

## АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ИНТОНАЦИОННОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ НОЗОЛОГИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ РЕЧЕВОЙ ПАТОЛОГИИ

© 2011

*Е.А. Ларина*, кандидат педагогически наук, доцент кафедры начального, дошкольного и коррекционного образования

*Дальневосточный государственный гуманитарный университет, Хабаровск (Россия)*

---

*Ключевые слова:* несформированность интонационной стороны речи; нозологические нарушения речи.

*Аннотация:* Исследование состояния вопроса о специфике интонационных средств выразительности речи у детей с различными нозологическими нарушениями речи.

В научной литературе имеются данные, что в структуре различных речевых дефектов у детей отмечаются различные мозаичные нарушения формирования интонационной системы языка. *Интонационная сторона речи* – это основное фонетическое средство оформления речевого

высказывания, совокупность просодических компонентов (мелодика, интенсивность, темп, ритм, логическое ударение, паузирование и тембр), участвующих в членении и организации речевого потока в соответствии со смыслом передаваемого сообщения (Л.В. Бондаренко, Л.Р. Зиндер,

Н.Д. Светозарова). Это важнейший аспект устной речи, сложное суперсегментное фонологическое явление, всецело сориентированное на коммуникацию, служащее на уровне предложения для выражения различных синтаксических значений, экспрессивных и эмоциональных категорий (А.М. Антипова, Е.А. Брызгунова, Н.Г. Торсуева, Л.В. Щерба) [1]. Проблема несформированности интонационной выразительности речи выявляется в процессе глубокого и детального обследования детей, без специального исправления со временем она приводит к вторичным и третичным последствиям (стойким типологическим функционально-значимым просодико-интонационным ошибкам). К числу таких ошибок относятся: 1) нарушение письма (ошибки в ограничении речевых единиц на уровне предложения, неправильно выбранный пунктуационный знак в конце предложения, отсутствие заглавной буквы в начале предложения); 2) нарушение чтения (дети плохо осваивают технику чтения, им сложнее осмыслить текст, выделить главную мысль, разбить предложения на смысловые отрезки, точно ответить на вопрос учителя); 3) нарушение овладения математикой (дети не понимают условия задания, возникают трудности понимания вопроса); 4) осложнения овладением навыками межличностного взаимодействия; 5) трудности усвоения норм социального поведения; 6) сложности формирования эмоционально-волевых процессов (нарушается развитие личности ребенка); 7) расстройства коммуникативной деятельности, поскольку нарушаются функции интонации: фонетическая, синтаксическая, смыслоразличительная и эмоционально-экспрессивная.

Обычно дети с несформированностью интонационной выразительности речи не охватываются логопедической помощью, при традиционном логопедическом обследовании просодические компоненты речевой системы тщательно не анализируются, а описываются кратко, часто аудиально. В системе оказания коррекционной работы формированию интонационной выразительности речи уделяется мало внимания, чаще она осуществляется поверхностно или вообще отсутствует.

Целью данной статьи является теоретический и экспериментальный анализ материалов по расстройствам интонационной стороны речи у детей с разными нозологическими нарушениями речи.

Р.И. Мартынова у детей с *дислалией* описывает громкий, ясный голос при возможном незначительном нарушении темпа, выразительности, плавности и модуляции. О.В. Правдина характеризует голосовые нарушения при различных *клинических формах дизартрии*. Слабость, глухость, истошаемость голоса отмечается при бульбарной дизартрии. Недостаточная сила голоса, осиплость, хриплость в сочетании с назализацией имеют место при псевдобульбарной дизартрии. Непостоянство голосовых нарушений от напряженного, резкого, хриплого голоса до затухающего, переходящего в шепот – при гиперкинетической (подкорковой). Ученые Л.В. Лопатина, Л.Б. Литвак, И.И. Панченко, Л.А. Позднякова, И.А. Смирнова, В.Т.А. Сорокина отмечают, что у детей, имеющих мозжечковую дизартрию, расстройства просодики выражаются в способности подчинить речевой поток интонационным ударениям, в результате чего речь приобретает послоговой, «скандированный» характер, т.е. нарушается ритм речи [2]. У таких больных страдает мелодика речи, происходит повышение тона на ударном гласном, присутствуют лишние паузы. Это приводит к трудностям восприятия смысловой стороны речи (вопросительные фразы у больных звучат как восклицательные, а повествовательные – как вопросительные). Речь звучит напряженно, недостаточно внятно. По данным Е.Н. Винарской, у лиц с экстрапирамидной дизартрией темп речи замедлен, речь монотонная, нарушается структура синтагмы, страдает паузация и акцентуация. В основе данного расстройства лежит распад подкоркового фона речевых движений. М. Зеeman, анализируя нарушения голоса при экстрапирамидных рас-

стройствах, отмечает изменение его силы и громкости, ринофонию, а также сокращение фонаторного периода, в речи это проявляется частыми вдохами. Автор объясняет, что назализация голоса при экстрапирамидных расстройствах не связана с парезами мягкого неба, она объясняется отодвиганием поднятого и напряженного мягкого неба к задней стенке глотки и назвал это явление «экстрапирамидным фонаторным синдромом». При постцентральной апаркической дизартрии речь замедляется, становится неплавной и напряженной, просодические нарушения напоминают нарушения при заикании. В основе этого типа дизартрии лежит расстройство праксиса. Авторы Г.В. Бабина, Н.М. Махмудова, К.А. Семенова описывают общими в симптомокомплексе дизартрии следующие типологические особенности – монотонность, вялость голоса, истошаемость, неустойчивость по высоте и тембру. При спастическом парезе: голос тихий, парализованный, монотонный, истошающийся. При атаксии (расстройство координации движений): вибрирующий, скандированный, неустойчивый по высоте и тембру голос. При тонических нарушениях: голос сравнительно напряженный, более экспираторный в начале высказывания, чем в конце. При гиперкинетических нарушениях: голос не постоянный по силе и продолжительности, прерывистый, дрожащий, но чаще интонированный. У детей со *стертой дизартрией* имеются нарушения интонационной выразительности речи, в первую очередь процессов восприятия и воспроизведения интонационных структур, особенно ритма и логического ударения (Л.В. Лопатина, Л.А. Позднякова). В основе дефекта лежит нарушение восприятия и дифференциации интонационных компонентов (Е.Ф. Архипова). Голосовые нарушения проявляются в недостаточной силе, слабой выразительности, отсутствии голосовых модуляций, обусловленные парезами мышц языка, неба, голосовых складок и глотки (Е.М. Мастюкова).

Особенно страдает интонационная сторона речи у детей с *ринолалией*. Как отмечает М.Д. Дубов, И.И. Ермакова, С.Ф. Иваненко, А.Г. Ипполитова, И.А. Смирнова и др., анатомо-физиологический дефект (расщелина неба) приводит к нарушению тембра голоса – открытой гнусавости и нарушению образования отдельных звуков [3]. По данным Т.В. Волосовец, более 80 % дошкольников с ринолалией имеют утечку воздуха через нос при произнесении ротовых звуков, причем у основной части детей (более 50 %) гиперназальность имеет выраженный оттенок. А.Г. Ипполитова отмечает, что назализация голоса определяется не анатомическим дефектом самим по себе, а компенсаторными нарушениями: неправильным положением языка, нарушением деятельности мышц мягкого неба и нарушением взаимодействия всех органов периферического отдела речевого аппарата. А. Митринович-Моджевска считает, что назализация определяется как нарушением целостности артикуляционного аппарата, так и нарушением функции мягкого неба и его взаимодействия с глоткой и гортанью. В.Г. Ермолаев, В.П. Морозов указывают, что гиперназальность приводит к ослаблению группы обертонов, придающих голосу звонкость и силу. Неприятный речевой резонанс придает смазанное, глухое звучание всей речи. Голос у детей с ринолалией монотонный, глухой, неполетный и слабый. Достаточно часто отмечается функциональное нарушение дыхательной функции: вялость, дискоординация дыхательных мышц (О.В. Правдина), короткий поверхностный вдох, небольшой объем выдыхаемого воздуха и большая потеря выдыхаемого воздуха через носовые ходы (З.Г. Нелюбова, Е.А. Соболева). При этом по замечанию М.Д. Дубова, возможно извращенное воспитание слуха, при котором дети с ринолалией «не слышат своей гнусавости», что приводит к трудностям усвоения языка, правописания и к школьной неуспеваемости. Особые нарушения голоса и просодической стороны речи отмечаются при *ринофонии*. При закрытой ринофонии носовые согласные приобретают ротовое резонирование, гласные теряют звучность, тембр неестественен. При

открытой ринофонии – патологическая назализация всех ротовых звуков, голос слабый, тембр неестественный.

И.А. Поварова анализирует расстройства интонации у *заикающихся* детей и отмечает у них нарушения просодической организации речи, в том числе темпоритмической и интонационной структуры высказывания [4]. Ю.И. Кузьмин указывает на определенное замедление темпа речи, сбивчивость ритма, нарушение мелодичности голоса, его слабость, прерывистость и монотонность. В своих трудах Л.И. Белякова, Е.А. Дьякова отмечают, что у *заикающихся* имеются нарушения речевых ритмов разных уровней: послогового, пословного и синтагматического. Одним из постоянных признаков заикания является нарушение речевого дыхания. Помимо возможности появления судорожной активности в мышцах дыхательного аппарата, нарушение речевого дыхания у *заикающихся* выражается в следующих показателях: недостаточный объем вдыхаемого воздуха перед началом речевого высказывания, укороченный речевой выдох, несформированность координаторных механизмов между речевым дыханием и фонацией. У *заикающихся* диагностируются локальные напряжения мышц голосового аппарата, что ухудшает характеристики голоса. Встречаются также дисфонические расстройства. У 1/3 *заикающихся* детей дошкольного возраста В.М. Шкловский отмечает недостаточную силу голоса, его глухость и осиплость. Е.В. Оганесян дифференцирует особенности голоса и интонационного оформления речи в зависимости от клинических форм заикания: при невротическом заикании выявляется нарушение тембра в виде глухости и охриплости, изменение силы и громкости, использование несвойственного регистра; при неврозоподобном заикании – недостаточная модулированность речи и стереотипные интонации. Такое обилие расстройств вызвано тем, что заикание сложное речевое расстройство при котором затронуты многие слагаемые произносительной системы: речевое дыхание, голосообразование и артикуляция, что внешне проявляется в судорожной активности. В механизме патологии указываются стволково-подкорковые поражения, стойкое нарушение процесса саморегуляции (Е.Е. Шевцова).

У детей с речевыми расстройствами, связанными с нарушением темпа речи – *тахилалия* и *брадилалия* наблюдаются просодические особенности речи. При брадилалии отмечается замедленность темпа и ритма внутренней и внешней речи, монотонность голоса, ингер- и интравербальное замедление (удлинение пауз между словами или замедленное, растянутое произношение звуков речи и удлинение пауз между звуками слова), речь монотонная и недостаточно модулированная. При тахилалии выявляется ускорение темпа и ритма внутренней и внешней речи, что приводит к словесному нагромождению в речи, выпадению звуков, слогов и слов, искажению звуков из-за быстрых артикуляторных движений; общая двигательная, психическая и речевая активность повышена (В.С. Кочергина, Ю.А. Флоренская). Е.Н. Винарская, Г.М. Богомазов приводят данные, что эти нарушения возникают на этапе развития паралингвистических средств речи и обычно сочетаются с двигательными расстройствами, нарушениями вегетативной нервной системы и особенностями эмоционально-волевой сферы. В основе данных расстройств лежит недостаточность подкорковых экстрапирамидных отделов мозга.

У лиц, имеющих *нарушения голоса* органического и функционального плана отмечается афония (полное отсутствие голоса) или дисфония (частичное усиление или ослабление звучания, нарушение тембровых характеристик (осиплость, хрипота), утрата звонкости голоса, возможная гипер- или гипоназальность, расстройством высоты звучания, нарушение мелодического компонента, темпа и ударения). Часто указывается голосовое утомление и целый ряд субъективных ощущений: комок в горле, першение, желание откашляться, налипание пленок, давление и боли (Е.С. Алмазова, Ю.С. Василенко, Л.Б. Дмитриев, И.И. Ер-

макова, Е.В. Лаврова, О.С. Орлова, С.Л. Таптапова) [5].

У детей с моторной *алалией* наблюдаются грубые нарушения просодии: речь монотонная, мало модулированная, невыразительная, замедленная, скандированная с большим количеством пауз, в ряде случаев наблюдается неправильная постановка логического ударения, нарушения темпа и ритма речи. При эмоциональной ситуации речь может приобрести выразительность. Совершенно другая картина описывается в литературе при сенсорной алалии: голос нормальной звучности, речь интонационно окрашена, однако наблюдаются трудности понимания смысла высказывания, сложности произвольного изменения интонационных характеристик (М. Зеeman, В.А. Ковшиков, Е.Ф. Соботович, Н.Н. Трауготт, С.Н. Шаховская).

При возникновении у детей *афазии* интонационный компонент также будет нарушен, ухудшение состояния выводит на первый план патологию дизартрического характера (подкорковая дизартрия). Т.Г. Визель и Т.С. Колесникова отмечают, что она проявляется в «спотыкании» в середине слов, трудности их инициации, интенционных судорогах (подкорковые дискоординации), и обозначают ее как речевую дизритмию. Эти нарушения имеют грубую степень выраженности и отличаются стойкостью проявления, что подтверждается нейропсихологическим обследованием. В основе этого речевого дефекта лежит первичное нарушение ритмического звена высказывания, что выражается в нарушении элементарного послогового ритма. В результате могут возникнуть трудности плавной речи, которые, в свою очередь, могут привести к возникновению заикания (Т.Г. Визель). Темп речи детей, страдающих афазией, становится убыстренным, отсутствует маркировка голосом смысловых акцентов фраз, и речь в целом становится неразборчивой и смазанной. Среди различных вариантов афазии типичное нарушение просодической организации речи наблюдается при эфферентной моторной афазии. Речь таких больных интонационно неокрашена, тягучая, монотонная, страдает ритмическая структура (мелодичная смена одного слога другим) и выделение логического ударения (М.К. Бурлакова). При эфферентной моторной и динамической афазии нарушаются практически все функции речи, прежде всего коммуникативная и эмоционально-экспрессивная по причине дефектов модуляции голоса и просодики речи. Расстройства в сфере орального артикуляционного праксиса иногда приводят к псевдоскандированности речи (произнесение слов по слогам). Интонационный рисунок речи беден и эмоционально однозначен, высказывание не плавное, разорванное, отмечаются ошибки в передаче интонации вопроса и восклицания, в употреблении словесного и логического ударения (Л.С. Цветкова). Особые нарушения интонационной стороны речи проявляются при акустико-гностической сенсорной афазии: тяжелые нарушения фонематического слуха приводят к не различению на слух подсистем интонации, вторично утрачивается ритмико-мелодическая основа экспрессивной речи, при чтении и письме появляются затруднения в нахождении места ударения в слове, что осложняет понимание прочитанного (М.К. Бурлакова).

Особенности голосовой функции и выразительности речи дошкольников с *общим недоразвитием речи* (ОНР) стали предметом специального изучения В.И. Филимоновой. В группе детей нарушения голоса были отмечены у основной части испытуемых. Это проявлялось в недостаточной громкости и узком динамическом диапазоне, несоответствии высоты голоса и не выраженности модуляций, изменениях тембра голоса в виде глухости, осиплости, монотонности, интонационной невыразительности и однообразии. Особенности интонационной стороны речи учащихся школ для детей с нарушениями речи изучались Л.И. Беляковой, И.И. Романчук. В процессе обследования у них выявились трудности в восприятии и пассивном воспроизведении различных интонационных конструкций, в правильной расстановке логических ударений и паузирования. Н.С. Жукова, Е.М. Мастюкова, Т.Б. Филичева

перечисляют следующие факты: обедненная интонация, ритмическая несостоятельность, двигательная дискоординация, которые объясняются нарушениями регуляции мышечного тонуса, несформированностью кинестетического и двигательного праксиса. А.Н. Корнев выделяет патологию супrasegmentарного уровня звуковой системы у детей с ОНР, куда относит искажения интонационно-мелодической и голосовой характеристик: глухость, маловыразительность, монотонность, затухающий характер голоса, гнусавость. По мнению Н.А. Туговой, детям свойственна слабая слуховая память, недостаточное понимание значения слов и фразеологических оборотов, приводящие к интонационно монотонной и лексически невыразительной речи, а также к слабости речевого подражания.

В процессе теоретико-экспериментального исследования, используя авторскую скрининг-диагностику интонационной стороны речи, мы проанализировали особенности суперсегментного уровня языка у детей с ОНР III уровня с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии. Экспериментальное исследование проводилось в течение семи лет на базе логопедических пунктов общеобразовательных школ Хабаровского района и города Хабаровска. В исследовании принимали участие 60 учащихся с ОНР с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии в возрасте 8-8,5 лет. Скрининг-диагностика интонационной стороны речи, проводилась по следующим направлениям: 1) исследование процессов восприятия и воспроизведения мелодических рисунков фраз, соответствующих трем основным видам интонации русского языка (повествовательной, вопросительной, восклицательной); 2) возможность использования интенсивности при воспроизведении интонационных конструкций (ИК); 3) определение особенностей темпо-ритмической организации речи; 4) диагностика чувства ритма; 5) исследование восприятия и воспроизведения логического и словесного ударения; 6) определение особенностей паузирования; 7) выявление особенностей тембра и эмоциональной окраски голоса. Для оценки степени выраженности показателей диагностики нами разработаны качественно-количественные критерии сформированности интонационной стороны речи у детей младшего школьного возраста. Итоговые балльные оценки соотносились с уровнями выполнения заданий, которые определялись на основе разработанной шкалы: высокий, выше среднего, средний уровень, ниже среднего, низкий уровень.

Анализ экспериментальных данных позволил определить показатели несформированности интонационной стороны речи у младших школьников с ОНР с легкой степенью псевдобульбарной дизартрии: 1) нарушение затрагивает весь комплекс подсистем интонации; 2) трудности воспроизведения компонентов интонации в целом преобладают над сложностями их восприятия; 3) отмечается низкий уровень при восприятии и реализации мелодического компонента, логического и словесного ударения, что нарушает осуществление коммуникативной, смысло-различительной и синтаксической функции интонации.

Диагностируется монотонность, невыразительность, обедненность и однообразие интонаций, нарушение интонирования сложных предложений, потеря целостности сообщения; 4) темпоритмические возможности, интонационная интенсивность, паузация определяются на среднем и низком уровнях, что существенно затрудняет образование акцентно-ритмической структуры высказывания и реализацию фонетической функции интонации. Наблюдаются затруднения в синтагматическом членении, выделении интонационного центра и логических ударений. Нарушается восприимчивость ударно-безударной позиции и пауз ритмического рисунка, проявляется низкая степень владения приемами интонационно-смыслового анализа; 5) изменяется качество тембра голоса в виде глухости, охриплости и назальности. Выявляются сложности его произвольного изменения, трудности установления связей между оттенками окраски голоса и смыслом речевого сообщения, что обуславливает недостаточную реализацию эмоционально-экспрессивной функции интонации; 6) на возможность точного восприятия подсистем интонации положительно влияют контекстуальные условия: наглядное изображение, использованное в качестве опоры и соответствующее эмоциональному содержанию и смыслу высказывания, предъявление для анализа речевых отрезков с дополнительными объяснениями.

Теоретический и экспериментальный анализ проблемы формирования интонационной стороны речи у детей с различными нозологическими формами речевой патологии позволяет сделать вывод о том, что практически у всех категорий лиц отмечаются изменения акустических характеристик голоса и просодических параметров. Имеющиеся данные о специфике формирования интонационной выразительности у детей с различными нарушениями речи многочисленны и разрозненны, но они дают возможность заострить круг нерешенных вопросов, связанных с необходимостью расширения мероприятий по дифференциальной диагностике интонационных нарушений и организации последующей специализированной логопедической коррекционной помощи.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Брызгунова, Е.А. Звуки и интонация русской речи / Е.А. Брызгунова. – М.: Прогресс, 1969. – 278 с.
2. Лопатина, Л.В. Нарушения интонационного оформления высказывания дошкольниками со стертой дизартрией / Л.В. Лопатина, Л.А. Позднякова // Логопедия. – 2004. – № 1. – С. 53–60.
3. Иваненко, С.Ф. Развитие интонации у детей с ринолалией / С.Ф. Иваненко // Воспитание и обучение детей с нарушением развития. – 2003. – № 2. – С. 48–57.
4. Поварова, И.А. Заикание: диагностика и коррекция темпоритмических нарушений устной речи. Монография / И.А. Поварова. – СПб.: Речь, 2005. – 275 с.
5. Лаврова, Е.В. Логопедия. Основы логопедии / Е.В. Лаврова. – М.: Изд. центр «Академия», 2007. – 144 с.

#### THE ANALYSIS OF FEATURES OF THE INTONATIONAL PARTY OF SPEECH AT CHILDREN WITH VARIOUS NOSOLOGICAL FORMS OF THE SPEECH PATHOLOGY

© 2011

*E.A. Larina*, candidate of pedagogical sciences, the senior lecturer of chair of initial, preschool and correctional formation

*Far East State Humanitarian University, Khabarovsk (Russia)*

*Keywords:* non-formation of the intonational party of speech; nosological infringements of speech.

*Annotation:* Research of a condition of a question on specificity of intonational means of expressiveness of speech at children with various nosological infringements of speech.