

Стертая дизартрия у детей.



Стертая дизартрия встречается очень часто в логопедической практике. Основные жалобы при стертой дизартрии: невнятная невыразительная речь, плохая дикция, искажение и замена звуков в сложных по слоговой структуре словах и др.

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).

Исследования детей в массовых садах показали, что в старших и подготовительных к школе группах от 40 до 60% детей имеют отклонения в речевом развитии. Среди наиболее распространенных нарушений: дислалия, ринофония, фонетико-фонематическое недоразвитие, стертая дизартрия.

В группах для детей с общим недоразвитием речи до 50% детей, а в группах с фонетико-фонематическим недоразвитием - до 35% детей имеют стертую дизартрию. Дети, имеющие стертую дизартрию, нуждаются в длительной, систематической индивидуальной логопедической помощи. Логопеды специализированных групп планируют логопедическую работу следующим образом: на фронтальных, подгрупповых занятиях со всеми детьми изучают программный материал, направленный на устранение общего недоразвития речи, а на индивидуальных занятиях осуществляют коррекцию произносительной стороны речи и просодики, т.е. устранение симптомов стертой дизартрии.

Диагностика стертой дизартрии и методики коррекционной работы разработаны пока недостаточно. В работах Г.Г. Гутцмана, О.В. Правдиной, Л.В. Мелеховой, О.А. Токаревой, И.И. Данченко, 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. Проблемы дифференциальной диагностики стертой дизартрии, организации логопедической помощи этим детям остаются актуальными, учитывая распространенность этого дефекта. 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.

Для раннего выявления стертой дизартрии и правильной организации комплексного воздействия необходимо знать симптомы, характеризующие эти нарушения. Обследование ребенка начинается с беседы с мамой и изучения поликлинической карты развития ребенка. Анализ анамнестических сведений показывает, что имеют место: отклонения во внутриутробном развитии (токсикозы, гипертония, нефропатия и др.); асфиксия новорожденных; стремительные или затяжные роды. Со слов мамы, «ребенок закричал не сразу, ребенка приносили кормить позже, чем всех». В первый год жизни многие наблюдались у невролога, назначалось медикаментозное лечение и массаж. В диагнозе до года стояло НЭП (перинатальная энцефалопатия). Развитие ребенка после одного года, как правило, у всех бывает благополучным, невропатолог больше не наблюдает этих детей, и ребенок считается здоровым.

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.п. Плохо подражают при имитации движений: как идет солдат, как летит птица, как режут хлеб и т.д. Особенно заметна моторная несостоятельность на физических и музыкальных занятиях, где дети отстают в темпе, ритме движений, а также при переключаемости движений.

МЕЛКАЯ МОТОРИКА РУК. Дети со стертой дизартрией поздно и с трудом овладевают навыками самообслуживания: не могут застегнуть пуговицу, развязать шарф и т.д. На занятиях по рисованию плохо держат карандаш, руки бывают напряжены. Многие не любят рисовать. Особенно заметна моторная неловкость рук на занятиях по аппликации и с пластилином. В работах по аппликации прослеживаются еще и трудности пространственного

расположения элементов. Нарушение тонких дифференцированных движений руками проявляется при выполнении проб-тестов пальцевой гимнастики. Дети затрудняются или просто не могут без посторонней помощи выполнять движение по подражанию, например, «замок» - сложить кисти вместе, переплетая пальцы; «колечки» - поочередно соединить с большим пальцем указательный, средний, безымянный и мизинец и другие упражнения 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. Со слов мам, 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. У детей со стертой дизартрией выявляются патологические особенности в артикуляционном аппарате.

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 при стертой дизартрии 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 при стертой дизартрии 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.

Девиация, т.е. отклонения языка от средней линии, проявляется также при артикуляционных пробах, при функциональных нагрузках. Девиация 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 обследовании моторной функции артикуляционного аппарата у детей со стертой дизартрией отмечается возможность выполнения всех артикуляционных проб, т.е. дети по заданию выполняют все артикуляционные движения - например, надуть щеки, пощелкать языком, улыбнуться, вытянуть губы и т.д. При анализе же качества выполнения этих движений можно отметить: смазанность, нечеткость артикуляции, слабость напряжения мышц, аритмичность, снижение амплитуды движений, кратковременность удерживания определенной позы, снижение объема движений, быструю утомляемость мышц и др. Таким образом, при функциональных нагрузках качество артикуляционных движений резко

падает. Это и приводит во время речи 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. Нарушения звукопроизношения и просодики влияют на разборчивость речи, внятность и выразительность. Некоторые дети обращаются в поликлинику после занятий с логопедом. Родители задают вопрос, почему звуки, которые логопед поставил, не используются в речи ребенка. При обследовании выявляется, что многие дети, которые искажают, пропускают, смешивают или заменяют звуки, изолированно эти же звуки могут правильно произносить. Таким образом, 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 со стертой дизартрией 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. Детей со стертой дизартрией условно можно разделить на три группы.

Первая группа. Дети, у которых имеется нарушение звукопроизношения и просодики. Эта группа очень похожа на детей с дислалией. Часто логопеды их ведут как дислаликов и только в процессе логопедической работы, когда нет положительной динамики при автоматизации звуков, возникает подозрение, что это стертая дизартрия. Чаще всего это подтверждается при глубоком обследовании и после консультации у невролога. Эти дети имеют хороший уровень речевого развития, но многие из них испытывают трудности при усвоении, различении и воспроизведении предлогов. Дети путают сложные предлоги, испытывают проблемы в различении и использовании приставочных глаголов. Вместе с тем они владеют связной речью, имеют богатый словарь, но могут испытывать затруднения при произнесении слов сложной слоговой структуры (например, сковорода, скатерть, пуговица, снеговик и т.п.). Кроме того, многие дети 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 повторений слогов и слов с оппозиционными звуками - например, при просьбе показать нужную картинку (мышка-мишка, удочка-уточка, коса-коза и т.д.).

Таким образом, у детей констатируются несформированность слуховой и произносительной дифференциации звуков. Словарь детей отстает от возрастной нормы. Многие испытывают трудности при словообразовании, допускают ошибки в согласовании имени существительного с числительным и др. 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. В результате 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.

Таким образом, 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, включающее медицинское, психолого-педагогическое и логопедическое направления. Медицинское воздействие, определяемое неврологом, должно включать медикаментозную терапию, ЛФК, рефлексотерапию, массаж, физиотерапию и др. Психолого-педагогическое воздействие, осуществляемое дефектологами, психологами, воспитателями, родителями, направлен 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 при стертой дизартрии предусматривает обязательное включение родителей в коррекционно-логопедическую работу.

Логопедическая работа включает в себя несколько этапов. На начальных этапах предусматривается работа по нормализации мышечного тонуса артикуляционного аппарата. С этой целью логопед проводит дифференцированный массаж. Планируются упражнения по нормализации моторики артикуляционного аппарата, упражнения по укреплению голоса, дыхания. Специальные упражнения вводятся для улучшения просодики речи. Обязательным элементом логопедического занятия является развитие мелкой моторики рук.

Последовательность отработки звуков определяется подготовительностью артикуляционной базы. Особое внимание уделяется подбору лексического материала при автоматизации и дифференциации звуков. Одним из важных моментов в логопедической работе является выработка у ребенка самоконтроля за реализацией произносительных умений и навыков.

Коррекция стертой дизартрии у детей дошкольного возраста предупреждает дисграфию у школьников.

Нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации мышц речевого аппарата, также относится к дизартрии (Е.М. Мастюкова, М.В. Ипполитова). Ведущим в структуре

речевого дефекта при дизартрии является нарушение звукопроизносительной и просодической стороны речи. Неярко выраженные мозговые нарушения могут привести к возникновению стертой дизартрии, которую следует рассматривать как степень проявления дизартрии.

Неяркие, стертые нарушения со стороны черепно-мозговых нервов могут быть установлены в процессе длительного, динамического наблюдения, при выполнении усложняющихся двигательных заданий. М.Б. Эйдинова, Е.Н. Правдина-Винарская описывают встречавшиеся при углубленном обследовании случаи легких остаточных расстройств иннервации, которые лежат в основе нарушений полноценной артикуляции, что приводит к неточности произношения.

Стертая дизартрия может наблюдаться у детей без явных двигательных расстройств, перенесших легкую асфиксию или родовую травму, имеющих в анамнезе ПЭП и другие нерезко выраженные неблагоприятные воздействия во время внутриутробного развития или в период родов, а также после рождения. В этих случаях легкая (стертая) дизартрия сочетается с другими признаками минимальной мозговой дисфункции (Е.М. Мастюкова). Мозг ребенка раннего возраста обладает значительной пластичностью и высокими компенсаторными резервами. Ребенок с ранним церебральным поражением к 4-5 годам теряет большую часть симптоматики, но может оставаться стойкое нарушение звукопроизношения и просодики. У детей со стертой дизартрией в связи с поражением ЦНС и нарушением иннервации мышц речевого аппарата не формируются необходимые кинестезии, вследствие чего спонтанно не совершенствуется произносительная сторона речи.

Существующие методы коррекции стертой дизартрии у дошкольников не решают проблемы в полном объеме, и дальнейшая разработка методических аспектов устранения дизартрии является актуальной. Изучение дошкольников со стертой дизартрией показало, что наряду с нарушениями функции и тонуса артикуляционного аппарата характерным для данной группы детей является отклонение в состоянии общей и мелкой ручной моторики, что согласуется с литературными данными последних лет.

Во многих работах подчеркивается, что при стертой дизартрии необходимо развитие мелкой моторики рук. Близость корковых зон иннервации артикуляционного аппарата с зонами иннервации мышц пальцев рук, а также нейрофизиологические данные о значении манипулятивной деятельности рук для стимуляции речевого развития обуславливают такой подход к коррекционной работе.

Для детей со стертой дизартрией характерны:

1. Фонетические нарушения.
2. Фонематические нарушения.
3. Нарушение просодики.

4. Нарушение лексико-грамматического компонента языка.
5. Расстройство общей моторики.
6. Расстройство мелкой моторики пальцев рук.
7. Расстройство артикуляционной моторики.