

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА
РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ
ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**



СОДЕРЖАНИЕ

1. Фонематическая дислалия и моторная алалия
2. Анамнез
3. Дети с ЗПР и с ЗРР
4. Основные диагностические параметры
5. Обследование детей
6. Слабослышащие дети с сенсорной алалией
7. Аутизм
8. Дифференциальный диагноз
9. Акустико – мнестическая и сенсорная афазия
10. Дифференциальная диагностика детей с семантической афазией
11. Травматическая афазия
12. Трудности в дифференциации моторной и сенсорной алалий
13. Диагностика и определение дизартрии

Фонематическая дислалия и моторная алалия

Установление речевого диагноза подчиняется общим правилам и имеет свою специфику. Например, трудности в различении **фонематической дислалии** и **моторной алалии** иногда возникают на поздних этапах развития алалии, когда в речи некоторых детей выявляются только фонематические нарушения, а нарушения других подсистем языка могут отсутствовать или быть затушеванными.

Решающее значение для дифференциального диагноза в таких случаях имеет анамнез и сравнительный анализ изучения параметров неречевой системы.



Анамнез

Диагноз строится на данных тщательно собранного анамнеза, где уточняются особенности раннего развития ребенка начиная с утробного периода, характера родов и раннего постнатального развития.

Здесь особое внимание следует обратить на протекание беременности у матери с учетом тех вредностей, с которыми связан период формирования плода, наличие природных травм, асфиксии. Наконец, важен характер перенесенных ребенком заболеваний в раннем детстве.

Причем очень важно уточнить у родителей, как протекали любые детские заболевания, не сопровождались ли они бессознательными состояниями, судорогами, припадками.

В клинике известно, что иногда протекание обычных детских заболеваний — кори, коклюша, воспаления легких, гриппа и др. — может осложниться поражением нервной системы (менингоэнцефалиты), что в практике нередко не учитывается.

Продолжение

Специфика речевого анамнеза заключается в уточнении этапов раннего развития речи (характер гуления, лепета, интонации, состояние слуха, сроки появления первых слов и т.п.).

Таким образом, иногда уже при сборе анамнеза могут быть получены некоторые сведения, позволяющие предполагать перенесение в раннем детстве мозгового заболевания.

Второй этап в построении диагноза — неврологическое, логопедическое и психологическое исследования, в результате проведения которых в ряде случаев можно обнаружить органическую неврологическую симптоматику, что и определит характер окончательного диагноза.

Специфичность речевой диагностики обусловлена еще и тем, что расстройства речи чаще не носят характера самостоятельного заболевания, а являются лишь одним из симптомов основного заболевания.

Дети с задержкой речевого развития и психического развития

Для психологов и логопедов представляет определенную сложность диагностика детей дошкольного возраста, относящихся по своим медицинским показателям к группе риска.

Комплектование групп ранней диагностики осложнено тем, что темповая задержка речевого развития (ЗРР) по своим проявлениям сходна с задержкой психического развития (ЗПР). Осуществление обследования детей в возрасте двух-трех лет также осложняется рядом трудностей, обусловленных возрастом и отсутствием стандартизированных методик.

У детей только с задержкой речевого развития, как правило, в отличие от детей с задержкой психического развития, все неречевые функции развиты в соответствии с возрастными нормами и недостаточность непосредственно проявляется только в экспрессивной речи. Понимание при темповой задержке речевого развития, как правило, сохранно.

Основные диагностические параметры

Основными диагностическими параметрами в обследовании детей являются изучение анамнеза и определение интеллектуального развития. В обследовании дифференциальными пробы на конструктивный праксис, общую моторику, сформированность мыслительных операций и сенсорных эталонов, а также умения слушать и выполнять инструкции.

Многочисленные исследования, касающиеся моторных алалий, свидетельствуют о том, что у

детей с моторной алалией имеется задержка психического развития.

Решение этой проблемы лежит в выявленных особенностях вербального и невербального мышления детей с моторной алалией.



Обследование детей

Структура интеллектуальной недостаточности при алалий в отличие от олигофрении носит своеобразный характер и является неоднородной по своему происхождению.

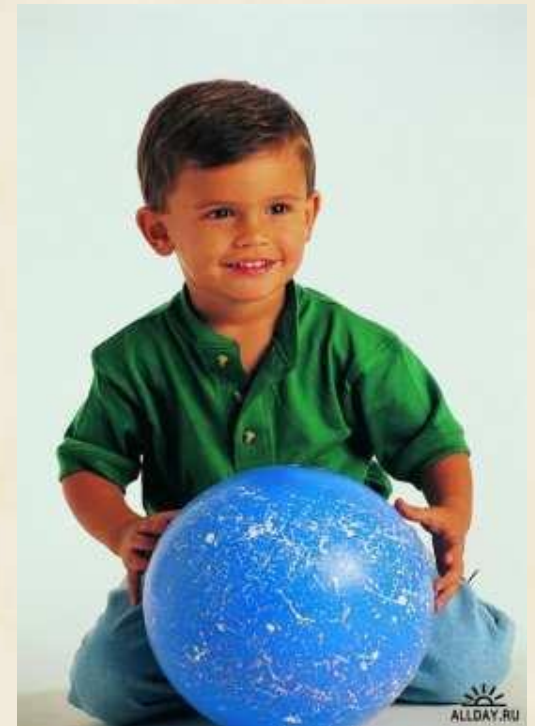
Поэтому в обследовании детей необходимо обратить внимание на выполнение заданий:

- 1) определить качество познавательной деятельности;
- 2) дать оценку обучаемости (методика А.Я.Ивановой);
- 3) оценить развитие импрессивной речи на понимание синтаксических конструкций, причинно-следственных связей, временных конструкций;
- 4) оценить лексический объем в экспрессивной речи. Для отграничения детей с сенсорной алалией от слабослышащих и глухих, а также от детей с преимущественным нарушением восприятия необходимо уточнить состояние слуха и понимания речи. Так, в ходе всего обследования необходимо обращать внимание на то, как слышит ребенок предлагаемый ему речевой материал. Для этого во время обследования необходимо периодически усиливать или снижать громкость голоса, менять местоположение при говорении и отмечать, как при этом ведет себя ребенок.

Слабослышащие дети и дети с сенсорной алалией

Для слабослышащих и детей с сенсорной алалией наиболее существенным будет обследование нарушений слуховой дифференциации звуков речи. Во избежание возможных ошибок при оценке состояния слуховой дифференциации звуков при обследовании необходимо закрыть лицо экраном, чтобы исключить возможность зрительного восприятия.

Исключение зрительного восприятия необходимо при проведении слуховых диктантов, преследующих цель выявления акустической или артикуляторно-акустической дисграфии.



АУТИЗМ

Распространенной ошибкой является отнесение любого неговорящего ребенка к категории аутистов. **Дифференциальная диагностика** в этом случае сложна, так как объектом является маленький ребенок, поведение которого еще не имеет стойких и четко определяемых патологических признаков, по которым можно были бы однозначно установить диагноз.

Аутизм — это такое нарушение развития, при котором затруднено формирование социальных контактов с внешним миром и другим человеком. Основные симптомы: желание уйти от контакта и стремление к навязчивым стереотипным, ритуальным формам поведения. Отмечается также необычное речевое развитие (а в некоторых случаях возможно полное отсутствие речи), вычурность движений, неадекватная реакция на сенсорные (т.е. воздействующие на органы чувств) раздражители.

Дифференциальный диагноз

При полном отсутствии речи решающее значение для дифференциального диагноза имеют сохранность постоянных реакций на обращенную речь у детей с алалией и отсутствие у них типических для детей с аутизмом особенностей поведения при общении.

Дифференциальный диагноз облегчается, если дети с алалией обладают экспрессивной речью. В отличие от детей с аутизмом они в большинстве ситуаций активно используют зачатки речи, как вербальной, так и невербальной, имеют хорошо развитую мимику и жестикуляторную речь.

Акустико-мнестическая и семантическая афазия

Акустико-мнестическая афазия — речевое расстройство, заключающееся в нарушении номинативной функции речи. Больные затрудняются в актуализации слова-наименования для предъявляемого объекта. Внешне по поведению больной при обследовании производит впечатление человека с задержкой психического развития.

В обследовании больного необходимо провести анализ процессов в запоминания, удержания в памяти всех модальностей.

Семантическая афазия — речевое нарушение, характеризующееся дефицитом в импрессивной составляющей речевой деятельности, т.е. в понимании обращенной к больному речи.



Дифференциальная диагностика детей с семантической афазией

При дифференциальной диагностике детей с семантической афазией необходимо особое внимание обратить на оценку уровня Интеллектуального развития и обучаемости, т.е. способности Пользоваться инструкцией, помощью педагога и умению осуществлять логический перенос одних алгоритмов знаний на другие объекты.

Практическая задача дифференциальной диагностики афазии сводится к ее отграничению от явлений постконтузионной немоты (или мутизма), дизартрических нарушений речи и от тех вторичных изменений, которым подвергается речь больного при общемозговой астении, загруженности и типичной для поражения лобных систем аспонтанности.

Травматическая афазия

Последней существенной стороной дифференциальной диагностики травматической афазии является ее отграничение от картин общемозговых поражений с сопровождающими эти поражения астенией, загруженностью и аспонтанностью.

Речевые нарушения, проявляющиеся при общемозговой загруженности, принимают чаще всего форму общей адинамии речи и выступают на фоне общей замедленности, дезориентированное и истощаемости больного. Такому больному так же трудно поднять руку, как и поднять голос или сказать слово; взор обычно фиксирован в одном направлении, глаза не следуют за движущимся предметом, все поведение оказывается замедленным, инертным и суженным. Речевая адинамиа является здесь лишь частным моментом общей адинамии поведения.

Существенной чертой этой формы речевых нарушений является лишь то, что больной, который без труда может повторять предложенные ему слова или фразы и произносить привычные фразы, начинает испытывать большие затруднения каждый раз, когда его речь включается в систему более активной деятельности.

Трудности в дифференциации моторной и сенсорной алалий.

Возникает ряд трудностей в дифференциации моторной и сенсорной алалий.

Признаки **экспрессивной алалии**: сохранное восприятие речи на перцептивном уровне; соответствующее возрасту понимание речи, причем понимание возможно без опоры на зрительное восприятие артикуляции; хорошее слуховое внимание; отсутствие эхолалии; в некоторых случаях невозможность повторения.

Дети с **импрессивной алалией** многое повторяют, но не понимают повторенного.

У детей с **моторной алалией** наблюдается более активное речевое поведение, они широко используют мимико-жестикуляторную речь, мелодику, звукоподражания, «звуковые жесты». У них значительно более выражена, чем у **сенсорных алаликов**, динамика в усвоении языка при его спонтанном и направленном формировании.

Диагностика и определение дизартрии

Особую сложность имеет **диагностика и определение дизартрии.**

При **спастико-паретической дизартрии** спастический парез проявляется различно: одни больные не могут удержать во времени нужную артикуляционную позу, другие — выполнить ее, третьи — быстро переключиться от одной позиции к другой. У ряда больных парез приводит к увеличению латентного периода при включении в движение, к слюнотечению в различной степени.

Для логопеда важно уметь отличать нарушения, вызванные дефектами исполнительного, эфферентного плана (спастическим парез) и дефектами программирующего афферентного плана (артикуляционная апраксия).

Продолжение

Гиперкинетическая форма дизартрии названа по ведущему гиперкинетическому синдрому. При гиперкинетической форме дизартрии акт приема пищи нарушен: процессы жевания, глотания затруднены, дискоординированы; при миоклонии процесс еды особенно грубо страдает, причем в отдельных случаях может вызвать эпилептический припадок.

Произносительная сторона речи: голос напряженный, прерывистый, вибрирующий, изменяющийся по высоте и силе, модуляционные возможности в ограниченных пределах возможны. Выразительная окраска речи зависит от характера синергии фонаторной и дыхательной мускулатуры.

При достаточной силе и звонкости голоса интонационная окраска речи на отдельных отрезках высказывания может приближаться к норме. Даже при наличии многих дефектов фонетического строя корковых расстройств обычно не наблюдается, страдает лишь техника письма и чтения.

Продолжение

Спаستико-ригидная форма дизартрии характеризуется проявлением спастического пареза речевой мускулатуры и нарушением тонического управления речевой деятельностью по типу экстрапирамидного расстройства.

У детей с алалией моторный уровень речеобразования полностью или относительно сохранен и потенциально позволяет им осуществлять артикуляторный акт. При алалии расстраивается вся система языка, при дизартрии только одна из его подсистем — фонетическая. Расстройства произношения звуков у детей с алалией объясняются нарушением производства фонематических операций — выбора и комбинирования единиц.

У детей же с дизартрией расстройства произношения звуков вызваны прежде всего нарушениями фонетических операций.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!