

Морозюк Тетяна Романівна

здобувачка першого рівня вищої освіти
за спеціальністю 016 Спеціальна освіта

Науковий керівник:

Котлова Л.О

Котлова Л.О., кандидат психологічних наук, доцент
*Житомирський державний університет імені Івана Франка
м. Житомир, Україна*

Особливості розвитку мовлення дітей дошкільного віку при дизартрії

Найважливішим досягненням раннього дитинства є оволодіння мовленням, що передбачає опанування рідною мовою, вироблення вміння користуватися нею як засобом пізнання навколишнього світу і себе, засвоєння набутого людством досвіду, саморегуляції, спілкування і взаємодії людей.

Особливого значення набуває мовлення у ранньому віці, коли воно виникає, починає розвиватися і разом з ним розвивається психіка дитини.

З мовленням пов'язані розвиток сприйняття і мислення, обумовлене спілкуванням з дорослими. Мовлення опосередковує весь технічний розвиток дитини раннього віку [3].

Але, на жаль, трапляються випадки, коли порушення мовлення такі, як дизартрія відіграють велику роль в подальшому житті дитини. При виявленні якого потрібно відразу проводити корекцію.

Дизартрія – порушення звуковимовної складової мовлення, що обумовлене недостатністю іннервації мовленнєвого апарату. При дизартрії спотворюється реалізація рухової програми внаслідок несформованості операцій зовнішнього оформлення висловлювань: голосових, темпоритмічних, артикуляційно-фонетичних і просодичних порушень, ступінь яких обумовлений характером і ступенем ураження ЦНС [4;ст2]

В залежності від проявів порушень рухової сторони процесу вимови і з урахуванням локалізації паретичних явищ органів артикуляційного апарату виділяють чотири групи дітей та виділяють наступні види дизартрії:

- порушення звуковимови як наслідок вибіркової неповноцінності деяких моторних функцій мовнорухового апарату (I група);
- слабкість, в'ялість м'язів артикуляційного апарату (II група);
- клінічні особливості порушень звуковимови, пов'язані з утрудненням у виконанні довільних рухів (III група);
- дефекти звукової сторони мовлення, що спостерігаються у дітей різних форм моторної недостатності (IV група).[1;ст2]

Порушення звуковимови при дизартрії можуть бути виражені різною мірою, залежно від локалізації та тяжкості ураження нервової системи. При

стертій дизартрії спостерігаються окремі фонетичні дефекти (спотворення звуків), “змазаність мови”. При більш виражених ступенях дизартрії є спотворення, пропуски, заміни звуків; мова стає повільною, невиразною. Загальна мовна активність помітно знижена. У найтяжчих випадках, при повному паралічі мовно-рухових м’язів моторна реалізація мови стає неможливою.

Внаслідок недостатньої іннервації мовної мускулатури при дизартрії порушується мовне дихання: видих укорочений, дихання в момент мовлення стає прискореним і переривчастим. Порушення голосу характеризуються його недостатньою силою (він тихий, слабкий, вичерпується), зміною тембру (глухість, назалізація), мелодико-інтонаційними розладами (монотонність, відсутність або невираженість голосових модуляцій).

Внаслідок нечленороздільного мовлення у дітей з дизартрією вторинно страждає слухова диференціація звуків і фонематичний аналіз і синтез. Труднощі й недостатність мовного спілкування можуть призводити до несформованості словникового запасу та граматичного ладу мови. Тому в дітей з дизартрією може відзначатися фонетико-фонематичне або ЗНМ і пов’язані з ними відповідні види дисграфії [3].

Для всіх форм дизартрії характерні порушення артикуляційної моторики, які виявляються рядом ознак. Порушення м’язового тону, характер яких залежить перш за все від локалізації ураження мозку.

При вираженому підвищенні м’язового тону язик напружений, відтягнутий назад, спинка його зігнута, підведена вгору, кінчик язика не виражений. Напружена спинка язика, підведена до твердого піднебіння, сприяє пом’якшенню приголосних звуків. Тому особливістю артикуляції при спастичності м’язів язика є палаталізація, що може сприяти фонематичному недорозвиненню.

Наступним видом порушення м’язового тону є гіпотонія. При гіпотонії язик тонкий, розпластаний в порожнині рота, губи мляві, відсутня можливість їх повного зімкнення. Через це рот зазвичай напіввідкритий, виражена *гіперсалівація*.

Особливістю артикуляції при гіпотонії є назалізація, коли гіпотонія м’язів м’якого піднебіння перешкоджає достатньому руху піднебінної завіски вгору і притисненню її до задньої стінки зіву. Струмін повітря виходить через ніс, а струмін повітря, що виходить через рот, надзвичайно слабкий. Порушується вимова губно-губних шумних приголосних *n, n', б, б'*. Утруднена палаталізація, у зв'язку з чим вимова глухих приголосних порушена, крім того, при утворенні глухих зімкнених необхідна енергійніша робота губ, яка також відсутня при гіпотонії. Легше вимовляються губно-губні носові зімкнені сонорні *м, м'*, а також губно-зубні щілинні шумні приголосні, артикуляція яких вимагає нещільного зімкнення нижньої губи з верхніми зубами і утворення пласкої щілини, *ф, ф', в, в'*.

Порушується вимова і переднеязычних шумних зімкнених приголосних *т, т', д, д'* спотворюється артикуляція передньоязикових щілинних приголосних *ш, ж*.

Нерідко спостерігаються різні види сигматизма, особливо часто міжзубний і бічний.

При недостатній рухливості артикуляційних м'язів порушується звуковимова. При ураженні м'язів губ страждає вимова як голосних, так і приголосних звуків. Особливо порушується вимова лабіалізованих звуків (о, у), при їх вимові потрібні активні рухи губ: округлення, витягування. Порушується вимова губно-губних зімкнених звуків *n, n', б, б', м, м'*. Дитині важко витягнути губи вперед, округляти їх, розтягнути кути рота в сторони, підняти вгору верхню губу і опустити нижню і виконати цілий ряд інших рухів. Обмеження рухливості губ нерідко порушує артикуляцію в цілому, оскільки ці рухи міняють розмір і форму рота, впливаючи тим самим на резонування всієї ротової порожнини.

Обмеження руху язика назад може залежати від порушень іннервації під'язиково-глоткового, ключично-підязикового, шило-підязичного, двчеревного (заднє черевце) і деяких інших м'язів. При цьому порушується артикуляція задньоязикових звуків (*г, к, х*), а також деяких голосних, особливо середнього і нижнього підйому (*е, о, а*). При парезах м'язів язика, часто виявляється неможливою зміна конфігурації язика, його подовження, укорочення, висунення, відсування назад.

Парези м'язів лицьової мускулатури, що часто спостерігаються при дизартрії, також впливають на звуковимову. Парези скроневих м'язів, жувальної мускулатури обмежують рухи нижньої щелепи, внаслідок чого порушується модуляція голосу, його тембр [2].

У дітей з дизартрією, особливо псевдобульбарною спастичної форми, відмічається тихий, погано модульований, іноді з носовим відтінком голос. Спастичне скорочення м'язів голосового апарату, що спостерігається при цій формі, порушує можливість вібрації голосових зв'язок, що робить голос дошкільників у процесі мовлення слабким, дещо глухим, хрипким і виснажуваним.[6;ст7]

Література:

1. Дідкова Л. М. Клініко-педагогічна характеристика дітей зі стертою дизартрією. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2014. Вип. 27. С. 57-62. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_019_2014_27_14.

2.Дизартрія. URL: <https://studfile.net/preview/8959396/page:3/#5>

3.Матвієнко Ю. Поширені синдроми порушення мови у загальнономедичній практиці. URL: <http://msvitu.com/archive/2015/january/article-3.php?print=1>

4.Розвиток мовлення дитини раннього віку. URL: https://pidru4niki.com/12140310/psihologiya/rozvitok_movlennya_ditini_rannogo_viku

5. Рібцун Ю. В. До питання диференційної діагностики дислалії та мінімальних проявів дизартрії. *Науковий часопис НПУ імені М. П.*

Драгоманова : зб. наук. пр. № 21. К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. С. 226-230.

6. Рібцун Ю. В. Характеристика фонетико-фонематичної складової мовлення дітей п'ятого року життя із ФФНМ. *Український логопедичний вісник : зб. наук. пр. Вип. 2. 2011. С. 36-53.*