

Слайд №1

ДИСЛАЛИЯ

Самым распространенным речевым нарушением среди детей дошкольного возраста являются дислалия и стертая дизартрия, которые имеют тенденцию к росту. Обследование детей в массовых садах показало, что в старших и подготовительных к школе группах от 40 до 60 % детей имеют отклонения в речевом развитии (по данным Е. Ф. Архиповой).

При несвоевременно или некачественно оказанной логопедической помощи, данные расстройства речи могут затруднять процесс школьного обучения. На этот факт указывают в своих работах следующие ученые Р. Е. Левина, Р. И. Марынова, Л. В. Мелехова, Е. Ф. Соботович, Г. В. Гуровец, С. И. Маевская, Т. Б. Филичева, И. А. Чевелева, Г. В. Чиркина, Л. В. Лопатина, Н. В. Серебрякова, Е. Ф. Архипова и другие. Ученые-педагоги отмечают, что существует огромное сходство между минимальными дизартрическими расстройствами и сложной дислалией. Однако коррекция звукопроизношения при дизартрии вызывает определенные трудности. Впервые на это обратил внимание немецкий врач, известный специалист по болезням расстройства речи Герман Гуцман. Он отметил, что для этих расстройств характерны смывость, стертость артикуляции. 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 .

Слайд №2

Дифференциальная диагностика в логопедической практике — это процесс разграничения речевых расстройств, имеющих сходную симптоматику, но различающихся по причинам, механизмам, тактике коррекционного воздействия.

Слайд №3

Последовательность проведения дифференциальной диагностики: в первую очередь проводится анализ анамнестических данных, а затем — тщательное комплексное обследование детей, а также определены параметры обследования.

Слайд № 4

К параметрам обследования, позволяющим дифференцировать стертую дизартрию и дислалию, относятся:

– психологические особенности ребенка; – состояние слуховой функции: слуховое внимание, восприятие речи; – состояние зрительного восприятия, пространственного праксиса; – состояние общей моторики; состояние ручной моторики; – состояние артикуляционной моторики; – работа мышц лицевой мускулатуры; – анатомическое строение периферического отдела артикуляционного аппарата; – состояние звукопроизношения; – состояние дыхательной и голосовой функции; – состояние просодических компонентов речи; – состояние фонематических функций; – состояние лексики, грамматического строя и связной речи.

Слайд № 5 **Одним из наиболее важных условий комплексного обследования при постановке диагноза является согласованность действий логопеда, дефектолога и невролога. Прежде, чем начинать обследование ребенка, необходимо тщательно изучить анамнестические данные, начиная с периода внутриутробного развития (наблюдались ли у матери во время беременности токсикоз, психотравмы, артериальная гипертония, респираторные заболевания, нефропатия, травмы; как протекали роды (в срок, затяжные или быстрые и какую оценку по шкале Апгар получил новорожденный).**

Слайд № 6 **Логопедическое обследование включает в себя сбор данных об особенностях доречевого, раннего речевого и**

психического развития ребенка до момента обследования. Опираясь на данные медицинской документации и беседы с родителями, выясняется время появления и характер крика, гуления, лепета, а затем первых слов и простых фраз.

Слайд №.7

Совместно с детским неврологом логопед изучает особенности общей моторики ребенка: (удержание головы, свободные повороты ее в стороны, сидение, вертикальное положение стоя, самостоятельная ходьба, особенности походки) и функциональные возможности кистей и пальцев рук (опорная функция, ладонный и пальцевой захват, манипуляции с предметами, выделение ведущей руки, согласованность действий рук, тонкие дифференцированные движения пальцев).

При определении ведущего неврологического синдрома и степени его проявления в артикуляционной мускулатуре и моторике (речедвигательного синдрома) логопед опирается на заключение невролога. Важно, чтобы при логопедическом обследовании ребенок был совершенно спокоен, не плакал, не был испуган, это может отразиться на изменении (повышении) тонуса мышц, в результате чего, логопед получит ложное представление о двигательных и речевых возможностях обследуемого. Ребенка с тяжелыми двигательными нарушениями желательнее уложить на удобную кушетку или ковер, проверив разные положения — на спине, на боку, на животе. В более легких случаях обследование проводится в положении «сидя» или «стоя».

Слайд № 8 Обследование артикуляционного аппарата
начинается с проверки строения его органов (губ, языка, зубов, твердого и мягкого неба, челюстей), состояние тонуса мышц в покое и в активной речевой деятельности.

У детей с дизартрией нарушения тонуса артикуляционных мышц может характеризоваться спастичностью, гипотонией или дистонией. Нередко имеет место смешанный характер и

вариабельность нарушений мышечного тонуса в артикуляционном аппарате (например, в лицевой и губной мускулатуре может быть выражена гипотония, а в язычной — спастичность). Отмечается наличие или отсутствие гипомимии, асимметрии лица, сглаженности носогубных складок, синкинезий, гиперкинезов лицевой и язычной мускулатуры, тремора языка, девиации (отклонения) языка в сторону, гиперсаливации. Логопед оценивает произвольные движения артикуляционного аппарата во время еды (сосание, снятие пищи с ложки, питье из чашки, откусывание, жевание, глотание). Выясняются особенности нарушения акта приема пищи у ребенка (отсутствие или затруднение жевания твердой пищи и откусывания от куска; поперхивание и захлебывание при глотании). При проверке подвижности органов артикуляции ребенку предлагают различные задания по подражанию. При этом отмечаются не только основные характеристики артикуляционных движений (объем, амплитуда, темп, плавность и скорость переключения), но и точность, соразмерность выполнения движений, их истощаемость отмечается даже незначительное снижение амплитуды артикуляционных движений языка. Оценивается степень и граница глоточного рефлекса (повышение или понижение). Логопед анализирует особенности движений губ (малоподвижные или достаточно подвижные) и нижней челюсти (открывание и закрывание рта, умение удерживать рот закрытым).

Слайд № 9 **Оценка понимания импрессивной речи является важнейшим этапом логопедического обследования. Логопед выявляет уровень понимания обращенной речи (различение интонации голоса взрослого, ситуативное понимание обращенной речи, на бытовом уровне, в полном объеме). Пассивный словарь проверяется на реальных предметах и игрушках, предметных и сюжетных картинках. При этом определяется понимание смыслового значения слова, действия, простого и сложного сюжета, лексико-грамматических конструкций, последовательности событий. При обследовании**

экспрессивной речи выявляется уровень речевого развития ребенка.

Слайд № 10

Важно отметить возрастную сформированность лексической и грамматической сторон речи, усвоение различных частей речи, особенности слоговой структуры слов.

При изучении произносительной стороны речи выявляется степень нарушения разборчивости речи (речь невнятная, малопонятная для окружающих; разборчивость речи несколько снижена, речь нечеткая, смазанная).

Подробно проверяется фонетико-фонематический строй речи. При обследовании звукопроизношения необходимо выявить умение ребенка произносить звуки изолированно, в слогах, в словах, в предложениях и особенно в речевом потоке.

Следует отметить характер недостатков звукопроизношения: искажения, замены, пропуски звуков.

Нарушения звукопроизношения сопоставляются с особенностями фонематического восприятия и звукового анализа. Важно обратить внимание на то, как ребенок дифференцирует на слух нормально и дефектно произносимые им звуки. Анализируя данные логопедического обследования необходимо определить, к какой группе следует отнести выявленные у ребенка расстройства: к «чисто» фонетическим, к фонетико-фонематическим или к проявлениям общего недоразвития речи.

Слайд № Далее отмечаются особенности нарушений дыхания (поверхностное, учащенное, неритмичное), голоса (недостаточность силы и отклонения тембра голоса) и просодической организации речевого потока. В период диагностики важна взаимосвязь логопеда и дефектолога, который проанализирует особенности развития познавательной сферы

детей с дизартрическим компонентом. Специалист дефектолог поможет оценить

Слайд №12

Оцениваются особенности развития познавательной деятельности (мышления, внимания, памяти), сенсорных функций (зрительного, слухового и кинестетического восприятия), проявления эмоционально-волевой сферы

В зависимости от того, какой из анализаторов является ведущим, различают зрительное, слуховое, тактильное и другие виды восприятия, нарушение которого имеет свою специфику в зависимости от формы речевого расстройства.

С точки зрения коррекционной педагогики, несформированность фонематической системы языка — основные препятствия в овладении грамотным чтением и письмом в дальнейшем обучении ребенка.

Слайд № 13. Необходимое условие для обучения детей грамоте — развитие зрительного восприятия, которое у детей с речевыми нарушениями отстаёт от нормы и характеризуется рядом особенностей (бедность представлений об окружающем, замедленное развитие понимания слов, нарушение пространственных, предметных образов).

Слайд №15

При дислалии достаточно редко встречаются нарушения психической сферы, как правило, они представлены в виде задержки психического развития, однако чаще всего память, внимание, уровень мыслительных процессов, а также интеллектуальный уровень не страдают и соответствуют норме.

В ходе логопедического обследования детей с дизартрией логопед должен выявить структуру речевого дефекта (соотношение речевых и неречевых нарушений), сопоставив его с

тяжестью поражения артикуляционной и общей моторики, а также уровнем психического развития ребенка. Проанализировав результаты комплексного обследования, логопед дает заключение, позволяющее судить о состоянии речевого дефекта на момент обследования. Изучив основные положения дифференциальной диагностики стертой дизартрии и дислалии в отечественной логопедии, можно сделать следующие выводы: 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; при стертой дизартрии состояние неречевых функций, психических процессов (внимания, восприятия, памяти и мышления) имеет ряд отличительных черт; 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, проведение качественной дифференциальной диагностики стертой дизартрии и дислалии у детей старшего дошкольного возраста необходимо с целью постановки грамотного логопедического заключения.

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. Карелина И. Б. Дифференциальная диагностика стертых форм дизартрии и сложной дислалии // Дефектология. — 1996. — № 5. Лопатина Л. В. Приемы обследования со стертой формой дизартрии и дифференциация их обучения // Дефектология. — 1986. — № 2. 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. Приходько О. Г. Логопедический массаж при коррекции дизартрических нарушений речи у детей раннего и дошкольного возраста. — СПб.: КАРО, 2008. — 160 с.**

Пожалуйста, не забудьте правильно оформить цитату:

Фролова, А. С. Дифференциальная диагностика дислалии и нарушения звукопроизношения при дизартрическом компоненте у детей дошкольного возраста / А. С. Фролова, Т. А. Таринская. — Текст : непосредственный // Образование и воспитание. — 2018. — № 1 (16). — С. 72-76. — URL: <https://moluch.ru/th/4/archive/81/3118/> (дата обращения: 04.09.2020).