

Тема 5. Дизартрія.

План

1. Дизартрія як порушення вимовної сторони мовлення зумовлене недостатністю іннервації мовленнєвого апарату.
2. Форми дизартрії (центральна і периферична).
3. Клініко – психологічна характеристика дітей з дизартрією.
4. Класифікація дизартрій
5. Зміст та методика логопедичної роботи з подолання дизартрії.

Слайд №1 Дизартрія – порушення вимовної сторони мовлення, яке виникає внаслідок органічного ураження центральної нервової системи. Це важкий розлад усієї мовленнєвої діяльності. При дизартрії порушується не тільки звуковимова майже усіх груп звуків, але і просодична сторона мовлення: голос, інтонація, темп, ритм.

Слайд №2 Дизартрія – це неврологічний діагноз. Невролог призначає медикаментозне лікування, а логопед займається корекцією мовленнєвих вад. Лікування дизартрії повинно являти собою комплексний вплив, де будуть використані і медикаменти, і лікувальна фізкультура, і масаж, і логопедична робота.

Слайд №3. Дизартрія (від греч. dis – префікс, що означає розлад, arthroo – сполучати) – порушення вимовляльної сторони мовлення, зумовлене органічною недостатністю іннервації мовленнєвого апарата при поразках заднілобних та підкоркових відділів мозку. При цьому через обмеження рухливості органів мовлення (м'якого піднебіння, язика, губ) утруднена артикуляція, але при виникненні у дорослому віці, як правило, не супроводжується розпадом мовленнєвої системи. У дитячому віці може порушуватися читання, а також загальний розвиток. Синоніми – косномовність, невиразне мовлення. При дизартрії спостерігається не сформованість усіх ланок механізму звуковимовляння, наслідком чого є голосові та артикуляційно-фонетичні дефекти.

Діти з тяжкою формою дизартрії отримують комплексну допомогу в спеціальних закладах для дітей з тяжкими розладами мовлення та для дітей з вадами опорно-рухового апарату.

Діти ж з легкою формою дизартрії (стерта форма, дизартричний компонент) можуть відвідувати дитячі садки та школи загального типу, та відвідувати логопеда в районній поліклініці або логопедичні пункти.

Дітям зі стертою формою дизартрії властиві деякі особливості. Ці діти нечітко розмовляють та погано їдять. Зазвичай вони не люблять м'ясо, хлібні скоринки, моркву, тверде яблуко, тому що їм важко жувати. Трохи пожувавши дитина або тримає їжу за щокою, або починає «давитися» нею. Деякі батьки, перетираючи дитині їжу, самі сприяють затримці у дитини розвитку рухів артикуляційного апарату.

Такі діти не можуть самостійно полоскати рот, тому що у них слабо розвинуті м'язи щок, язика. Вони або ковтають воду, або виливають її.

У дітей з дизартрією порушена дрібна моторика рук. Вони не можуть застібнути гудзики, їм важко шнурувати черевики. Вони стикаються з труднощами, коли виконують дію, яка потребує тонких рухів пальців рук. Такі діти неправильно тримають олівець та часто не вміють користуватися ножицями.

У дітей з дизартрією порушена і загальна моторика, їм притаманні труднощі при виконанні фізичних вправ. Таким дітям важко втримати рівновагу, часто вони не вміють стрибати на одній нозі.

Слайд №2 Причини дизартрії

Причиною дизартрії є органічне ураження центральної нервової системи в результаті впливу негативних факторів на мозок дитини .Під час внутрішньоутробного розвитку:

- гострі та хронічні інфекції**
- інтоксикації**
- токсикози**
- резус-конфлікти**
- гіпоксії (кисневе голодування)**

Під час пологів:

- асфіксія
- пологові травми
- крововиливи при стрімких або зтяжних пологах

У ранньому віці дитини:

- інфекційні хвороби нервової системи (менінгіти, менінгоенцефаліти)

Слайд № Класифікація дизартрії: бульбарна, підкоркова, мозочкові, кіркова, псевдобульбарна.

Бульбарная дизартрія (від лат. bulbus – цибуля, форму якої має довгастий мозок) виявляється при захворюванні або пухлині довгастого мозку. При цьому руйнуються ядра рухових черепно-мозкових нервів, які там розташовані. Характерним є параліч або парез м'язів глотки, гортані, язика, м'якого піднебіння. У дитини порушується ковтання твердої та рідкої їжі, утруднено жування. Недостатня рухливість голосових складок, м'якого піднебіння призводить до специфічних порушень голосу: він стає слабким, у мовленні не реалізуються дзвінкі звуки. Парез м'язів м'якого піднебіння призводить до вільного проходу повітря, яке видихається через ніс, і всі звуки набувають виразний носовий відтінок. Мовлення невиразне, нечітке, уповільнене.

Підкоркова дизартрія – виникає при ураженні підкоркових вузлів головного мозку. Характерною проявою є порушення м'язового тонуса або наявність гіперкінезу. Гіперкінез – надмірні мимовільні, зайві, недоцільні, неупоряджені рухи, які не контролюються дитиною. Характер м'язового тонуса і наявність гіперкінеза, які мають змінний характер, обумовлюють своєрідні порушення фонації і артикуляції. Дитина може правильно проголошувати окремі звуки, слова і короткі фрази та через мить він вже не може проголосити ні звука. Виникає артикуляційний спазм, язик стає напруженим, голос переривається. Діти можуть проголошувати слова і фрази дуже швидко або монотонно, з великими паузами між словами.

Мозочкова дизартрія – характеризується скандированим “рубленим” мовленням, іноді супроводжується викриками окремих звуків.

Коркова дизартрія – порушується довільна моторика артикуляційного апарата, вимова складних по звуко-складовій структурі слів, утруднення

динаміки переключення від одного звуку до іншого, від однієї артикуляційної пози до другої, Діти чітко проголошують ізольовані звуки, але в мовленнєвому потоці звуки спотворюються, виникають заміни.

Псевдобульбарна дизартрія – є наслідком перенесеного в ранньому дитинстві, під час пологів або внутрішньоутробного періоду органічного ураження мозку в результаті енцефаліту, пологових травм, пухлин. У дитини виникає псевдобульбарний параліч або парез, який обумовлений ураженням провідних шляхів, що йдуть від кори головного мозку до ядер язиковоглоточного, блукаючого та підязичного нервів. У результаті псевдобульбарного параліча у дитини порушується загальна та мовленнєва моторика. Дитинка погано смочче, захлинається, погано ковтає; з рота тече слина, порушується мускулатура обличчя. В цьому випадку страждає не вимова окремих звуків, а вся вимовна сторона мовлення. У дітей-дизартриків відмічається обмежена рухливість язикової і мимічної мускулатури. Мовлення такої дитини характеризується нечіткою, змазаною звуковимією; голос у неї тихий, слабкий, а іноді, навпаки, різкий; ритм подиху порушений; мовлення губить свою плавність, темп мовлення може бути прискореним або уповільненим.

Слайд № Форми дизартрії.

Дизартрія може спостерігатися як у важкій, так і в легкій формі. Важка форма найчастіше розглядається в рамках дитячого церебрального паралічу (ДЦП). Діти з важкою формою дизартрії одержують комплексну логопедичну і лікарську допомогу в спеціальних закладах: дитячих садках і школах для дітей з важкими порушеннями мовлення та для дітей з порушенням опорно-рухового апарата.

У дитячих садках і школах загального типу можуть знаходитися діти з легкими ступенями дизартрії (інші назви: стерта форма, дизартричний компонент). Ці форми виявляються в більш легкому ступені порушення рухів органів артикуляційного апарата, загальної і дрібної моторики, а також у порушеннях вимовної сторони мовлення – воно зрозуміло для навколишніх, але нечітке.

Діти зі стертими формами дизартрії не виділяються різко серед своїх однолітків, навіть не завжди відразу звертають на себе увагу. Однак вони мають особливості. Ці діти нечітко говорять і погано їдять. Зазвичай вони не

люблять м'яса, хлібні скоринки, моркву, тверде яблуко, тому що їм важко жувати. Трохи пожувавши, дитина може тримати їжу за щокою, поки дорослі не зроблять йому зауваження. Часто батьки йдуть дитині на поступку – дають м'яку їжу. Тим самим вони, не бажаючи того, підтримують затримку розвитку рухів артикуляційного апарата дитини. Необхідно поступово, потроху привчати її добре пережовувати і тверду їжу.

Важче в таких дітей формувати культурно-гігієнічні навички, що вимагають точних рухів різних груп м'язів. Дитина не може самостійно полоскати рот, тому що в неї слабо розвинені м'язи щік, язика. Таку дитину потрібно вчити надувати щоки й утримувати повітря, а потім перекачувати його з однієї щоки в іншу, утягувати щоки при відкритому роті і замкнутих губах. Тільки після цих вправ можна привчати дитину полоскати рот водою. Діти з дизартрією не люблять і не хочуть застібати гудзики, шнурувати черевики, підкачувати рукава. Варто поступово розвивати дрібну моторику рук, використовуючи спеціальні вправи.

Діти-дизіртрики відчують утруднення й в образотворчій діяльності. Вони не можуть правильно тримати олівець, користуватися ножицями, регулювати силу натиску на олівець і пензлик. Для таких дітей характерні утруднення при виконанні фізичних вправ і танцях. Їм нелегко навчитися співвідносити свої рухи з початком і кінцем музичної фрази, змінювати характер рухів по ударному такті. Про таких дітей говорять, що вони незграбні, тому що не можуть чітко, точно виконувати різні рухові вправи. Їм важко утримувати рівновагу, стоячи на одній нозі, часто вони не вміють стрибати на лівій або правій нозі.

Порушення моторики в дітей вимагає додаткових індивідуальних занять у спеціальних установах. Навчання дитини проводиться у різних напрямках: розвиток моторики (загальної, дрібної, артикуляційної), виправлення звуковимови, формування ритміко-мелодійної сторони мовлення й удосконалення дикції. Щоб у дитини виробилися міцні навички у всій руховій сфері, потрібен тривалий час і використання різноманітних форм і прийомів навчання. Для швидшого досягнення результатів робота повинна проводитися разом з логопедом, необхідні консультації лікаря-психоневролога і фахівця з лікувальної фізкультури

Слайд № Логопедична робота при дизартрії проводиться поетапно.

Перший етап, підготовчий – основні його цілі: підготовка

артикуляційного апарату до формування артикуляційних укладів, удитини раннього віку – виховання потреби в мовленнєвому спілкуванні, розвиток і уточнення пасивного словника, корекція дихання та голосу.

Важливим завданням на цьому етапі є розвиток сенсорних функцій, особливо слухового сприймання та звукового аналізу, а також сприйняття і відтворення ритму.

Методи і прийоми роботи диференціюються залежно від рівня розвитку мовлення. При відсутності мовленнєвих засобів спілкування у дитини стимулюють початкові голосові реакції і викликають звуконаслідування, яким надають характер комунікативної значущості.

Логопедична робота проводиться на тлі медикаментозного впливу, фізіолікування, лікувальної фізкультури та масажу.

Слайд № Другий етап – формування первинних комунікативних вимовних навичок.

Основна його мета: розвиток мовленнєвого спілкування і звукового аналізу. Проводиться робота з корекції артикуляційних

порушень: при спастичності – розслаблення м'язів артикуляційного апарату, вироблення контролю над становищем рота, розвиток артикуляційних рухів, розвиток голосу; корекція мовленнєвого дихання; розвиток відчуттів артикуляційних рухів і артикуляційного праксису.

Робота з розслаблення м'язів артикуляційного апарату починається із загального м'язового розслаблення, розслаблення шийної, грудної мускулатури, м'язів рук.

Логопедична робота при дизартрії тривала та потребує тісної співпраці батьків, логопеда та невролога. Ця робота багатопланова і потребує систематичних занять та чіткого виконання домашніх завдань. Батьки повинні дуже серйозно поставитися до логопедичних занять. Вони повинні чітко визначити для чого виконуються ті чи інші завдання, розуміти їх мету та уявляти очікувані результати.

Слайд № Корекційна логопедична робота при дизартрії включає в себе:

- Розвиток фізіологічного та мовленнєвого дихання**
- Логопедичний масаж**
- Артикуляційну гімнастику**

- **Корекцію просодичної сторони мовлення (темп, ритм, голос, інтонація)**
- **Корекцію звуковимови**
- **Розвиток фонематичного сприймання**

Література:

Лепетченко М. В. Логопедія. Дизартрія : навчально-методичний посібник [для студ. спец. 6.010105 Корекційна освіта] / М. В. Лепетченко – Д., 2015. – 36 с.

