



Стертая дизартрия

Выполнила: Дешина Н.В.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ КОРРЕКЦИИ СТЕРТОЙ ДИЗАРТРИИ

Стертая дизартрия — речевая патология, проявляющаяся в расстройствах фонетического и просодического компонентов речевой функциональной системы и возникающая вследствие невыраженного микроорганического поражения головного мозга (**Л.В. Лопатина**).

В работах Г. Гутцмана, О.В. Правдиной, Л.В. Мелеховой, О.А. Токаревой, И.И. Панченко, Р.И. Мартыновой рассматриваются вопросы симптоматики дизартрических расстройств речи, при которых наблюдается «смытость», «стертость» артикуляции.

Авторы отмечают, что стертая дизартрия по своим проявлениям очень похожа на сложную дислалию.

В трудах Л.В. Лопатиной, Н.В. Серебряковой, Э. Я. Сизовой, Э.К. Макаровой и Е.Ф. Собонович поднимаются вопросы диагностики, дифференциации обучения и логопедической работы в группах дошкольников со стертой дизартрией.

Стертая форма дизартрии чаще всего диагностируется после пяти лет. Все дети, чья симптоматика соответствует стертой дизартрии, направляются на консультацию к невропатологу для уточнения или подтверждения диагноза и для назначения адекватного лечения, т.к. при стертой дизартрии методика коррекционной работы должна быть комплексной и включать:

- — медицинское воздействие;
- — психолого-педагогическую помощь;
- — логопедическую работу.

При обследовании в поликлинике у логопеда у детей в возрасте 5—6 лет со стертой дизартрией выявляются следующие симптомы:

ОБЩАЯ МОТОРИКА

Дети со стертой дизартрией моторно неловки, ограничен объем активных движений, мышцы быстро утомляются при функциональных нагрузках. Неустойчиво стоят на одной какой-либо ноге, не могут попрыгать на одной ноге, пройти по «мостику» и т.д. Плохо подражают при имитации движений. Особенно заметна моторная несостоятельность на физкультурных и музыкальных занятиях, где дети отстают в темпе, ритме движений, а также при переключаемости движений.

МЕЛКАЯ МОТОРИКА РУК

Дети поздно и с трудом овладевают навыками самообслуживания. На занятиях по рисованию плохо держат карандаш, руки бывают напряжены. Особенно заметна моторная неловкость рук на занятиях по аппликации (прослеживаются трудности пространственного расположения элементов) и с пластилином. Нарушение тонких дифференцированных движений рук проявляется при выполнении проб-тестов пальцевой гимнастики.

На занятиях по оригами испытывают огромные затруднения и не могут выполнять самые простые движения, т.к. требуются и пространственная ориентировка, и тонкие дифференцированные движения рук. Многие дети до 5—6 лет не интересуются играми с конструктором, не умеют играть с мелкими игрушками, не собирают пазлы.

У детей школьного возраста в первом классе отмечаются трудности при овладении графическими навыками (у некоторых наблюдается «зеркальное письмо»; замена букв «д» — «б», гласных, окончаний слов; плохой почерк; медленный темп письма и др.).

ОСОБЕННОСТИ АРТИКУЛЯЦИОННОГО АППАРАТА

Паретичность мышц органов артикуляции проявляется в следующем: лицо гипомимично, мышцы лица при пальпации вялые; позу закрытого рта многие дети не удерживают, т.к. нижняя челюсть не фиксируется в приподнятом состоянии из-за вялости жевательной мускулатуры; губы вялые, углы их опущены; во время речи губы остаются вялыми и необходимой лабиализации звуков не производится, что ухудшает просодическую сторону речи. Язык при паретической симптоматике тонкий, находится на дне полости рта, вялый, кончик языка малоактивный. При функциональных нагрузках (артикуляционных упражнениях) мышечная слабость увеличивается.

Спастичность мышц органов артикуляции проявляется в следующем: лицо амимично, мышцы лица при пальпации твердые, напряженные. Губы у такого ребенка постоянно находятся в полуулыбке: верхняя губа прижимается к деснам. Во время речи губы не принимают участие в артикуляции звуков. Многие дети, у которых отмечается подобная симптоматика, не умеют выполнять артикуляционное упражнение «трубочка», т.е. вытянуть губы вперед, и др. Язык при спастическом симптоме чаще изменен по форме: толстый, без выраженного кончика, малоподвижный.

Гиперкинезы проявляются в виде дрожания, тремора языка и голосовых связок. Тремор языка проявляется при функциональных пробах и нагрузках. Например, при задании поддержать широкий язык на нижней губе под счет 5—10 язык не может сохранить состояние покоя, появляется дрожание и легкий цианоз (т.е. посинение кончика языка), а в некоторых случаях язык крайне беспокойный (по языку прокатываются волны в продольном или в поперечном направлении). В этом случае ребенок не может удержать язык вне полости рта. Гиперкинезы языка чаще сочетаются с повышенным тонусом мышц артикуляционного аппарата.

Апраксия выявляется одновременно в невозможности выполнения каких-либо произвольных движений руками и органами артикуляции. В артикуляционном аппарате апраксия проявляется в невозможности выполнения определенных движений или при переключении от одного движения к другому. Можно наблюдать кинетическую апраксию, когда ребенок не может плавно переходить от одного движения к другому. У других детей отмечается кинестетическая апраксия, когда ребенок производит хаотические движения, «нащупывая» нужную артикуляционную позу.

Девияция, т.е. отклонения языка от средней линии, проявляется также при артикуляционных пробах, при функциональных нагрузках. Девияция языка сочетается с асимметрией губ при улыбке со сглаженностью носогубной складки.

Гиперсаливация (повышенное слюноотделение) определяется лишь во время речи. Дети не справляются с саливацией, не сглатывают слюну, при этом страдают произносительная сторона речи и просодика.

При функциональных нагрузках качество артикуляционных движений резко падает, что приводит к искажению звуков, смешению их и ухудшению в целом просодической стороны речи.

ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЕ

При первоначальном знакомстве с ребенком звукопроизношение его оценивается как сложная дислалия или простая дислалия. При обследовании звукопроизношения выявляются: смешение, искажение звуков, замена и отсутствие звуков, т.е. те же варианты, что и при дислалии. Но, в отличие от дислалии, речь при стертой дизартрии имеет нарушения и просодической стороны.

Звуки при стертой дизартрии ставятся теми же способами, что и при дислалии, но долго не автоматизируются и не вводятся в речь. Наиболее распространенным нарушением является дефект произношения свистящих и шипящих.

Дети со стертой дизартрией искажают, смешивают не только артикуляционно сложные и близкие по месту и способу образования звуки, но и акустически противопоставленные.

Достаточно часто отмечаются межзубное произнесение, боковые призвуки. Дети испытывают трудности при произношении слов сложной слоговой структуры, упрощают звуконаполняемость, опуская некоторые звуки при стечении согласных.

ПРОСОДИКА

Интонационно-выразительная окраска речи детей резко снижена. Страдают голос, голосовые модуляции по высоте и силе, ослаблен речевой выдох. Нарушается тембр речи и появляется иногда назальный оттенок. Темп речи чаще ускорен. При рассказывании стихотворения речь ребенка монотонна, постепенно становится менее разборчивой, голос угасает. Голос детей во время речи тихий, не удаются модуляции по высоте, по силе голоса (ребенок не может по подражанию менять высоту голоса, имитируя голоса животных: коровы, собаки и т.п.).

У некоторых детей речевой выдох укорочен, и они говорят на вдохе. В этом случае речь становится захлебывающейся. Довольно часто выявляются дети (с хорошим самоконтролем), у которых при обследовании речи отклонений в звукопроизношении не проявляется, т.к. произносят слова они скандированно, т.е. по слогам, а на первое место выступает только нарушение просодики.

ОБЩЕЕ РЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ

Первая группа. Дети, у которых имеется нарушение звукопроизношения и просодики. Эта группа очень похожа на детей с дислалией, только в процессе логопедической работы, когда нет положительной динамики при автоматизации звуков, возникает подозрение, что это стертая дизартрия. Дети имеют хороший уровень речевого развития, но испытывают трудности при усвоении, различении и воспроизведении предлогов, путают сложные предлоги, испытывают проблемы в различении и использовании приставочных глаголов.

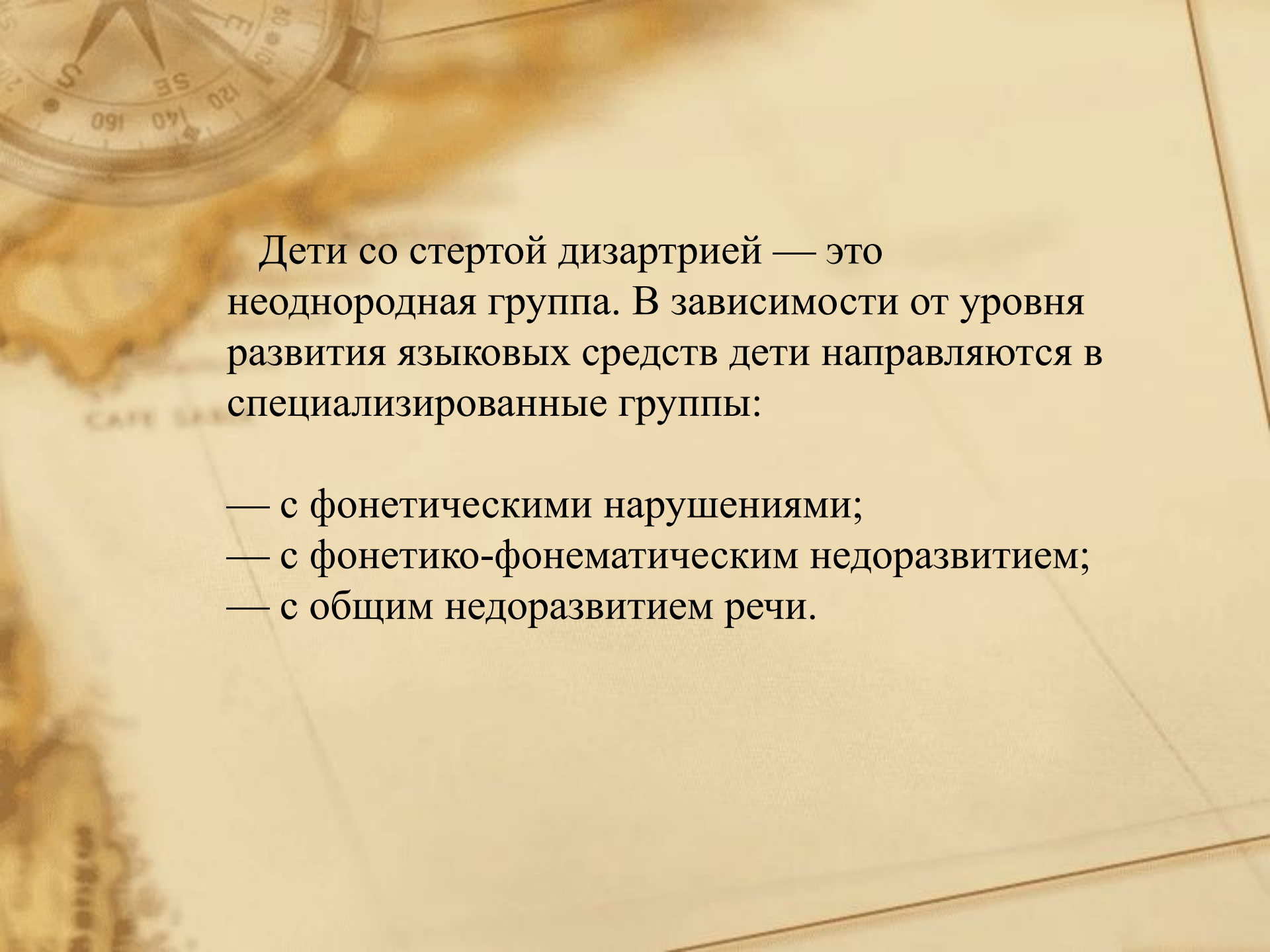
Дети владеют связной речью, имеют богатый словарь, но испытывают затруднения при произнесении слов сложной слоговой структуры (например, *сковорода, скатерть, пуговица, снеговик* и т.п.), испытывают трудности с пространственной ориентацией (схема тела, понятия «внизу—вверху» и т.д.).

Вторая группа. Это дети, у которых нарушение звукопроизношения и просодической стороны речи сочетается с незаконченным процессом формирования фонематического слуха. В этом случае у детей в речи встречаются единичные лексико-грамматические ошибки. Дети допускают ошибки в специальных заданиях при восприятии на слух и повторении слогов и слов с оппозиционными звуками — например, при просьбе показать нужную картинку (*мышка—мишка, удочка—уточка, коса—коза* и т.д.).

У детей констатируются несформированность слуховой и произносительной дифференциации звуков. Словарь детей отстает от возрастной нормы. Дефекты звукопроизношения стойкие и расцениваются как сложные, полиморфные нарушения. Эта группа детей с фонетико-фонематическим недоразвитием (ФФН) и стертой дизартрией должна направляться логопедом поликлиники на МПК (медико-педагогическую комиссию), в специализированный детский сад (в группу ФФН).

Третья группа. Это дети, у которых стойкое полиморфное нарушение звукопроизношения и недостаток просодической стороны речи сочетается с недоразвитием фонематического слуха. При обследовании отмечается бедный словарь, выраженные ошибки в грамматическом строе, невозможность связного высказывания, значительные трудности при усвоении слов различной слоговой структуры.

Все дети этой группы демонстрируют несформированность слуховой и произносительной дифференциации. Показательно игнорирование в речи предлогов. Эти дети со стертой дизартрией и общим недоразвитием речи (ОНР) должны направляться на МПК (в специализированные группы детского сада) в группы ОНР.

The background of the slide features a vintage-style map with a compass rose in the upper left corner. The compass shows cardinal directions (N, E, S, W) and degree markings. The map has a yellowish, aged appearance with some text and lines visible but mostly out of focus.

Дети со стертой дизартрией — это неоднородная группа. В зависимости от уровня развития языковых средств дети направляются в специализированные группы:

- с фонетическими нарушениями;
- с фонетико-фонематическим недоразвитием;
- с общим недоразвитием речи.

Для устранения стертой дизартрии необходимо комплексное воздействие

- **медицинское**
- **психолого-педагогическое**
- **логопедическое**

- Медицинское воздействие: определяется неврологом, включает медикаментозную терапию, ЛФК, рефлексотерапию, массаж, физиотерапию и др.
- Психолого-педагогическое воздействие: осуществляется дефектологами, психологами, воспитателями, родителями, направлено на:
 - развитие сенсорных функций;
 - уточнение пространственных представлений;
 - формирование конструктивного праксиса;
 - развитие высших корковых функций;
 - формирование тонких дифференцированных движений рук;
 - формирование познавательной деятельности;
 - психологическую подготовку ребенка к обучению в школе.

Логопедическая работа по устранению стертой дизартрии может включать в себя пять этапов.

1-й этап — подготовительный.

Целью этого этапа является подготовка артикуляционного аппарата к формированию артикуляционных укладов.

Направления:

- 1) нормализация мышечного тонуса,
- 2) нормализация моторики артикуляционного аппарата,
- 3) нормализация речевого выдоха, выработка плавного, длительного выдоха,
- 4) нормализация голоса,
- 5) нормализация просодики,
- 6) нормализация мелкой моторики рук.

2-й этап — выработка новых произносительных умений и навыков.

Направления:

- 1) выработка основных артикуляционных укладов,
- 2) определение последовательности работы над звуками,
- 3) развитие фонематического слуха,
- 4) постановка звука,
- 5) автоматизация,
- 6) дифференциация (дифференциация на слух; дифференциация артикуляции изолированных звуков; произносительная дифференциация на уровне слогов, слов).

3-й этап — выработка коммуникативных умений и навыков.

Направления:

- 1) выработка самоконтроля,
- 2) тренировка правильных речевых навыков в различных речевых ситуациях.

4-й этап — преодоление или предупреждение вторичных нарушений

5-й этап — подготовка к обучению в школе.

Направления:

- 1) формирование графомоторных навыков,
- 2) развитие связной речи,
- 3) развитие познавательной деятельности и расширение кругозора ребенка.

Изучение стертой дизартрии является предметом исследования медицинских, педагогических и лингвистических дисциплин.

- Во второй половине XIX века Г. Гутцман отметил общие признаки расстройств, проявившихся в «смытости, стертости артикуляции».
- В 1879 году А. Куссмаулем был изучен особый род нарушений звукопроизношения у детей и назван «дизартрией».
- Термин «стертая» дизартрия впервые был предложен О.А. Токаревой, которая характеризует проявления «стертой дизартрии» как легкие (стертые) проявления «псевдобульбарной дизартрии», которые отличаются особой трудностью преодоления.

- М.П. Давыдовой было предложено несколько измененное определение стертой дизартрии: *«нарушения звукопроизношения, вызванные избирательной неполноценностью некоторых моторных функций речедвигательного аппарата, а также слабостью и вялостью артикуляционной мускулатуры, можно отнести к легкой стертой псевдобульбарной дизартрии».*
- А.Н. Корнев определяет это расстройство как *избирательные, негрубые, но довольно стойкие нарушения звукопроизношения, которые сопровождаются легкими, своеобразными нарушениями иннервационной недостаточности артикуляционных органов.*

Среди причин, вызывающих стертую дизартрию, различными авторами были выделены следующие:

1. Нарушение иннервации артикуляционного аппарата, при которой отмечается недостаточность отдельных мышечных групп (губ, языка, мягкого неба); неточность движений, их быстрая истощаемость вследствие поражения тех или иных отделов нервной системы.

2. Двигательные расстройства: трудность нахождения определенного положения губ и языка, необходимого для произнесения звуков.

3. Оральная апраксия.

4. Минимальная мозговая дисфункция.

В исследованиях Е.Ф. Собонович и А.Ф. Чернопольской впервые отмечено, что недостатки звуковой стороны речи у детей со «стертой дизартрией» проявляются не только на фоне неврологической симптоматики, но и на фоне нарушения двигательной стороны процесса звукопроизношения.

В зависимости от проявлений нарушений двигательной стороны процесса произношения и с учетом локализации паретических явлений органов артикуляционного аппарата авторы выявили четыре группы детей и выделили следующие виды стертой дизартрии:

— нарушения звукопроизношения, вызванные избирательной неполноценностью некоторых моторных функций речедвигательного аппарата (**I группа**);

— слабость, вялость артикуляционной мускулатуры (**II группа**).

Эти две группы относятся к стертой форме псевдобульбарной дизартрии.

— клинические особенности нарушений звукопроизношения, связанные с затруднением в выполнении произвольных двигательных актов (**III группа**), авторы относят к корковой дизартрии;

— дефекты звуковой стороны речи, имеющиеся у детей с различными формами моторной недостаточности (**IV группа**), отнесены к смешанным формам дизартрии.

В работе О.Ю. Федосовой проводится сопоставление дислалии и стертой дизартрии.

При сложной функциональной дислалии:

- страдает артикуляция только согласных звуков;
- четкое нарушение артикуляции определенных звуков сохраняется в различных условиях их реализации;
- закрепление сформированных звуков не вызывает затруднений;
- не отмечается нарушений темпоритмической организации речи;
- изменения дыхания не типичны;
- фонационные расстройства не отмечаются;
- дискоординация дыхания, голосообразования и артикуляции отсутствует.

При легкой степени псевдобульбарной дизартрии:

- возможно смазанное неясное произношение гласных звуков с легким носовым оттенком;
- изолированно звуки могут быть сохранены, а в речевом потоке произносятся искаженно, неясно;
- процесс автоматизации затруднен: поставленный звук может не использоваться в речи;
- характерен ускоренный или замедленный темп речи;
- дыхание поверхностное, отмечается речь на вдохе, укорочен фонационный выдох;
- страдает координация указанных процессов.

The background of the slide is a vintage-style map with a light beige or cream color. In the top-left corner, there is a circular compass rose with a needle pointing towards the top. The map shows faint grid lines and some illegible text. The text "091 07" is visible near the top of the compass rose.

Спасибо за внимание