Стертая дизартрия у детей дошкольного возраста. Особенности коррекционной работы

ПЛАН

1. Актуальность проблемы.

2. Симптоматика стертой дизартрии.

3. Неврологический статус детей с дизартрией.

4. Диагностика стертых или минимальных проявлений дизартрии.

5. Место логопедического массажа в комплексной системе коррекционно-логопедического воздействия.

6. Основные цели логопедического массажа.

1. Актуальность проблемы

Стертая дизартрия встречается очень часто в логопедической практике. Основные жалобы при стертой дизартрии: невнятная невыразительная речь, плохая дикция, искажение звуков.

Стертая дизартрия – речевая патология, проявляющаяся в расстройстве фонетического и просодического компонентов речевой функциональной системы и возникающая вследствие невыраженного микроорганического поражения головного мозга.

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 – стертая дизартрия. Дети, имеющие стертую дизартрию, нуждаются в длительной, систематической индивидуальной логопедической помощи.

Стертая дизартрия чаще всего диагностируется после пяти лет. Для раннего выявления стертой дизартрии и правильной организации комплексного воздействия необходимо знать симптомы, характеризующие это нарушение. Анализ анамнестических сведений показывает, что имеют место отклонения во внутриутробном развитии (токсикозы, гипертония, нефропатия и др.); асфиксия новорожденного, стремительные или затяжные роды. В первый год жизни многие наблюдались у невролога, назначалось медикаментозное лечение и массаж. В диагнозе до года стояло ПЭП (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 дизартриейвыявляются следующие симптомы: нарушения общей моторики, мелкой моторики рук, патологические особенности в артикуляционном аппарате, нарушение звукопроизношения и просодики.

2. Симптоматика стертой дизартрии

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 со стертой дизартриейпоздно 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. 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 движения по подражанию, например, «колечки» - поочередно соединить с большим пальцем указательный, средний, безымянный и мизинец и другие упражнения пальцевой гимнастики. 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 («зеркальное письмо», 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 к-рых отмечается подобная симптоматика, не умеют выполнять артикуляционное упражнение «трубочка».Язык при спастическом симптоме 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 подержать широкий язык на нижней губе под счет 5-10 язык не может сохранить состояние покоя, появляется дрожание и легкий цианоз (посинение кончика языка, а в некоторых случаях язык крайне беспокойный (по языку прокатываются волны в продольном или поперечном направлении). В этом случае ребенок не может удержать язык вне полости рта. Гиперкинезы языка чаще сочетаются с повышенным тонусом 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 сглатываю 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. по заданию дети 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, их смешению и ухудшению в целом просодической стороны речи.

Звукопроизношение. При первоначальном знакомстве с ребенком звукопроизношение его оценивается как сложная дислалия или простая дислалия.При обследовании звукопроизношениявыявляются: 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 выясняется, 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. 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.

3. Неврологический статус детей с дизартрией

Исследование неврологического статуса детей с дизартрией (со стертой дизартрией) выявляет определенные отклонения в нервной системе, проявляющиеся в форме неярко выраженного преимущественно одностороннего, гемисиндрома. Паретические симптомы наблюдаются в артикуляционной и общей мускулатуре, что связано с нарушением иннервации лицевого, языкоглоточного или подъязычного нервов.

В случаях нарушения функций подъязычного нерва отмечается отклонение кончика языка в сторону пареза, ограничивается подвижность в средней части языка. При подъеме кончика языка и средней части языка зазубно средняя часть его быстро опускается на сторону пареза, обуславливая возникновение боковой струи воздуха.

У части детей преобладают нарушения функции языкоглоточного нерва. В этих случаях ведущими в симптоматике нарушений являются расстройства фонации, появление назализации, искажение или отсутствие заднеязычных звуков. Часто выявляется нарушение мышечного тонуса. Существенно при дизартрии страдает голос. Он становится хриплым, напряженным или же, наоборот, очень тихим, слабым.

Таким образом, неразборчивая речь при дизартрии обусловлена не только расстройством собственно артикуляции, но и нарушением окраски речи, ее мелодико-интонационной стороны, т. е. нарушением просодики. При дизартрии характерна невыразительность речи, монотонность интонации, назальный оттенок произношения.

Исследования Лопатиной Л. В. выявили у детей со стертой дизартриейнарушения иннервации мимической мускулатуры: наличие сглаженности носогубных складок, асимметричность губ, трудности подъема бровей, зажмуривания глаз. Наряду с этим характерными симптомами являются трудности переключения с одного арт. Движения на другое, сниженный объем движений губ и языка; движения губ выполняются не в полном объеме, носят приблизительный характер, наблюдаются трудности в растягивании губ. При выполнении упражнений для языка отмечается избирательная слабость некоторых мышц языка, неточность движений, трудности распластывания языка, подъема и удержания языка наверху, тремор кончика языка; у некоторой части детей – замедление темпа движений при повторном выполнении задания.

У многих детей отмечается: быстрое утомление, повышение саливации, наличие гиперкинезов мышцы лица и язычной мускулатуры. В некоторых случаях выявляется отклонение языка – девиация.

Особенности мимической мускулатуры и артикуляционной моторики у детей со стертой дизартрией свидетельствуют о неврологической симптоматике и связаны с парезами подъязычных и лицевых нервов. Эти нарушения чаще всего не выявляются первично неврологом и могут быть установлены только в процессе тщательного логопедического обследования и динамического наблюдения в ходе коррекционно-логопедической работы.

Фонетические и просодические нарушения при стертой дизартрии обусловлены паретичностью или спастичностью отдельных групп мышц артикуляционного, голосового и дыхательного отдела речевого аппарата.Вариативность и мозаичность этих нарушений обусловливает разнообразие фонетических и просодических нарушений:

- межзубное произношение переднеязычных в сочетании с горловым р.

- боковое произношение свистящих, шипящих и аффрикат;

- дефект смягчения: объясняется спастичностью кончика языка и тенденцией его к более передней артикуляции;

- свистящие сигматизмы: формируются, когда шипящие из-за паретичности кончика языка образуются в нижней позиции языка;

- шипящие сигматизмы: могут быть объяснены спастичностью языка, когда язык утолщен и напряжен;

- дефекты озвончения: их нужно рассматривать как частичное нарушение голоса, фонационные расстройства и другие фонетические нарушения.

Все перечисленные нарушения звукопроизношения сочетаются с разнообразными фонационными, просодическими и дыхательными нарушениями.

У детей со стертой дизартрией кроме нарушений звукопроизношения отмечаются нарушение голоса и его модуляций, слабость речевого дыхания, выраженные просодические нарушения. Вместе с тем в разной степени нарушаются общая моторика и тонкие дифференцированные движения рук. Выявленные моторная неловкость, недостаточная координированность движений служат причиной отставания формирования навыков самообслуживания, а несформированность тонких дифференцированных движений пальцев рук является причиной трудностей при формировании графомоторных навыков.

В ИССЛЕДОВАНИЯХ, ПОСВЯЩЕННЫХ ПРОБЛЕМЕ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ СТЕРТОЙ ДИЗАРТРИИ, ОТМЕЧАЕТСЯ, ЧТО НАРУШЕНИЕ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ И ПРОСОДИКИ ЯВЛЯЮТСЯ СТОЙКИМИ И ВО МНОГИХ СЛУЧАЯХ НЕ ПОДДАЮТСЯ КОРРЕКЦИИ.

4. Диагностика стертых или минимальных проявлений дизартрии

Основные критерии диагностики

• наличие слабо выраженных, но специфических артикуляционных нарушений в виде ограничения объема наиболее тонких и дифференцированных артикуляционных движений, в частности недостаточность загибания кончика языка вверх, а также асимметричное положение вытянутого вперед языка, его тремор и беспокойство в этом положении, изменения конфигурации;

• наличие синкинезий (движение нижней челюсти при движении языка вверх, движений пальцев руки при движениях языка, как правило, сопутствующие движения пальцев правой руки (особенно часто большого пальца);

• замедленный темп артикуляционных движений;

• трудность удержания артикуляционной позы;

• трудность в переключении артикуляционных движений;

• стойкость нарушений звукопроизношения и трудность автоматизации поставленных звуков;

• наличие просодических нарушений.

В ряде случаев для диагностики минимальных проявлений дизартрии помогают функциональные пробы.

ПРОБА 1. Ребенка просят открыть рот, высунуть язык вперед и удерживать его неподвижно по средней линии и одновременно следить глазами за перемещающимся в боковых направлениях предметом. Проба является положительной и свидетельствует о дизартрии, если в момент движений глаз отмечается некоторое отклонение языка в эту же сторону.

ПРОБА 2. Ребенка просят выполнять артикуляционные движения языком, положив при этом руки на его шею. При наиболее тонких дифференцированных движениях языка ощущается напряжение шейной мускулатуры, а иногда и видимое движение с закидыванием головы, что свидетельствует о дизартрии.

5. Место логопедического массажа в комплексной системе коррекционно-педагогического воздействия

Логопедический массаж – активный метод механического воздействия, который изменяет состояние мышц, нервов, кровеносных сосудов и тканей периферического речевого аппарата. Логопедический массаж представляет собой одну из логопедических техник, способствующих нормализации произносительной стороны речи.

Массаж используется в работе с детьми, у которых диагностированы такие речевые расстройства, как дизартрия, в том числе и ее стертые формы, ринолалия, заикание, а также нарушения голоса. Логопедический массаж применяется в коррекционной практике во всех случаях, когда имеются нарушения тонуса мышц.

Логопедический массаж – часть комплексной психолого-педагогической работы, направленной на коррекцию речевых расстройств. И нередко массаж является необходимым условием эффективности логопедического воздействия.

При преодолении артикуляторных нарушений логопедический массаж проводится наряду с пассивной, пассивно-активной и активной артикуляционной гимнастикой. Эти средства нормализации речевой моторики применяются в логопедической практике давно, однако приемы дифференцированного массажа, а также дифференцированной пассивной и активной гимнастики в логопедической практике до недавнего времени были разработаны недостаточно.

Расширяя возможности движений речевых мышц, можно рассчитывать на лучшее спонтанное включение этих мышц в артикуляционный процесс, что в свою очередь повысит качество звуковой системы речи. Предлагаются различные способы проведения массажа, пассивных и активных движений в зависимости от характера неврологических расстройств речевых мышц у данного ребенка.

В своей практической работе с дошкольниками я использую приемы и методы логопедического массажа, разработанные Новиковой Е. Н. и представленные в ее работах «Зондовый массаж: коррекция звукопроизношения: наглядное практическое пособие», «Нетрадиционные методы массажа артикуляционного аппарата при тяжелых случаях нарушения звукопроизношения» (только для работы со слушателями на лекции, Дьяковой Е. А. «Логопедический массаж», учитываю рекомендации по проведению логопедического массажа Архиповой Е. Ф. («Логопедический массаж (из опыта работы).

В работе Дьяковой Е. А. представлено физиологическое обоснование целесообразности использования массажа в логопедической практике, изложены научные представления о строении и анатомо-физиологических механизмах периферического речедвигательного аппарата, систематизированы приемы дифференцированного логопедического массажа с учетом этиопатогенетических механизмов тех расстройств, при которых целесообразно его использование.

6. ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО МАССАЖА

1. Нормализация мышечного тонуса общей, мимической и артикуляционной мускулатуры.

2. Уменьшение проявления парезов и параличей мышц артикуляционного аппарата.

3. Снижение патологических двигательных проявлений мышц речевого аппарата (синкинезии, гиперкинезы, судороги и т. д.)

4. Стимуляция проприоцептивных ощущений.

5. Увеличение объема и амплитуды артикуляционных движений.

6. Активизация тех групп мышц периферического речевого аппарата, у которых имелась недостаточная сократительная активность.

7. Формирование произвольных, координированных движений органов артикуляции.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Поваляева М. А. Справочник логопеда.

2. Дьякова Е. А. «Логопедический массаж».

3. Куликовская Т. А. «Массаж лицевых мышц».

4. Новикова Е. В. «Зондовый массаж: коррекция звукопроизношения».

5. Блыскина И. В. Комплексный подход и коррекция речевой патологии у детей. Логопедический массаж. Методическое пособие для педагогов образовательных учреждений.

6. Краузе Е. Н. Логопедический массаж и артикуляционная гимнастика. Практическое пособие.

7. Архипова Е. Ф. «Логопедический массаж» (из опыта работы).

8. Архипова Е. Ф. «Стертая дизартрия у детей».

9. Лопатина Л. В., Серебрякова Н. В. «Преодоление речевых нарушений у дошкольников (коррекция стертой дизартрии).

10. «Логопедия» под ред. Волковой Л. С. и Шаховской С. Н.

Автор: Юлия Крестникова