

Консультация логопеда

«Как родителям отличить дислалию от стертой формы дизартрии»

В последние годы наблюдается значительный рост распространённости речевой патологии у детей дошкольного возраста. Обследование детей в массовых детских садах показало, что в старших и подготовительных к школе группах около 60 % детей имеют отклонения в речевом развитии.

Патология речи (нарушение звукопроизношения) ограничивает способности и социальные возможности ребенка, отражается на всей его личности, в ряде случаев является причиной отрыва от коллектива. Стесняясь своего речевого дефекта, ребенок становится замкнутым, неуверенным в своих силах и возможностях. Дефекты речи в большинстве случаев являются причиной неуспеваемости его в школе.

В настоящее время среди детей дошкольного возраста самыми распространенными речевыми нарушениями являются дислалия и стертая дизартрия, которые имеют тенденцию к росту.

Дислалия - нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации артикуляционного аппарата. Практически может быть нарушено (дислалия) или затруднено (паралалия) произношение любого из звуков родного языка. Мономорфная (простая) — страдает один звук или несколько звуков из одной группы (С-З-Ц или Ш-Ж-Ч). Полиморфная (сложная) — страдает несколько звуков из разных групп (С-Р-К-Ш). Проявляется отсутствием, заменами, смещением или искажениями звуков в устной речи.

Дизартрия - нарушение звукопроизносительной стороны речи, обусловленное органической недостаточностью иннервации речевого аппарата. Возникает дизартрия при нарушении функции черепно-мозговых нервов нижнего отдела ствола, ответственных за артикуляцию.

Существует огромное сходство между минимальными дизартрическими расстройствами и сложной дислалией. Однако коррекция звукопроизношения при дизартрии вызывает определенные трудности.

Для выбора адекватных методов коррекции и для достижения максимального результата логопедической работы по преодолению нарушений фонетической стороны речи необходимо проведение дифференциальной диагностики стертой дизартрии и дислалии, которые сходны по внешним проявлениям, но имеют различный механизм.

Отличительные признаки стертой формы дизартрии и дислалии

1. В анамнезе:

- при стертой форме дизартрии у ребенка отмечается отставание в раннем физическом и речевом развитии, недостаточные функции артикуляции речевого дыхания и голосового аппарата;
- при дислалии раннее физическое и речевое развитие без отставания и патологии.

2. Общая моторика:

- при стертой форме дизартрии дети моторно неловкие (плохо бегают, неловко переступают по ступенькам лестницы, часто спотыкаются), координация снижена (ребенок плохо стоит на одной ноге, не может прыгать на одной ноге);
- при дислалии моторика в норме.

3. Чувство ритма:

- при стертой форме дизартрии чувство ритма нарушено, при проверке дети не могут повторить простой ритмический рисунок;
- при дислалии чувство ритма не нарушено.

4. Мелкая моторика рук:

- при дизартрии у детей есть трудности в выполнении мелких моторных движений (детям трудно научиться застегивать пуговицы, кнопки, завязывать бантики, наблюдается позднее овладение навыками самообслуживания). Такие дети плохо держат карандаш, сильно напрягают мышцы руки. И, наоборот, из-за снижения тонуса мышц рук, ребенок недостаточно нажимает на карандаш, линии рисунка вялые. При работе с вырезной картинкой сложенный рисунок сдвигается с места, части его точно не смещаются одна с другой. Кажется, что ребенок неаккуратен при выполнении работы, но на самом деле это нарушение моторики. Впервые проявляется дефект нарушения ориентировки на листе бумаги вследствие нарушения пространственных представлений. В школьном возрасте это приводит к зеркальному письму, недостаточной ориентировки в тетради. Дети могут испытывать трудности на уроке черчения в старшем возрасте при выполнении геометрических заданий. Ребенок не выполняет пальчиковые упражнения. Характерным является поиск движений, требующих тонкой дифференцированной работы пальцев: «замок», «коза»;
- при дислалии трудностей с мелкой моторикой нет.

5. Мимическая моторика:

- при стертой форме могут наблюдаться бедность мимики, маскоподобное лицо, сглаженность или несимметричность носогубных складок, перекося рта в здоровую сторону. У ребенка со стертой дизартрией выявляются:

- гипертонус: лицо ребенка маскообразное, мышцы при пальпации твердые; губы – характерно положение верхней губы – она натянута и прижата к верхней десне, а во время речи она неподвижна; язык всегда толстый или меняет форму; голос ослабленный, отсутствуют модуляции; речь немного ускоренная; ослаблен речевой выдох; страдают согласные и гласные звуки;

- гипотонус: лицо гипомимично (мимика недостаточная); при пальпации мышцы лица дряблые; рот приоткрыт; ребенок не удерживает позу закрытого рта (но надо исключить лорпатологию); речевое дыхание поверхностное; ребенок не договаривает окончаний слов, как бы допускает грамматические ошибки, страдают обычно согласные.

- при дислалии мимика не страдает.

6. Артикуляционная моторика и оральный праксис

- при дизартрии повышенный или пониженный тонус мышц, нарушение движения органов артикуляционного аппарата; нарушение качества артикуляционных движений: движения выполняются, но страдает их качество; ослаблена мышечная сила (много щелчков языком сделать не может, страдает ритмичность); сокращено время удержания артикуляционной позы;
- при дислалии нарушения движений артикуляционного аппарата без патологии тонуса мышц артикуляционного аппарата.

7. Язык:

- при стертой форме часто наблюдается парез, гиперкинезы (насильственные движения языка), выделяются степени гиперкинезов: тяжелая (язык подергивается в передне-заднем направлении), средняя (по языку пробегают волны, то в продольном, то в поперечном направлении, иногда, это наблюдается только при функциональной нагрузке), легкая (тремор кончика языка при функциональной нагрузке, иногда сопровождается цианозом – посинением);
- при дислалии таких явлений не наблюдается.

8. Мягкое небо:

- при стертой форме дизартрии иногда наблюдается парез, недостаточное небо-глоточное смыкание, гнусавость голоса;
- при дислалии такого не бывает.

9. Гиперсаливация: (повышенное слюноотделение):

- при стертой форме часто встречается повышенное слюнотечение, во время выполнения артикуляционных упражнений оно может повышаться (надо исключить заболевания желудочно-кишечного тракта, состояние голода);
- при дислалии саливация иногда может проявляться.

10. Синкинезии (содружественные движения):

- при стертой форме часто встречаются синкинезии, их можно заметить при выполнении артикуляционных упражнений, н-р, при отведении кончика языка в сторону (упражнение «Часики» в сторону движется и язык и подбородок; еще одна проба: попросите ребенка провести линию на листке бумаги с высунутым языком, если язык отклоняется в сторону, то проба положительная);
- при дислалии синкинезии не встречаются никогда.

11. Гиперкинезы:

- при стертой форме дизартрии почти всегда можно наблюдать неумышленные мышечные сокращения, которые приводят к движению некоторых частей тела без желания самого человека, например, когда начинает непроизвольно сжиматься челюсть, сокращаются мышцы на ногах или руках, сводит челюсть;
- при дислалии гиперкинезы не встречаются никогда.

12. Дыхание:

- при стертой форме дизартрии может быть нарушено из-за недостаточной иннервации речевого аппарата;
- при дислалии может быть нарушено, но не связано с иннервацией.

13. Голос:

- при стертой форме дизартрии нарушение голоса – дисфония (хриплый расщепленный, или тонкий, визгливый) связано с нарушением иннервации мышц гортани. Отмечается невнятная, неразборчивая речь – «каша во рту». Бедные интонации, тихий голос, иногда нозальный оттенок речи. Чаще темп речи быстрый, ускоренный, ребенок не договаривает окончаний слов и очень сокращает произношение гласных звуков (редуцирует до минимума). У ребенка угасающий голос, начинает говорить громко, спадает по мере речевой нагрузки. Интонационная окраска ухудшается. Для детей с дизартрий характерно ухудшение качества речи с увеличением нагрузки;
- при дислалии нарушение голоса может быть только из-за ларингита или неправильного голосового режима; с повторением упражнений качество речи улучшается.

14. Звукопроизношение:

- при стертой форме дизартрии часто встречаются боковые ротацизмы – нарушение звука Р, ламбдацизмы – нарушение звука Л;
- при дислалии боковые ротацизмы, ламбдацизмы бывают только из-за строения зубов – при открытом боковом прикусе.

15. Работа над звукопроизношением:

- при стертой форме дизартрии постановка и автоматизация звуков проходит медленно, длительно, даже при наличии у ребенка хорошей мотивации к занятиям, приходится отрабатывать в спонтанной речи каждую позицию звука в слове;
- при дислалии постановка и автоматизация звуков при хорошей мотивации проходит быстро, поставленный звук усваивается в речи ребенка надолго и не требует длительного процесса автоматизации.

16. Психические процессы и познавательная деятельность:

- при стертой форме дизартрии наблюдается повышенная истощаемость, гиперактивность, или напротив, пассивность, расторможенность, низкая работоспособность к концу занятия;
- при дислалии психические процессы и познавательная деятельность не нарушены.

Изучив основные положения дифференциальной диагностики стертой дизартрии и дислалии, можно сделать следующие выводы:

1. стертая дизартрия и дислалия очень схожи по внешним проявлениям, но причины возникновения данных речевых нарушений, а также их механизмы различаются. Так, при обследовании детей со стертой дизартрией в отличие от детей с дислалией, у первых обнаруживаются неблагоприятные факторы в анамнезе, органическая микросимптоматика в неврологическом статусе; речевой дефект связан не только с неправильным произношением отдельных звуков или групп, но и с нарушением просодической стороны речи и лексико-грамматического строя речи. При этом фонетические нарушения у детей со стертой дизартрией находятся в тесной зависимости от состояния нервно-мышечного аппарата органов артикуляции;
2. при стертой дизартрии состояние неречевых функций, психических процессов (внимания, восприятия, памяти и мышления) имеет ряд отличительных черт;
3. в отличие от дислалии, при стертой дизартрии процесс автоматизации звуков затруднен и растянут во времени, а также необходимо проведение специальной комплексной коррекционной работы, которая включает массаж, ЛФК, специальную артикуляционную гимнастику, массаж артикуляционного

аппарата, работу над речевым дыханием, над развитием голоса, обучение выразительности, интонированию, правильному логопедическому ударению.

Таким образом, у детей с нормальной речью с функциональной дислалией отклонения со стороны центральной нервной системы не выявляются. При легких формах дизартрий неврологическая симптоматика в речевой системе выявляется негрубо: в виде стертых парезов, гиперкинезов и нарушения мышечного тонуса в артикуляционных и мимических мышцах. Нарушение со стороны вегетативной нервной системы особенно отмечается у детей с легкой формой дизартрии, в меньшей степени при функциональной дислалии.

При стертой форме дизартрии процесс преодоления состояния может быть затянут во времени, а при отсутствии комплексной медико-логопедической помощи у ребенка могут быть сложности с обучением в школе.

Литература:

1. Архипова Е. Ф. Клинико-педагогическая характеристика детей со стертой формой дизартрии. // Актуальные вопросы теории и практики коррекционной педагогики. — М., 1997. — С. 27–34.
2. Гуровец Г. В., Маевская С. И. К вопросу диагностики стертых форм псевдобульбарной дизартрии: Вопросы логопедии. М., 1978.
3. Карелина И. Б. Дифференциальная диагностика стертых форм дизартрии и сложной дислалии // Дефектология. — 1996. — № 5.
4. Лопатина Л. В. Приемы обследования со стертой формой дизартрии и дифференциация их обучения // Дефектология. — 1986. — № 2.
5. Мартынова Р. И. Сравнительная характеристика детей, страдающих легкими формами дизартрии и функциональной дислалией. // Хрестоматия по логопедии / Под ред. Л. С. Волковой. — М., 1997. — Т. 1. — С. 214–218.
6. Приходько О. Г. Логопедический массаж при коррекции дизартрических нарушений речи у детей раннего и дошкольного возраста. — СПб.: КАРО, 2008. — 160 с.