

Основные дифференциальные различия речевой патологии от других нарушений развития



Основной задачей дифференциальной диагностики является квалификация нарушения в развитии с отнесением данного конкретного случая к определенному варианту дизонтогенеза и педагогической группе.

Помимо основной задачи дифференциальная диагностика решает следующие задачи:

- отграничение друг от друга сходных состояний аномального развития различного генеза;
- выяснение причинности или вторичности конкретного отклонения в развитии;
- изучение атипичного протекания дизонтогенеза;
- определение роли различных дефектов при сложных, комплексных отклонениях;
- выявление связи между дизонтогенетическими (признаками нарушенного развития) и энцефалопатическими (повреждение мозговых структур) расстройствами.

Одной из наиболее распространенных является задача дифференциации *первичного интеллектуального отставания и нарушений речи.*

Сложность установления первопричины дефекта в том, что встречаются различные формы сочетания расстройств мышления и дефектов речевой функции. Например, олигофрения, при которой первичное недоразвитие интеллекта (в связи с органическим поражением мозга) осложнено речевым дефектом – пострадали речевые зоны.

Может быть и обратное соотношение: первично поражаются звенья речевой функциональной системы и уже вторично, в результате тесной связи речи с мышлением, развивается задержка психического развития.

Дифференциальная диагностика в этих случаях очень сложна. При обследовании ребенка обращают внимание на следующие особенности. При слабоумии заметно обнаруживается слабая ориентировка в окружающем, малый запас сведений, знаний, слабость и ограниченность суждений в связи с недоразвитием логических процессов, сниженная способность к абстракции, отвлечению. Все это создает картину некоторой уплощенности интеллекта, примитивности мыслительных операций за счет снижения аналитико-синтетической деятельности мозга.

Умственно отсталый ребенок затрудняется в выполнении предлагаемых заданий. Характерно, что он не использует оказываемую ему помощь, что указывает на слабость зоны ближайшего развития. Сигнальное значение речи сохранено: ребенок общается с окружающими, понимает обращенную к нему речь. Ее дефекты проявляются главным образом в бедном запасе слов, примитивном построении фраз, неправильном произношении звуков, иногда многих.

Когда интеллект страдает вторично, по типу задержки умственного развития, складывается другая картина. В тяжелых случаях недоразвития речи (по типу алалии) у детей отсутствуют начальные признаки ее развития – гуление и лепет; значительно задерживается появление первых слов. Сигнальное значение слов может быть резко снижено: ребенок долго не понимает обращенной к нему речи. При диагностике ребенок с первичным недоразвитием речи может не выполнять задания по сложной инструкции, но в состоянии сделать нужное по подражанию. Сохранность интеллекта детей с первичными нарушениями речи отчетливо видна при выполнении заданий, не требующих ее участия (наглядные методики с «безречевыми») инструкциями. Внешний облик такого ребенка заметно отличается от облика ребенка- олигофрена осмысленностью взгляда, живостью, адекватностью эмоциональных реакций. Весь характер его поведения указывает на то, что недостатками психического развития носят временный, вторичный характер.

Нарушения речи при умственной отсталости,

при которой отмечается тотальное снижение интеллекта, дифференцируют с *моторной алалией*. С точки зрения Т. Г. Визель, алалики не являются умственно отсталыми, поскольку доречевой период онтогенеза проходит у них без существенных отклонений в развитии. Алалики активно гуляют и лепечут, усваивают элементарные неречевые понятия, в частности, приобретают начальные представления о количестве, пространстве и времени. Кроме того, ребенка-алалика отличает от умственно-неполноценного живость эмоций. Имеется в виду заинтересованность в событиях жизни, привлекающих обычно внимание детей: приобретение новой игрушки, общение с животными, рассматривание картинок в книжках, радость по поводу прихода в дом родных, друзей и т.д. (Визель Т. Г., 2005).

При задержанном психическом развитии характерно замедление темпа формирования всех функциональных систем, в том числе и речи как высшей психической функции. У детей только с задержкой речевого развития, как правило, в отличие от детей с задержкой психического развития, все неречевые функции развиты в соответствии с возрастными нормами и недостаточность непосредственно проявляется только в экспрессивной речи. Понимание при темповой задержке речевого развития, как правило, сохранно.

Основными диагностическими параметрами в обследовании детей являются изучение анамнеза и определение интеллектуального развития. В обследовании дифференциальными будут пробы на конструктивный праксис, общую моторику, сформированность мыслительных операций и сенсорных эталонов, а также умения слушать и выполнять инструкции.

Таблица по разграничению сходных состояний

Умственная отсталость	Задержка психического развития	Общее недоразвитие речи
<p>Стойкое нарушение познавательной деятельности, обусловленное органическим поражением головного мозга.</p> <ul style="list-style-type: none">- носит необратимый характер;- все нарушения стойкие.	<p>Такие дети не имеют крупных поражений мозговых структур, но отличаются незрелостью сложных форм поведения, целенаправленной деятельности на фоне быстрой истощаемости, утомляемости, нарушенной работоспособности.</p> <ul style="list-style-type: none">- относительная нестойкость нарушений, высокие компенсаторные возможности;- в основе ЗПР – органическое поражение ЦНС.	<p>Характерны различные сложные расстройства, при которых у детей нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к её звуковой и смысловой стороне, при нормальном слухе и интеллекте.</p>

Для детей со **сниженным слухом** типично недоразвитие всех компонентов речи, которое непосредственно связано со слуховой недостаточностью. Оно охватывает все ее стороны. Однако у слабослышащих могут наблюдаться и такие формы речевой патологии, которые непосредственно не связаны с состоянием слуховой функции: заикание, нарушение темпа речи, ринопалии, оптическая дисграфия и дислексия, дизартрия, механическая дислалия, нарушения голоса, алалия, ранняя детская афазия.

Фонетико-фонематические нарушения. Нормальное функционирование фонематической системы предполагает возможность безошибочной слуховой дифференциации всех звуков речи (включая и акустически близкие) и правильность их произношения. Обе эти стороны, характеризующие состояние фонематической системы, в случаях рано приобретенной тугоухости не могут формироваться нормально.

Дифференциация речевой патологии и раннего детского аутизма

В отличие от ОНР и алалии, при аутизме на самых ранних этапах речь может развиваться нормально, и ребенок по темпу ее развития иногда даже обгоняет здоровых сверстников. Затем, обычно в возрасте до 30 месяцев, речь утрачивается: ребенок перестает говорить с окружающими, хотя иногда может разговаривать сам с собой или во сне. При раннем детском аутизме часто отмечается отсутствие лепета и слабое развитие функции подражания.

Аутичные дети редко имеют полноценную речь. В старшем дошкольном возрасте они обычно плохо говорят за пределами привычной обстановки, у них наблюдаются стойкие аграмматизмы, они почти никогда не используют личное местоимение «я» и утвердительное слово «да».

Сравнительная характеристика речи при моторной алалии и расстройствах аутистического спектра (РАС)

<i>Моторная (экспрессивная) алалия</i>	<i>Нарушения речевого развития при РАС</i>
<i>Реакция на обращённую речь</i>	<i>Реакция на обращённую речь</i>
Сохранность постоянных реакций на <u>обращённую</u> речь.	Не реагируют на <u>обращённую</u> речь.
<i>Психопатологические симптомы</i>	<i>Психопатологические симптомы</i>
Отсутствуют <u>типичные</u> для детей с аутизмом <u>психопатологические</u> симптомы.	Присутствуют <u>типичные</u> для детей с аутизмом <u>психопатологические</u> симптомы.
<i>Экспрессивная речь</i>	<i>Экспрессивная речь</i>
Обладают экспрессивной речью, в <u>большинстве</u> случаев активно <u>используют</u> зачатки речи (<u>вербальной</u> и <u>невербальной</u>), а также хорошо <u>развитую</u> у них мимико-жестикуляторную речь. Отсутствуют <u>непосредственные</u> и <u>отставленные</u> во времени <u>эхолалии</u> .	Имеется одновременное употребление <u>«лепетных»</u> и <u>сложно организованных</u> , <u>правильных</u> по языковой структуре высказываний; своеобразное нарушение просодии (<u>чрезмерное замедление темпа</u> , <u>скандированное</u> и <u>рифмованное</u> произношение).

<i>Состояние эмоциональной сферы</i>	<i>Состояние эмоциональной сферы</i>
Имеется стремление к контактам, за исключением случаев <u>речевого негативизма</u> ; наблюдается интерес ко всему новому; адекватность эмоций. Присутствует речевая инициатива, имеется потребность в общении с окружающими. Не имея достаточного объема речевых средств, они часто используют для этого коммуникативные жестово-мимические средства.	<u>Неконтактны</u> , речевая инициатива отсутствует, нет потребности в <u>общении</u> .
<i>Наличие/отсутствие стереотипий</i>	<i>Наличие/отсутствие стереотипий</i>
Отсутствуют стереотипии в движениях и действиях	Присутствуют стереотипии в <u>движениях</u> и действиях.

Как для прогноза, так и для своевременного включения адекватной лечебно-коррекционной стратегии, имеющей свою специфику для каждого расстройства, чрезвычайно важна дифференциальная диагностика аутизма и рецептивных нарушений речи.