

Степени выраженности дизартрии

(понятия «анартрия», «стёртая дизартрия», терминологические подходы к определению лёгкой степени дизартрии)

Литература:

Приходько О.Г. Логопедический массаж при коррекции дизартрических нарушений речи у детей раннего и дошкольного возраста. СПб., 2008.

Лопатина Л.В. Нарушения голоса в синдроме стёртой дизартрии у детей. Современная педагогика: теория, методика, практика. Сборник материалов международной научной конференции. М., 2014.

Архипова, Е.Ф. Стертая дизартрия у детей. М., 2007.

Степень выраженности дизартрии зависит от тяжести и характера поражения центральной нервной системы. Условно выделяют 3 степени выраженности дизартрии: тяжелую, среднюю, лёгкую.

Тяжелая степень дизартрии — анартрия — это полное или почти полное отсутствие звукопроизношения в результате паралича речедвигательных мышц.

Анартрия возникает при тяжелом поражении центральной нервной системы, когда моторная реализация речи становится невозможной.

Анартрия характеризуется глубоким поражением артикуляционных мышц и полной бездеятельностью речевого аппарата. Лицо амимичное, маскообразное; язык неподвижен, движения губ резко ограничены. Жевание твердой пищи практически отсутствует; выражены захлебывания при глотании, гиперсаливация.

По тяжести проявлений анартрия может быть различной (И.И. Панченко):

- а) полное отсутствие речи (звукопроизношения) и голоса;
- б) наличие только голосовых реакций;
- в) наличие звукослоговой активности.

При средней (умеренно выраженной) степени дизартрии нарушена общая разборчивость речи. Речь невнятна, иногда малопонятна для окружающих, понятна только в контексте. У детей отмечается общая смазанность звукопроизношения - многочисленные выраженные искажения во многих фонетических группах). Звуки в конце слова и в стечении согласных могут опускаются. Нарушаются глубина и ритм дыхания, сила (тихий, слабый, иссякающий), тембр (глухой, назализованный, напряженный, сдавленный, прерывистый, хриплый), модулированность (монотонность) голоса.

У детей выражены нарушения тонуса язычной, губной и лицевой мускулатуры. Лицо гипомимичное, артикуляционные движения языка и губ замедлены, строго ограничены, неточные (не только верхний подъем языка, но и его боковые отведения). Значительные трудности представляют удержание языка в определенном положении и переключение от одного движения к другому. Характерна гиперсаливация, нарушения акта приема пищи (затруднение или отсутствие жевания, пережевывания и захлебывания при глотании), синкинезии, повышение рвотного рефлекса.

Для обозначения легкой степени выраженности дизартрии используются термины «минимальные дизартрические расстройства» (Карелина И.Б.), «стертая» дизартрия (имеются в виду негрубые («стертые») парезы мышц артикуляционного аппарата, нарушающие процесс произношения (Соботович Евгения Фёдоровна, 1974; Лопатина Людмила Владимировна, 2004) и др.

Термин «стертая» дизартрия впервые был предложен О.А. Токаревой, которая характеризовала проявления «стертой дизартрии» как легкие (стертые) проявления «псевдобульбарной дизартрии», которые отличаются особой трудностью преодоления.

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 специальной литературе выбор термина, определяющего стертую дизартрию, остается дискуссионным. Это одно из самых распространенных речевых нарушений, встречающихся в логопедической практике (по данным Архиповой Е.Ф. В группах для детей с общим недоразвитием речи до 50% детей, а в группах с фонетико-фонематическим недоразвитием - до 35% детей имеют стертую дизартрию). Изучение стертой дизартрии является предметом исследования медицинских, педагогических и лингвистических дисциплин.

При легкой степени дизартрии общая разборчивость речи может быть не нарушена, но звукопроизношение несколько смазанное, нечеткое. Искажения наблюдаются чаще всего при

произнесении свистящих, шипящих и/или сонорных звуков. При произнесении гласных самые большие затруднения вызывают звуки [и] и [у]. Нередко оглушаются звонкие согласные звуки. Иногда изолированно ребенок все звуки может произносить правильно (особенно если с ним занимается логопед), но при увеличении речевой нагрузки отмечается общая смазанность звукопроизношения.

Также наблюдаются недостатки речевого дыхания (учащенное, неглубокое), голоса (тихий, глуховатый) и просодики (маломодулированность).

При легкой степени дизартрии у детей отмечаются нерезко выраженные нарушения тонуса мышц языка, иногда губ и незначительное снижение объема и амплитуды их артикуляционных движений. При этом нарушены наиболее тонкие и дифференцированные движения языка (прежде всего — подъем вверх). Неречевая симптоматика также может проявляться в виде легкой саливации, затруднения жевания твердой пищи, редких поперхиваниях при глотании, повышении глоточного рефлекса.

Степень выраженности (тяжести) дизартрии не зависит от количества нарушенных компонентов речевой функциональной системы. Так, при стертой (легкой степени) дизартрии могут быть нарушены все компоненты речи (фонетический, фонематический и лексико-грамматический строй), а при дизартрии средней и тяжелой степени может быть нарушен только фонетический строй речи.

Группы детей со стёртой дизартрией

В зависимости от проявлений нарушений двигательной стороны процесса произношения и с учетом локализации паретических явлений органов артикуляционного аппарата Е.Ф. Собонович и А.Ф. Чернопольская выделили четыре группы детей со стертой дизартрией:

1 группа (нарушения звукопроизношения вызваны избирательной неполноценностью некоторых моторных функций речедвигательного аппарата)

-Избирательная слабость, паретичность некоторых мышц языка; асимметричная иннервация языка; слабость движений одной половины языка обуславливают боковое произношение мягких свистящих звуков [сь] и [зь], аффрикаты [ц], мягких переднеязычных [ть] и [дь], заднеязычных [г], [к], [х], боковое произношение гласных [э], [и], [ы].

-Асимметричная иннервация передних краев языка вызывает боковое и / или межзубное произношение всей группы свистящих, шипящих, звуков [р], [д], [т], [н]. Причинами этих нарушений, по мнению Собонович, являются односторонние парезы подъязычного (XII) и лицевого (VII) нервов, которые носят стертый невыраженный характер. У небольшой части детей этой группы наблюдается фонематическое недоразвитие, связанное с искаженным произношением звуков, в частности, недоразвитием навыков фонематического анализа и фонематических представлений. В большинстве случаев у детей отмечается соответствующий возрасту уровень развития лексико-грамматического строя речи.

2 группа (нарушения звукопроизношения связаны со слабостью, вялостью артикуляционной мускулатуры)

Во время речи отмечается вялость артикуляции, нечеткость дикции, общая смазанность речи. Основную трудность для этой группы детей представляет произнесение звуков, требующих мышечного напряжения (сонорные, аффрикаты, согласные, особенно взрывные). Так, звуки [р], [л] дети часто пропускают, заменяют щелевыми, либо искажают (губно-губной ламбдацизм, одноударный ротацизм в результате трудностей вибрации кончика языка). Отмечается расщепление аффрикат, которые чаще всего заменяются щелевыми звуками. Нарушение артикуляторной моторики в основном отмечается в динамических речедвигательных процессах. Общее речевое развитие детей часто соответствует возрасту. Неврологическая симптоматика проявляется в сглаженности носогубной складки, наличии патологических рефлексов (хоботковый рефлекс), девиации языка, асимметрии движений и повышенном тоне мышц.

По мнению Собонович и Чернопольской, у детей 1 и 2 групп имеет место стертая псевдобульбарная дизартрия.

3 группа (нарушения звукопроизношения связаны с затруднением в выполнении произвольных двигательных актов)

При наличии всех необходимых артикуляторных движений губ и языка наблюдаются трудности в нахождении позиций губ и особенно языка по инструкции, по подражанию, при

выполнении произвольных движений и в овладении тонкими дифференцированными движениями. Характерны замены звуков по месту и по способу образования непостоянного характера. Отмечается фонематическое недоразвитие различной степени выраженности. Уровень развития лексико-грамматического строя речи колеблется от нормы до выраженного ОНР. Неврологическая симптоматика проявляется в повышении сухожильных рефлексов с одной стороны, повышенном или пониженном тоне с одной или двух сторон. Характер нарушений артикуляторных движений рассматривается авторами как проявления артикуляторной диспраксии. У детей данной группы, по мнению авторов, имеет место стертая корковая дизартрия.

4 группа (дефекты звуковой стороны речи в связи с различными формами моторной недостаточности)

Характерны разнообразные нарушения общей, мимической моторики; в артикуляционной моторике - вялость, скованность, гиперкинезы, частые синкинезии, трудности удержания заданного положения. Нарушения звукопроизношения проявляются в замене, пропусках, искажении звуков. При неврологическом обследовании выявляются симптомы органического поражения центральной нервной системы (девиация языка, сглаженность носогубных складок, снижение глоточного рефлекса и т.д.). Уровень развития фонематического анализа, фонематических представлений, а также лексико-грамматического строя речи варьируется от нормы до существенного ОНР. Данная форма нарушений определяется как стертая смешанная дизартрия.

В исследованиях Лопатиной (1986) представлены три группы детей со стертой дизартрией (в зависимости от сочетания речедвигательного расстройства с нарушениями различных компонентов речевой функциональной системы)

Общим для всех групп детей является стойкое нарушение звукопроизношения: искажение, замена, смешение, трудности автоматизации поставленных звуков; нарушение просодики: слабость голоса и речевого выдоха, бедность интонаций, монотонность речи; некоторые нарушения общей и мелкой моторики.

Первая группа. Нарушения звукопроизношения выражаются во множественных искажениях и отсутствии звуков.

Фонематический слух полностью сформирован: дети правильно выполняют задания на слуховую и произносительную дифференциацию звуков. Слоговая структура слов разной сложности не нарушается. Качество и объем активного и пассивного словаря соответствуют возрастной норме, дети успешно овладевают навыками словоизменения и словообразования. Связная монологическая речь в соответствии с возрастными нормативами. Отсутствуют структурный или морфемный аграмматизм.

Если рассматривать первую группу детей со стертой дизартрией в рамках психолого-педагогической классификации (Р.Е. Левиной), то можно отнести их к группе с фонетическим недоразвитием (ФН).

Т.е. это дети с чисто фонетическими нарушениями. У них страдает звукопроизношение, речевое дыхание, голос, просодика и артикуляционная моторика. При этом не наблюдается нарушений фонематического восприятия и лексико-грамматического строя речи.

Вторая группа. Нарушение звукопроизношения носит характер множественных замен, искажений. В большей или меньшей степени нарушен фонематический слух (как способность выделять и различать фонемы родного языка на уровне слова, формируется в норме с 6-месячного возраста до 1 года 7 месяцев), недостаточно сформирована слуховая и произносительная дифференциация звуков. Трудности обучения звуковому анализу. При воспроизведении слоговой структуры сложных слов возникают перестановки и другие ошибки. Экспрессивная речь оценивается удовлетворительно, однако активный и пассивный словарь несколько отстает от возрастной нормы, отмечаются ошибки при грамматическом оформлении речи, особенно при согласовании имен существительных среднего рода с числительными, употреблении предлогов, при словообразовании. Связная монологическая речь характеризуется употреблением двухсловных, нераспространенных предложений.

По психолого-педагогической классификации Р.Е. Левиной, эти дети со стертой дизартрией относятся к группе с фонетико-фонематическим недоразвитием (ФФН).

Дети с фонетико-фонематическим недоразвитием. У них нарушается не только произносительная сторона речи (звукопроизношение, речевое дыхание, голос, просодика), но и

фонематические процессы (трудности звукового анализа и синтеза). При этом лексико-грамматических недостатков речи не наблюдается.

Третья группа. Нарушение звукопроизношения носит полиморфный характер, т.е. страдают звуки разных фонетических групп. Отмечаются множественные замены, искажение, отсутствие звуков. Выраженное нарушение фонематического слуха: недостаточно сформированы слуховая и произносительная дифференциация звуков, что не позволяет овладеть звуковым анализом. Более выражено нарушение слоговой структуры слов. Экспрессивная речь сформирована неудовлетворительно: отмечаются трудности понимания сложных логико-грамматических конструкций. Активный и пассивный словарь значительно отстает от возрастных нормативов, а лексико-грамматические ошибки носят множественный и стойкий характер.

Эта группа детей не овладевает связной речью. По классификации Р.Е. Левиной, эта группа детей соотносится с группой детей с общим недоразвитием речи (ОНР).

РЕПОЗИТОРИЙ БГПУ