

Выявление уровня развития артикуляционной и мимической моторики младших школьников с дизартрией

Красник Виолетта Александровна

Областное государственное автономное общеобразовательное учреждение «Центр образования «Ступени», г. Биробиджан

Учитель-дефектолог

Приамурский государственный университет им. Шолом-Алейхема

Студент

Аннотация

В статье представлены результаты экспериментального исследования особенностей артикуляционной и мимической моторики у младших школьников с дизартрией. Представлен количественный и качественный анализ состояния мышечного тонуса, точности и переключаемости органов артикуляции. Приведены данные об уровне сформированности кинестетической основы и серийной организации движений у обучающихся. Полученные результаты обосновывают необходимость разработки индивидуально-ориентированных программ логопедической коррекции для этих учеников.

Ключевые слова: дизартрия, младшие школьники, артикуляционная моторика, мимическая мускулатура, звукопроизношение, логопедическая диагностика, речедвигательные нарушения.

Identification of the level of development of articulatory and facial motor skills of primary school children with dysarthria

Krasnik Violetta Aleksandrovna

Educational Centre «Stupeni», Birobidzhan

Teacher defectologist

Sholom-Aleichem Priamursky State University

Student

Abstract

This article presents the results of an experimental study of articulatory and facial motor skills in primary school children with dysarthria. A quantitative and qualitative analysis of muscle tone, precision, and articulatory flexibility is presented. Data on the students' kinesthetic development and serial movement organization are also provided. The findings support the need to develop individually tailored speech therapy programs for these students.

Keywords: dysarthria, primary school children, articulatory motor skills, facial muscles, sound production, speech therapy diagnostics, speech motor disorders.

Дизартрия представляет собой дефект звукопроизводительной стороны речи, вызванный нарушением иннервации речевого аппарата вследствие поражения подкорковых и заднеобочных отделов головного мозга. В наиболее тяжелых случаях наблюдается паралич артикуляционной мускулатуры, что приводит к полной невозможности речевого общения или ограничению речи нечленораздельными звуками.

Проблема коррекции дизартрии сегодня приобретает особую значимость в связи с устойчивой тенденцией к росту числа детей, имеющих патологии иннервации органов речи [4].

В современной логопедии дизартрия рассматривается как одно из сложных речевых расстройств, при котором нарушаются все звенья производительной стороны речи.

Как отмечают Л.В. Лопатина и Н.В. Серебрякова, данное нарушение, обусловленное органическим поражением центральной нервной системы, приводит к расстройству иннервации речевого аппарата, что влечет за собой целый комплекс симптомов: от дефектов звукопроизношения и нарушений просодики до специфических изменений голоса и речевого дыхания. В структуре дефекта при дизартрии особое место занимают расстройства артикуляционной и мимической моторики, которые являются первичными по отношению к другим, вторичным нарушениям [5].

По мнению Е.Ф. Архиповой, именно недостаточная подвижность и переключаемость мышц артикуляционного аппарата, а также маловыразительная, гипомимичная лицевая мускулатура являются ключевыми звеньями, определяющими тяжесть и стойкость дефекта звукопроизношения. Эти нарушения не только делают речь нечленораздельной и неэмоциональной, но и негативно влияют на формирование фонематических процессов, лексико-грамматической стороны речи и, в конечном счете, на коммуникативные способности ребенка и его успешность в школьном обучении [1].

Своевременное и точное выявление уровня сформированности моторной сферы является фундаментом для построения эффективного коррекционного маршрута. Однако, как показывает практика, диагностика именно мимической и артикуляционной моторики у младших школьников нередко сталкивается с трудностями: отсутствием унифицированных критериев оценки, недостаточной вариативностью диагностических проб или их несоответствием возрастным нормам. Часто упражнения для обследования сводятся к однотипным приемам, что не позволяет получить полную картину о состоянии моторных функций и, следовательно, разработать адекватную программу логопедической работы.

В связи с вышеизложенным, возникает необходимость в детальном, многоаспектном изучении состояния артикуляционной и мимической моторики у младших школьников с дизартрией.

Целью исследования, проведенного на базе ОГАОУ «Центр образования «Ступени» г. Биробиджана является выявление специфических особенностей и уровня развития этих моторных функций у данной категории обучающихся,

что послужит основой для последующей, более эффективной коррекционно-логопедической работы. В эксперименте приняло участие 15 учеников 1–4 классов в возрасте от 8 до 11 лет. Критериями отбора послужили наличие медицинского диагноза «дизартрия», возрастная категория 7–10 лет и информированное согласие родителей.

Для комплексной оценки состояния артикуляционной и мимической моторики, был сформирован диагностический инструментарий, включающий материалы авторских методик.

Для комплексной оценки произносительных навыков и готовности артикуляционного аппарата к усвоению звуковой системы русского языка мы использовали диагностический тест (ФИАР-тест), разработанный А.В. Родионовой [6] и включающий задания на различение оппозиционных фонем, распознавание и воспроизведение изолированных звуков, продукцию слогов и слов имитацию речевых единиц, самостоятельное произнесение наборов слов и фраз. Результатом является качественно-количественный анализ состояния артикуляционного аппарата. Основные критерии оценки: отчётливость произношения, наличие замен, пропусков или искажений звуков, границы между звуками и словами, возможности артикуляционного контроля. По результатам обследования среднегрупповой показатель сформированности данных параметров у испытуемых соответствовал низкому уровню (средний балл 3,3 из 5). Выявлена низкая способность обучающихся к точному восприятию и воспроизведению звуков. Если гласные звукокомплексы и простые согласные [м], [н], [п] успешно воспроизводили 10–12 детей, то дифференциация парных согласных по глухости-звонкости ([б]-[п], [д]-[т]) оказалась доступна лишь 6 участникам. Наибольшие трудности вызвали звуки со сложной артикуляцией: дефекты произношения [р] зафиксированы у 13 человек, [л] - у 10 человек, шипящих - у 8 участников. При работе со стечениями согласных (стр, ктр и т.д.) ученики (Максим К., Катя Т.) стабильно пропускали или переставляли звуки. Общий итог представлен в таблице 1.

Таблица 1 – Результаты среднегруппового показателя произносительных навыков и готовности артикуляционного аппарата к усвоению звуковой системы у младших школьников с дизартрией

Параметры	Баллы
Фонетическая дискриминация	3,4
Отдельные звуки	3,2
Продукция слогов	3,6
Автоматизация звука	3,1
Общая оценка	3,3

В исследовании использовали методику экспресс-диагностики моторики (МДМ) И.А. Богдановой [2], предназначенную для оперативного выявления нарушений артикуляционной и пальцевой моторики. Процедура включала короткий цикл стандартных игровых упражнений, выполняемых

испытуемым, и занимала 5–10 минут. Методика позволила оценить сильные и слабые стороны моторного развития, не вызывая у ребёнка стресса и утомления. К её преимуществам относятся быстрота проведения, простота интерпретации, высокая информативность и универсальность для разных возрастов. Полученные данные подтвердили наличие моторного дефицита. Несмотря на сохранность простых движений кистей у всех испытуемых группы, увеличение темпа приводило к снижению точности у 7 участников. При выполнении артикуляционных поз «грибок» и «чашечка» у 8 школьников наблюдались тремор и девиация языка. Оценка звукопроизношения (среднегрупповой балл - 2,8) показала, что искажения и пропуски звуков в середине и конце слов носят массовый характер, а качество речи существенно ухудшается в спонтанном высказывании.

Далее проведено углубленное исследование артикуляционной и мимической моторики.

Изучение речедвигательных функций осуществлялось с помощью методики Е.Ф. Архиповой [1]. Были выявлены критически низкие показатели переключаемости движений (среднегрупповой балл - 1,5). 13 учеников демонстрировали «застревание» на одной позе и персеверации. Состояние мышечного тонуса (среднегрупповой балл - 1,7) характеризовалось выраженным гипертонусом у 11 испытуемых. У 10 учеников зафиксированы синкинезии (сопутствующие движения пальцев рук у Вити З., содружественное сокращение мимических мышц в параназальной области у Насти Е.).

Для изучения особенностей мимической мускулатуры мы использовали методику Л.А. Шапиро [8]. Полученные результаты показали снижение произвольного контроля лицевой мускулатуры (среднегрупповой балл - 1,7). 12 участников не смогли изолированно нахмурить брови без участия губ. Наблюдалась асимметрия лица (Катя Т.) и быстрая истощаемость мимической позы (Лиза М., Дима Н.). У 9 детей выявлена общая обедненность эмоциональных реакций, не соответствующих речевому контексту.

Комплексная оценка состояния артикуляционной и мимической моторики, проведенная с использованием методики, разработанной А.В. Семенович [7] окончательно подтвердила нарушение кинестетической основы артикуляции. Самый низкий результат (среднегрупповой балл - 1,4) получен в субтесте на серийную организацию движений. Все 15 участников испытывали трудности при переходе от одной артикулемы к другой, нарушая порядок элементов или пропуская их. У 9 школьников выявлены кинестетические смешения близких поз (замена «чашечки» на «горку»).

Проведенное исследование позволило установить, что для младших школьников с дизартрией характерен комплекс системных нарушений. В первую очередь выявляется недостаточность артикуляционной моторики, которая проявляется в ограничении объёма движений артикуляционных органов, их гипертонусе и наличии сопутствующих синкинезий. Кроме того, у данной категории детей наблюдается дефицит кинестетического программирования, что выражается в нарушении серийной организации

движений и трудностях переключаемости с одного артикуляционного уклада на другой. Отмечается также снижение произвольного контроля за мимической мускулатурой и обеднение её выразительности. Важно подчеркнуть, что выявленные моторные дефекты тесно взаимосвязаны с низким уровнем концентрации внимания и трудностями переработки звуковой информации, что усугубляет структуру речевого нарушения.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости реализации индивидуально-ориентированной программы логопедической коррекции, направленной на нормализацию мышечного тонуса и развитие кинестетической базы речи.

Библиографический список

1. Архипова Е.Ф. Дизартрия. Практическое руководство. М.: АСТ, 2007. 240 с.
2. Богданова И.А. Методика экспресс-диагностики моторики. Ростов-на-Дону: Феникс, 2010. 160 с.
3. Ветрова В.В., Писаренко Л.А. Оценочный лист «Звукопроизношение». Саратов: Легион-Медиа, 2015. 112 с.
4. Жулина Е. В., Ладина Я. О. К вопросу о диагностическом инструментарии дизартрии, значении логопедического массажа в коррекции дизартрии старшего дошкольного возраста 5-6 лет // Проблемы современного педагогического образования. 2019. №65-4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-o-diagnosticheskom-instrumentarii-dizartrii-znachenii-logopedicheskogo-massazha-v-korreksii-dizartrii-starshego> (дата обращения: 04.03.2026).
5. Лопатина Л.В., Серебрякова Н.В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников (коррекция стертой дизартрии): учебное пособие. СПб.: Союз, 2000. 192 с.
6. Родионова А.В. Фонетическая идентификация и анализ речи: теория и практика. СПб.: Каро, 2012. 256 с.
7. Семенович А.В. Развиваем детскую речь. М.: Аркти, 2008. 192 с.
8. Шапиро Л.А. Коррекция нарушений мелкой моторики и артикуляционной моторики у детей с дизартрией. М.: Владос, 2008. 128 с.