

Дизартри я



Дизартрия — нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата.

Дизартрия — термин латинский, в переводе означает расстройство членораздельной речи — произношения (дис — нарушение признака или функции, артрон — сочленение).



В 1911 г. Н. Gutzmann

*определил дизартрию как нарушение
артикуляции и выделил две ее формы:
центральную и периферическую.*

центральную

периферическую



Причины

- асфиксия и родовая травма,
- поражение нервной системы при гемолитической болезни
- инфекционные заболевания нервной системы
- черепно-мозговые травмы, реже — нарушения мозгового кровообращения
- опухоли головного мозга
- пороки развития нервной системы
(НР: врожденная аплазия ядер черепно-мозговых нервов - синдром Мёбиуса),
- наследственные болезни нервной и нервно-мышечной систем.



Нарушения звукопроизношения при дизартрии возникают в результате поражения различных структур мозга, необходимых для управления двигательным механизмом речи. К таким структурам относятся:

- периферические двигательные нервы к мышцам речевого аппарата (языка, губ, щек, нёба, нижней челюсти, глотки, гортани, диафрагмы, грудной клетки);
- ядра этих периферических двигательных нервов, расположенных в стволе головного мозга;
- ядра, расположенные в стволе и в подкорковых отделах мозга и осуществляющие элементарные эмоциональные безусловно-рефлекторные речевые реакции типа плача, смеха, вскрикивания, отдельных эмоционально-выразительных восклицаний и др.



Двигательный механизм речи обеспечивается также более высоко расположенными следующими мозговыми структурами:

- **подкорково-мозжечковыми ядрами и проводящими путями**, которые осуществляют

регуляцию мышечного тонуса и последовательность мышечных сокращений речевой мускулатуры, синхронность (координированность) в работе артикуляционного, дыхательного и голосового аппарата, а также эмоциональную выразительность речи. При поражении этих структур наблюдаются отдельные проявления центрального паралича (пареза) с нарушениями мышечного тонуса, усилением отдельных безусловных рефлексов, а также с выраженным нарушением просодических характеристик речи — ее темпа, плавности, громкости, эмоциональной выразительности и индивидуального тембра;



- **проводящими системами**, обеспечивающими проведение импульсов от коры мозга к структурам нижележащих функциональных уровней двигательного аппарата речи (к ядрам черепно-мозговых нервов, расположенных в стволе головного мозга). Поражение этих структур вызывает центральный парез (паралич) речевой мускулатуры с повышением мышечного тонуса в мышцах речевого аппарата, усилением безусловных рефлексов и появлением рефлексов орального автоматизма с более избирательным характером артикуляторных расстройств;
- **корковыми отделами головного мозга**, обеспечивающими как более дифференцированную иннервацию речевой мускулатуры, так и формирование речевого праксиса. При поражении этих структур возникают различные центральные моторные расстройства речи.



КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С ДИЗАРТРИЕЙ

Дети с дизартрией по клинико-психологической характеристике могут быть условно разделены на несколько групп в зависимости от их общего психофизического развития:

- дизартрия у детей с нормальным психофизическим развитием;
- дизартрия у детей с церебральным параличом (клинико-психологическая характеристика этих детей описана в рамках детского церебрального паралича многими авторами: Е. М. Мастюкова, 1973, 1976; М. В. Ипполитова и Е. М. Мастюкова, 1975; Н. В. Симонова, 1967, и др.);
- дизартрия у детей с олигофренией (клинико-психологическая характеристика соответствует детям с олигофренией: Г. Е. Сухарева, 1965; М. С. Певзнер, 1966);
- дизартрия у детей с гидроцефалией (клинико-психологическая характеристика соответствует детям с гидроцефалией: М. С. Певзнер, 1973; М. С. Певзнер, Л. И. Ростягайлова, Е. М. Мастюкова, 1983);



- дизартрия у детей с задержкой психического развития (М. С. Певзнер, 1972; К. С. Лебединская, 1982; В. И. Лубовский, 1972, и др.);
- дизартрия у детей с минимальной мозговой дисфункцией. Эта форма дизартрии встречается наиболее часто среди детей специальных дошкольных и школьных учреждений. У них наряду с недостаточностью звукопроизносительной стороны речи наблюдаются обычно нерезко выраженные нарушения внимания, памяти, интеллектуальной деятельности, эмоционально-волевой сферы, легкие двигательные расстройства и замедленное формирование ряда высших корковых функций.



ПСИХОЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИЗАРТРИИ

- Трудность развернутого высказывания
- Нарушения речевых кинестезий
- Специфические трудности в выделении существенных и торможении побочных связей



КЛАССИФИКАЦИЯ ДИЗАРТРИИ

Бульбарная

Псевдобульбарная

Экстрапирамидальная (подкорковая)

Мозжечковая

Корковая



Классификация дизартрии по степени понятности речи для окружающих была предложена французским невропатологом. G. Tardier (1968) применительно к детям с церебральным параличом. Автор выделяет четыре степени тяжести речевых нарушений у таких детей.



Первая, самая легкая степень, когда нарушения звукопроизношения выявляются только специалистом в процессе обследования ребенка.

Вторая — нарушения произношения заметны каждому, но речь понятна для окружающих.

Третья — речь понятна только близким ребенка и частично для окружающих.

Четвертая, самая тяжелая — отсутствие речи или речь почти непонятна даже близким ребенка (**анартрия**).



Симптоматика

- ❖ дефекты звукопроизношения и голоса, сочетающиеся с нарушениями речевой, прежде всего артикуляционной, моторики и речевого дыхания;
- ❖ нарушается произношение как согласных, так и гласных звуков.



В зависимости от типа нарушений все дефекты звукопроизношения при дизартрии делятся на:

- ❖ антропофонические (искажение звука)
- ❖ фонологические (отсутствие звука, замена, недифференцированное произношение, смешение).



При дизартрии за счет нарушения иннервации дыхательной мускулатуры нарушается:

- речевое дыхание;
- нарушение голоса и мелодико-интонационные расстройства



Основные критерии диагностики:

- наличие слабо выраженных, но специфических артикуляционных нарушений в

виде ограничения объема наиболее тонких и дифференцированных

артикуляционных движений

- наличие синкинезий (движение нижней челюсти при движении языка вверх,

движений пальцев рук при движениях языка);

- замедленный темп артикуляционных движений;

- трудность удержания артикуляционной позы;

- трудность в переключении артикуляционных движений;

- стойкость нарушений звукопроизношения и трудность автоматизации

поставленных звуков;

- наличие просодических нарушений.



ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ДИЗАРТРИИ

Корковая дизартрия представляет собой группу моторных расстройств речи разного патогенеза, связанных с очаговым поражением коры головного мозга.

Псевдобульбарная дизартрия возникает при двустороннем поражении двигательных корково-ядерных путей, идущих от коры головного мозга к ядрам черепных нервов ствола.

Бульбарная дизартрия представляет собой симптомокомплекс речедвигательных расстройств, развивающихся в результате поражения ядер, корешков или периферических отделов VII, IX, X и XII черепно-мозговых нервов.



Экстрапирамидная дизартрия. Экстрапирамидная система автоматически создает тот фон предготовности, на котором возможно осуществление быстрых, точных и дифференцированных движений.

Мозжечковая дизартрия. При этой форме дизартрии имеет место поражение мозжечка и его связей с другими отделами центральной нервной системы, а также лобно-мозжечковых путей.



Отграничение от дислалии

проводится на основании выделения

трех ведущих синдромов:

- синдромы артикуляторных расстройств*
- дыхательных*
- голосовых расстройств*



Отграничение от алалии проводится на основе отсутствия первичных нарушений языковых операций, что проявляется в особенностях развития лексико-грамматической стороны речи.



СИСТЕМА КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

Работа над звукопроизношением строится с учетом следующих положений:

1. Зависимость от формы дизартрии, уровня речевого развития и возраста ребенка.
2. Развитие речевой коммуникации. Формирование звукопроизношения должно быть направлено на развитие коммуникации, школьной и социальной адаптации ребенка.
3. Развитие мотивации, стремления к преодолению имеющихся нарушений, развитие самосознания, самоутверждения, саморегуляции и контроля, чувства собственного достоинства и уверенности в своих силах.
4. Развитие дифференцированного слухового восприятия и звукового анализа.



5. Усиление перцепции артикуляционных укладов и движений путем развития зрительно-кинестетических ощущений.

6. Поэтапность. Начинают с тех звуков, артикуляция которых у ребенка более сохранная. Иногда звуки выбирают по принципу более простых моторных координации, но обязательно с учетом структуры артикуляционного дефекта в целом, в первую очередь работают над звуками раннего онтогенеза.

7. При тяжелых нарушениях, когда речь полностью не понятна для окружающих, работа начинается с изолированных звуков и со слогов. Если речь ребенка относительно понятна и в отдельных словах он может произносить дефектные звуки правильно, работа начинается с этих «ключевых» слов. Во всех случаях необходима автоматизация звуков во всех контекстах и в различных речевых ситуациях.



8. У детей с поражением центральной нервной системы важное значение имеет предупреждение тяжелых нарушений звукопроизношения путем систематической логопедической работы в доречевом периоде.



Логопедическая работа при дизартрии проводится поэтапно.

Первый этап, **подготовительный** — основные его цели: подготовка артикуляционного аппарата к формированию артикуляционных укладов, у ребенка раннего возраста — воспитание потребности в речевом общении, развитие и уточнение пассивного словаря, коррекция дыхания и голоса.

Второй этап — формирование первичных коммуникативных произносительных навыков. Основная его цель: развитие речевого общения и звукового анализа.



**Благодарю за
внимание**

