостерігається фонематичне недорозвинення різного ступеня вираженості. Рівень розвитку лексико-граматичного строю мовлення коливається від норми до вираженого ЗНМ. Неврологічна симптоматика проявляється у підвищенні сухожильних рефлексів з однієї сторони, підвищеному або пониженому тону з однієї або двох сторін. Характер порушень артикуляторних рухів розглядається авторами як прояв артикуляторної диспраксії. У дітей цієї групи має місце, на думку авторів, стерта коркова дизартрія.

4 група. У цю групу входять діти із вираженою моторною недостатністю, прояви якої різноманітні. У дітей спостерігаються малорухливість, скутість, уповільненість рухів, обмежений об'єм рухів. В інших випадках мають місце прояви гіперактивності, неспокою, велика кількість рухів. Ці особливості проявляються і в рухах артикуляторних органів: в'ялість, скутість рухів, гіперкінези, велика кількість синкенезій при виконанні рухів нижньої щелепи, в лицьовій мускулатурі, неможливість утримання певного положення. Порушення звуковимови проявляються в заміні, пропусках, спотворенні звуків. При неврологічному обстеженні у дітей цієї групи виявляються симптоми органічного ураження центральної нервової системи (девіація язика, сглаженість носогубних складок, зниження глоткового рефлексу і т.д.). рівень розвитку фонематичного аналізу, фонематичних уявлень, а також лексико-граматичного строю коливається від норми до ЗНМ. Ця форма порушень визначається як стерта змішана дизартрія [4].

Експериментальне дослідження Л.В.Лопатіної дозволило виявити особливості фонетичних порушень у дітей дошкільного віку зі стертою дизартрією. Для даної категорії дітей характерно поліморфне порушення звуковимови. Порушення двох груп звуків (свистячих і шиплячих) зазначалося у 16,7% дітей, трьох груп (свистячих, шиплячих, Р або Л) - у 43,3% та понад трьох груп - у 40% дітей. У всіх випадках відзначалося порушення вимови групи свистячих звуків. Серед інших груп звуків частіше виявлялися порушеними шиплячі

звуки, Р, Л, а збереженими – задньоязикові звуки І, Й [3].

Аналіз експериментальних даних показав (Л.В.Лопатіна), що кількісна характеристика порушень вимови різних фонетичних груп звуків у дітей зі стертою дизартрією не збігається з кількісною характеристикою неправильної вимови звуків мовлення у дошкільників у цілому (М. А. Александровська). Якщо у дітей-дошкільного віку, за даними М. А. Александровської, кількість порушень визначається артикуляторною складністю звуків, то у дітей зі стертою дизартрією ці співвідношення дещо інші. Найбільш поширеними у дошкільнят зі стертою дизартрією є порушення вимови свистячих звуків. За ними - порушення вимови шиплячих звуків. Менш поширеними виявляються порушення вимови сонорів Л і Р. Зазначені кількісні співвідношення простежуються не лише різною артикуляторною складністю звуків. Так, свистячі звуки акустично близькі між собою на відміну від інших груп звуків (В. І. Бельтюков). Шиплячі звуки, хоча і є схожими акустично, але вони все ж таки більш акустично протиставлені, ніж свистячі звуки.

Найбільш яскравими в акустичному плані є сонори. Вони починають розрізнятися одними з перших навіть тоді, коли ще не засвоєні у вимові (Н. Х. Швачкін).

Таким чином, своєрідність кількісних дефектів вимови звуків у дітей зі стертою дизартрією визначається співвідношенням як акустичних, так і артикуляторних характеристик різних груп звуків. Групи акустично близьких звуків засвоюються гірше, ніж групи звуків акустично більш яскравих, хоча і більш складних за артикуляцією. Таке співвідношення можна пояснити наявністю у дітей зі стертою дизартрією певних порушень слухового сприйняття мови, у зв'язку з чим акустична близькість звуків чинить негативний вплив на засвоєння правильної вимови (Л.В.Лопатіна).

Порушення у вимові звуків виявлялися наступним чином:

- порушення звуковимови, що характеризуються однаковим видом спотворень різних груп звуків (23,3%) (При цьому найчастіше спостерігається міжзубна і бічна вимова різних груп звуків;
- порушення звуковимови, що характеризуються різним видом спотворень звуків (33,3%), наприклад, міжзубний сигматизм і бічний ротацізм;
- спотворення і відсутність різних груп звуків (33,7%) (наприклад, міжзубний сигматизм і відсутність звуків Р, Л);
- спотворення і заміни різних груп звуків (6,7%), наприклад, міжзубний сигматизм і заміна звуку Ч звуком Т [3].

Таким чином, найбільш характерним для дітей зі стертою дизартрією є порушення вимови, що проявляється одночасно в спотворенні і відсутності різних груп звуків. На другому місці за поширеністю стоять порушення звуковимови, які характеризуються різним видом спотворень декількох груп звуків. Далі йдуть порушення вимови, які характеризуються однаковим видом спотворень різних груп звуків. Менш поширеними виявляються порушення звуковимови, що проявляються в одночасних викривленнях і замінах звуків. У загальній складності спотворення звуків (однакового, різного виду, в поєднанні з відсутністю та замінами) відзначаються у всіх дітей. Випадки тільки заміни і відсутності звуків не спостерігалися [3].

Ряд авторів відзначають, що в основі деяких порушень звуковимови лежать порушення слухового сприйняття. Порушення фонематичного сприйняття можуть мати вторинний характер (Є. Г. Корицька, В. С. Мінашіна, Є. Ф. Собонович та ін.).

Як зазначає Р. Є. Левіна, «таке явище спостерігається при порушенні мовних кінестезії, що мають місце при морфологічних і рухових ураженнях органів мови». Вторинна недостатність яскраво проявляється у дітей із псевдобульбарною дизартрією, при чому ступінь її вираженості залежить від ступеня вираженості самої дизартрії. Для дітей із дизартрією важким є розрізнення близьких за своїм звучанням слів (на матеріалі картинок), підбір картинок на заданий звук, впізнавання складів і т. д.

Таким чином, артикуляторні труднощі впливають на слухове сприйняття всієї звукової системи мови. Змазана, невиразна мова дітей не дає можливості для формування чіткого слухового сприймання та контролю, що в свою чергу ще більше посилює порушення звуковимови.

У дослідженнях Л.В. Лопатіної представлені три групи дітей зі стертою дизартрією.

Критеріями диференціації груп виступають якості вимовної сторони мовлення: стан звуковимови, просодики, а також рівень сформованості мовних засобів: лексики, граматичного строю, фонематичного слуху. Підлягають оцінці загальна і артикуляційна моторика. Загальним для всіх груп дітей є стійке порушення звуковимови: спотворення, заміна, змішування, труднощі автоматизації поставлених звуків. Для всіх дітей цих груп характерним є порушення просодики: слабкість голосу і мовленнєвого видиху, бідність інтонацій, монотонність мовлення: деякі порушення з боку загальної та дрібної моторики.

Перша група. Порушення звуковимови виражаються у численних спотвореннях та відсутності звуків.

Фонематичний слух повністю сформований: діти правильно виконують завдання на слухову і вимовну диференціацію звуків. Складова структура слів різної складності не порушується. Якість і об'єм активного

ипасивного словника відповідають віковій нормі, діти успішно оволодівають навичками словозміни і словотворення. Зв'язне монологічне мовлення дітей першої групи формується відповідно до вікових нормативів. У мовленні дітей цієї групи відсутні структурні або морфемні аграматизми.

У межах психолого-педагогічної класифікації Р.Є.Левіної цих дітей можна віднести до групи з фонетичним недорозвиненням (ФН).

Друга група. Експресивне мовлення можна оцінити як задовільне. Порушення звуковимови носить характер великої кількості заміни, спотворень. У більшій або меншій мірі порушено фонематичний слух.

У дітей недостатньо сформована слухова і вимовна диференціація звуків. При навчанні їх звуковому аналізу виникають труднощі. В процесі відтворення складової структури складних слів виникають перестановки та інші помилки. Активний і пасивний словник відстають від вікової норми. Спостерігаються помилки при граматичному оформленні мовлення (морфемні аграматизми).

За психолого-педагогічною класифікацією Р.Є.Левіної, ці діти за стертою дизартрією відносяться до групи з фонетико-фонематичним недорозвиненням (ФФНМ).

Третя група. Експресивне мовлення дітей цієї групи зі стертою дизартрією сформована незадовільно. Спостерігаються імпресивні аграматизми, тобто труднощі в розумінні складних логіко-граматичних конструкцій речень. Порушення звуковимови носять поліморфний характер, тобто страждають звуки різних фонетичних груп. Спостерігається багаточисленні заміни, спотворення, відсутність звуків. Значне порушення фонематичного слуху: недостатньо сформована слухова і вимовна диференціація звуків, що унеможливує оволодіння звуковим аналізом. Більш вираженим є порушення складової структури слів. Активний і пасивний словники значно відстають від вікової норми, а лексико-граматичні помилки носять численний і стійкий характер (Л.В.Лопатіна).

Ця група дітей не оволодіває зв'язним мовленням. За класифікацією Р.Є.Левіної ця група дітей відноситься до загального недорозвинення мовлення.

Висновки. Таким чином, найбільш стійкими, вираженими, провідними у структурі мовленнєвого дефекту у дітей зі стертою дизартрією є порушення фонетичної сторони, що мають свій специфічний механізм, який відрізняється від механізмів дислалії.

Порушення звуковимови і просодических компонентів мови, зумовлені органічною недостатністю іннервації м'язів мовного апарату, негативно впливають на формування фонематичної, а також лексико-граматичної сторін мовлення (Р. І. Мартинова, Л. В. Мелехова, І. І. Панченко, Е.Я.Сизова, Е.К.Макарова, Є.Ф.Соботович, О.А.Токарева). У багатьох дослідженнях відзначається, що сприйняття звуків мови та їх відтворення - це два взаємопов'язаних і взаємообумовлених процеси (Н.Х.Швачкін, Н.І.Жинкін, Д.Б.Ельконін, І. О. Зимня, В. І. Бельтюков і ін). Звукові одиниці розглядаються у трьох аспектах: перцептивному, артикуляторному, акустичному. Щоб оволодіти правильною вимовою, дитина повинна перш за все чітко і правильно сприймати звуки мови на слух, мати достатньо підготовлений для вимови артикуляційний апарат, в результаті роботи якого утворюються одиниці даної мовної системи. Враховуючи складність діагностики стертої дизартрії, слід брати до уваги взаємозв'язок між станом мовлення і моторної сфери дитини. В останньому випадку враховується не тільки ступінь сформованості артикуляційної моторики, а й рівень розвитку дрібної моторики.

Безумовно, на нашу думку, потребує подальшого вивчення, а також розробка системи диференційованої корекції мовлення дітей зі стертою формою дизартрії.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Архипова О.Ф. Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стертой дизартрии у детей / О.Ф.Архипова. – М.: АСТ: Астрель, 2008. – 254 с.
2. Куссмауль А. Разстройства речи. Опыт патологии речи. – Киев, 1879. – С.27-69// Хрестоматия по логопедии (извлечение и тексты): Учебное пособие для студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений: В 2 тт. Т.1 / Под ред. Л.С.Волковой и В.И.Селиверстова. – М.: Гуманти. изд. Центр ВЛАДОС, 1997. – 560 с. – С. 163
3. 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.
4. Соботович Е.Ф., Чернопольская А.Ф. Проявления стертых дизартрий и методы их диагностики//Дефектология. – 1974. – № 4.
5. Хватцев М.Е. Логопедия. – М., 1959. – С.73]