

Е. Ф. СОБОТОВИЧ,
А. Ф. ЧЕРНОПОЛЬСКАЯ

ПРОЯВЛЕНИЯ СТЕРТЫХ ДИЗАРТРИЙ И МЕТОДЫ ИХ ДИАГНОСТИКИ

ИСТОЧНИК: ДЕФЕКТОЛОГИЯ. — М., 1974. — № 4.

В практике логопедической работы встречаются недостатки произношения, которые по своему внешнему проявлению напоминают дислалию, но имеют длительную и сложную динамику устранения.

Так, Л. В. Мелехова (1976) отмечает неточность, слабость движений органов артикуляционного аппарата, их быструю истощаемость.

Р. А. Белова-Давид (1967), М. Палмер (1967), Х. Риф (1969) называют и такие расстройства, как трудность нахождения определенных положений губ, языка, необходимых для произношения звуков.

В процессе обследования детей старшего дошкольного возраста, страдающих полиморфным косноязычием, была выделена группа детей в количестве 53 человек (из 110), у которых отмечались подобные недостатки.

Специальное обследование речи этих детей, состояние общей и речевой моторики, дополненное данными психоневрологического осмотра, а также длительное динамическое наблюдение позволили выявить некоторые особенности проявления и происхождения данной формы косноязычия.

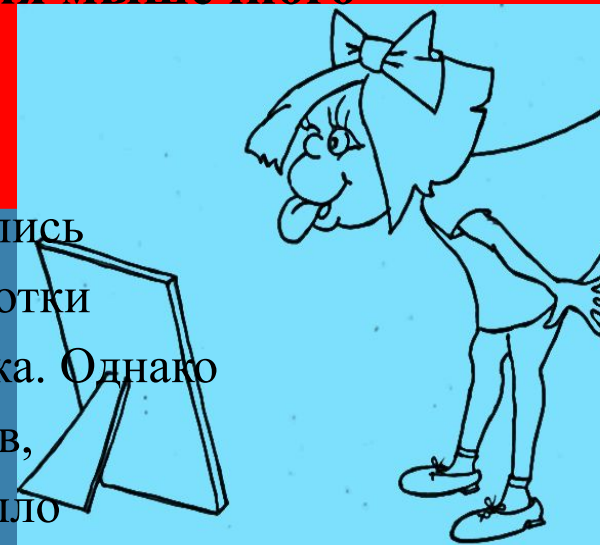
Недостатки произношения у названных детей носили различный характер.

Они могли проявляться только в нарушениях произношения звуков, причем в одних случаях это не вызывало задержки фонематического развития, а в других такая задержка имела место. Произношение детей этой группы характеризовалось смазанностью, размытостью, нечеткостью артикуляции звуков, что особенно резко проявлялось в потоке речи. У части детей данные недостатки проявлялись на фоне ЗПР и общего речевого недоразвития.

Недостатки звуковой стороны речи нередко проявлялись на фоне неврологической симптоматики. В одних случаях (8 чел.) она имела форму очаговых неврологических микросимптомов (незначительно выраженное одностороннее нарушение иннервации подъязычного, языкоглоточного нерва, гиперкинезы, фибриллярные подергивания языка), в других (45 чел.) — наряду с этим имелась более выраженная неврологическая симптоматика. У всех детей отмечалось нарушение двигательной стороны процесса звукопроизношения, которое имело качественно различные проявления и позволило детей этой группы дифференцировать на 4 подгруппы.

Первую подгруппу составили дети (19 чел.), у которых отмечалась недостаточность некоторых моторных функций артикуляторного аппарата, а именно: избирательная слабость, паретичность лишь некоторых мышц языка. У этих детей была асимметричная иннервация языка, которая при артикуляции звуков проявлялась в слабости движений одной половины языка. При выполнении изолированных движений некоторые из этих детей не могли научиться распластывать язык, равномерно поднимать его края вверх. У всех указанных детей наблюдалось искаженное произношение звуков. Однако эти искажения были неоднотипными и распространялись на различные группы звуков, что зависело от локализации поражения мышечного артикуляторного аппарата.

Недостатки произношения у детей этой подгруппы устранялись только в результате артикуляторной гимнастики и выработки правильного артикуляторного уклада того или иного звука. Однако полной автоматизации правильного произношения звуков, особенно в случаях межзубного сигматизма, добиться было невозможно.



Вторую группу составили 7 человек. У детей этой подгруппы в процессе речи отмечалась вялость артикуляции, нечеткость дикции, общая смазанность речи. Таким образом, у детей данной подгруппы имелась недостаточность моторики артикуляторного аппарата при удовлетворительном состоянии общей моторики. Для детей этой подгруппы определенную трудность представляло овладение произношением звуков, требующих мышечного напряжения, т.е. (р, л), аффрикат, звонких согласных звуков, особенно взрывных. В силу этого дети звуки (р, л) либо опускали, либо произносили искаженно, т.е. отмечалось л губно-губное (смычка заменялась губно-губной фрикцией), р одноударное (в результате невозможности напряжения и вибрации кончика языка), аффрикаты распадались на составные части (заменялись преимущественно щелевыми звуками), звонкие согласные заменялись глухими.

Выраженное и массивное отставание фонетической стороны речи у этих детей резко не соответствовало как уровню психического, так и общего речевого их развития.



Устранение недостатков произношения у данных детей было начато с общей артикуляторной гимнастики, направленной на развитие силы движения, после чего проводили работу по постановке звуков известными в литературе способами. Однако, будучи поставленными, звуки в потоке речи произносились по-прежнему — речь оставалась смазанной и нечеткой. Поэтому в дальнейшем мы направили основное усилие на развитие динамической координации движений, что способствовало улучшению речи этих детей.



У всех детей представленной подгруппы отмечалась неврологическая симптоматика, которая выражалась в легкой девиации языка, сглаженности носогубных складок, наличии патологических рефлексов (хоботковый рефлекс) и асимметрии движений языка и губ.



Третью подгруппу составили 8 человек. Отличительной особенностью речи этих детей была замена одних звуков другими, при этом нередко один звук имел несколько звуковых вариантов. Система таких замен (субституций) базировалась на артикуляционном родстве звуков не только по месту их образования, но и по способу образования. Результатом являлось смягченное произношение твердых согласных, замена шипящих звуков свистящими, губное произношение шипящих звуков и звука л, замена р и л звуком и.

У этих детей имели место различные виды фонематического недоразвития. Развитие лексико-грамматического строя речи колебалось от нормы до выраженного отставания. Отмечались также затруднения в выполнении произвольных двигательных актов. Их затрудняло нахождение определенных позиций губ и особенно языка по инструкции или по подражанию. Значительные трудности представляло для них овладение дифференцированными движениями речевого аппарата: кончика языка и его спинки, языка и губ.

У всех детей этой подгруппы отмечалась органическая симптоматика, которая носила выраженный характер: повышение сухожильных и периостальных рефлексов с одной стороны, повышение или понижение мышечного тонуса с одной или двух сторон, наличие патологических рефлексов.

Отмеченный характер нарушений речевых движений напоминает по своим проявлениям артикуляторную апраксию, связываемую с афферентными нарушениями речедвигательного анализатора. Однако если артикуляторная апраксия вызывает системное недоразвитие речи — *алалию* (В. К. Орфинская, 1960; Р. А. Белова-Давид, 1968), то у обследованных в данном случае детей значительное отставание речи могло иметь место только в двух случаях. У остальных детей отмечалось или нормальное развитие всех языковых систем или незначительно выраженное их отставание. М. Морлей (1959), Х. Риф (1969) предлагают подобные проявления нарушения движений и вызванное ими расстройство звукопроизношения называть *апрактической дизартрией* в отличие от моторных алалий.

Четвертую подгруппу составили дети (19 чел.), у которых наблюдалась выраженная общая моторная недостаточность. Проявления ее были различны: У 14 детей — двигательная неловкость, малоподвижность, скованность, замедленность всех движений. У некоторых детей этой подгруппы отмечалось ограничение объема движений одной половины тела. У 5 детей, наоборот, — явления двигательной гиперактивности, беспокойства, быстрый темп движений, большое количество лишних движений при выполнении произвольных и непроизвольных двигательных актов. Эти же особенности наблюдались и в движениях органов речевого аппарата: у одних детей имелась вялость, скованность движений речевого аппарата, невозможность выполнения некоторых сложных движений, у других — двигательное беспокойство, гиперкинезы языка, невозможность удержания заданного положения языка, наличие большого числа синкинезий нижней челюсти, лицевой мускулатуры, пальцев рук и т. д.

У всех детей этой подгруппы косноязычие проявлялось различными нарушениями звукопроизношения: заменами, пропусками, искажениями звуков. У 5 детей этой подгруппы отмечался гнусавый оттенок голоса. Фонематическое и общее речевое развитие варьировало от нормы до значительного отставания. У 5 детей отмечалось заикание.

Динамика устранения косноязычия у детей этой подгруппы была неодинаковой. У некоторых из них (16 чел.) отмечалось относительно нетрудное становление правильного произношения в процессе комплексной логопедической работы по развитию фонематических представлений и воспитанию артикуляции тех или иных звуков. У других (13 чел.) логопедическая работа по устранению указанных дефектов носила очень длительный характер. Работа с этими детьми осложнялась еще тем, что у них отмечалась в большинстве случаев задержка психического развития, проявляющаяся в снижении уровня обобщений и осмысления действительности.

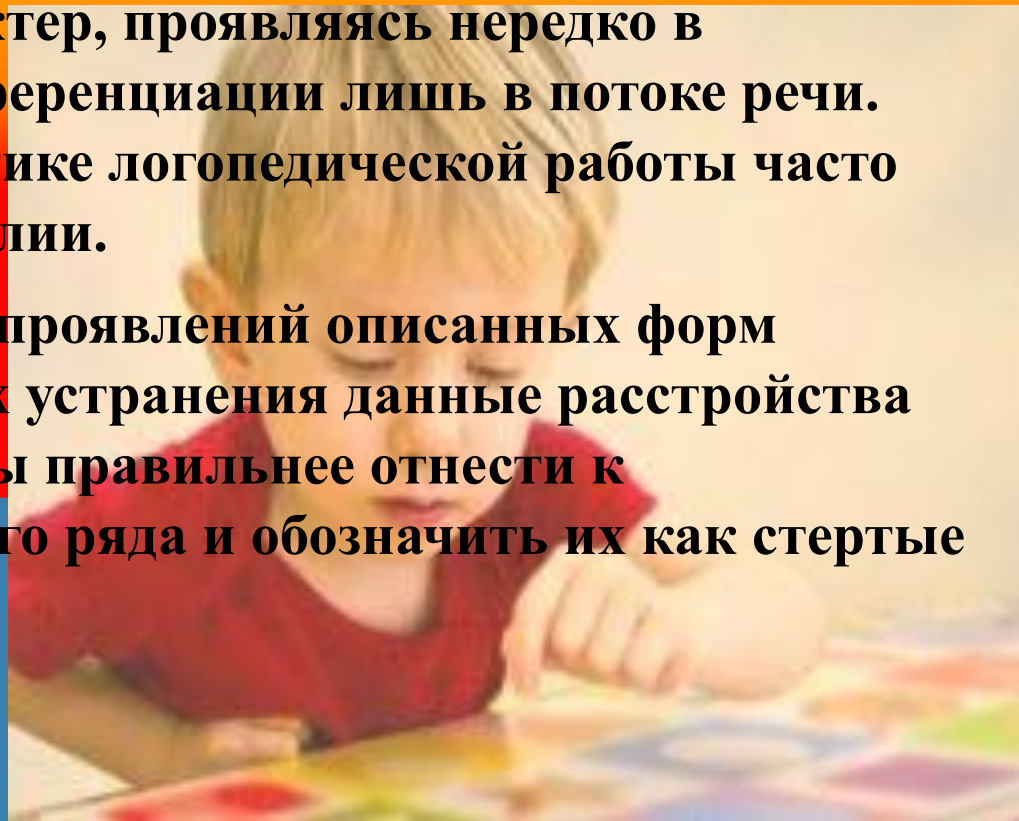


При неврологическом обследовании у всех детей данной подгруппы отмечались выраженные симптомы поражения центральной нервной системы. У 13 детей на этом фоне выявилась органическая микросимптоматика, нарушения функций органов речевого аппарата: девиация языка, сглаженность носогубных складок, снижение глоточного рефлекса, асимметричная иннервация нёба и т. д.

Изучение анамнестических данных всех 53 детей показало, что наряду с неблагоприятием пренатального периода и постнатального в анамнезе детей часто отмечались вредности и натального периода: асфиксии, применение механических средств родовспоможения и т. д.

Таким образом, косноязычие у всех представленных детей имело органическую основу. Однако эти органические нарушения носили часто стертый характер, проявляясь нередко в нарушениях моторной дифференциации лишь в потоке речи. Такие расстройства в практике логопедической работы часто диагностируются как дислалии.

Однако на основании анализа проявлений описанных форм косноязычия и динамики их устранения данные расстройства звукопроизношения было бы правильнее отнести к расстройствам органического ряда и обозначить их как стертые дизартрии.



Представленные клинические проявления нарушений звукопроизношения укладываются в рамки существующей классификации дизартрий... Так, нарушения звукопроизношения, вызванные избирательной неполноценностью некоторых моторных функций речедвигательного аппарата (первая подгруппа детей), а также слабостью и вялостью артикуляционной мускулатуры (вторая подгруппа) можно отнести к стертой форме псевдобульбарной дизартрии.

Клинические особенности нарушения звукопроизношения, связанные с затруднением в выполнении произвольных двигательных актов (третья подгруппа), дают основание относить их к корковым дизартриям.

Дефекты звуковой стороны речи, имеющиеся у детей с различными формами моторной недостаточности (четвертая подгруппа) могут быть отнесены к смешанным формам дизартрии...

