**Тема 9: Порівняльна характеристика дітей, які страждають легкими формами дизартрії та функціональної дислалія Р.І Мартинової**

 Серед різноманітних мовних порушень в дитячому віці великі труднощі для диференціальної діагностики та логопедичної роботи представляє функціональна дислалія і легка форма дизартрії.

 Аналіз випадків дітей з дислалією і легкої дизартрією показав, що для розуміння даних мовних розладів недостатньо вивчення особливостей власне мовного порушення. Патологія мови (порушення звуковимови) обмежує здібності і соціальні можливості дитини, відбивається на всій особистості хворого. У ряді випадків є причиною відриву від колективу. Соромлячись свого мовного дефекту, дитина стає замкнутим, невпевненим у своїх силах і можливостях. Дефекти мови в більшості випадків є причиною неуспішності дитини в школі.

 Крім того, ми спостерігали і такі явища, коли ослаблення тільки окремих компонентів психіки – уваги і пам’яті дитини – негативно відбивалися на його успіхи щодо усунення мовного дефекту. Особливий вплив на мовну, отже, і психічні функції, надає наявність органічної неврологічної симптоматики. Таким чином, ми прийшли до висновку, що найбільш плідним є такий підхід до хворої дитини, при якому увага дослідника зосереджується не тільки на ізольованих симптомах (мови), але і на розладі цілісної складної системи всього організму. З цією метою було проведено всебічне клініко-педагогічне дослідження дітей з функціональною дислалією, легкою дизартрією та дітей з нормальною мовою.

 Р.І Мартиновою був проведений порівняльний аналіз результатів дослідження фізичного статусу, неврологічного, а також і психічних процесів уваги, пам'яті і мислення. Вивчення дітей проводилося нами головним чином в спеціалізованому дитячому садку № 1743 і масовому дитячому садку № 1321. Було вивчено 75 дітей: з них 25 дітей з легкою формою дизартрії, 25 – з функціональною дислалією і 25 – з нормальною мовою.

1. Результати дослідження фізичного статусу

 Дослідженням було встановлено, що з фізичного розвитку від вікової норми відставало 2 дитини з нормальною мовою, 6 дітей з функціональної дислалии і 8 дітей із легкою формою дизартрії. Аналізуючи результати дослідження, ми можемо відзначити, що діти з легкою формою дизартрії і функціональної дислалии з фізичного розвитку дещо відстають від дітей з нормальною мовою.

2. Результати дослідження неврологічного статусу

Проведене дослідження показало, що у дітей з нормальною мовою і функціональної дислалией симптомів органічного ураження центральної нервової системи не відзначалося. Зміни з боку вегетативної нервової системи у формі сталого дермографизма, похолодання кистей рук, порушення потовиділення і вологості дистальних відділів кінцівок (кистей і стоп) спостерігалося у більшості дітей з дислалией. Неврологічна симптоматика у дітей з легкою формою дизартрії при одноразовому дослідженні в поліклінічних умовах, часто не виявляється і тому такі діти зараховувалися до діслаліков. При ретельному обстеженні та застосуванні функціональних навантажень (повторні руху, силові напруги) можна виявити симптоми органічного ураження центральної нервової системи у формі стертих парезів, зміни тонусу м’язів, гіперкінезів в мімічної та артикуляційною мускулатурі, патологічних рефлексів. Основне порушення з боку черепно-мозкових нервів пов’язано з ураженням під'язикових нервів (XII пари), яке проявляється у вигляді деякого обмеження руху мови в бік у 25 дітей, гіперкінезів у 9 дітей. Повторні руху мови вгору, вперед і в сторони викликають швидке стомлення, що виражається в уповільненні темпу рухів, а іноді й легкого посиніння кінчика язика. Всі ці порушення зумовлені паретичностью м’язів мови. Обмеження обсягу рухів очних яблук (III-IV-VI пари) у вигляді легкого недоведення до зовнішньої спайки спостерігалося у п'яти дітей. У 4 дітей при пробі на акомодацію і конвергенцію відзначалися легкі парези конвергенції. У однієї дитини було відзначено косоокість. З боку трійчастих нервів (V пара) у дітей грубих парезів не спостерігалося. Однак при бічних рухах нижньої щелепи у деяких дітей з’являлися сінкенезіі у вигляді повороту голови, язика, рідше губ в ту ж сторону. Асиметрія лицьових нервів (VII пара) була у 11 дітей, головним чином, за рахунок сгладженості правої або лівої носогубної складки. Важких розладів з боку язикоглоткового і блукаючих нервів (IX, X пари) у обстежуваних дітей не спостерігалося. Однак у 5 дітей було відзначено недостатнє скорочення м'якого піднебіння. Голос у 9 дітей був тихим, глухуватим з невеликим носовою відтінком. Перераховані стану черепно-мозкових нервів при легкій формі дизартрії в більшості випадків носять стійкий характер, так як вони обумовлені органічним ураженням центральної нервової системи.

З боку рухової сфери у 12 дітей був слабо виражений парез з денерваторнимі змінами м’язового тонусу. Сила м’язів у 23 дітей була задовільною. Однак більшість дітей не відразу включалося в активний опір. Активні рухи у всіх обстежених відбувалося в повному обсязі, але були уповільненими, незграбними, недиференційованими. У рефлекторної сфері у 12 дітей відзначалося пожвавлення сухожильних і періостальних рефлексів. У ряді випадків спостерігалися рефлекси орального автоматизму, а також непостійні, виснажливі патологічні рефлекси Бабінського і Пуссена. Крім перерахованих вище порушень в неврологічному статусі у дітей з легкою формою дизартрії були відзначені зміни з боку вегетативної нервової системи, які проявлялися переважно у вигляді пітливості долонь і стоп, наявності стійкого червоного дермографизма.

 Таким чином, було встановлено, що у більшості дітей з легкою формою дизартрії була легка (стерта) неврологічна симптоматика, яка виявлялася при ретельному дослідженні і вказувала на органічне ураження центральної нервової системи.

**Пам’ять.**

 Результати дослідження показали, що розкладання картинок дітьми трьох груп виконувалося по-різному. Так, троє дітей з функціональною дислалией поспішали, метушилися і змогли правильно розкласти тільки дві картинки, а п’ять дітей по три, чотири. Діти з легкою формою дизартрії виконували завдання невпевнено, згадували правильність розташування картин, перекладали їх, були розгубленими. Три дитини розклали правильно дві перші картки, а сім дітей по 3-4 картки. Характер виконання завдання на зорову пам’ять у дітей з функціональної дислалії і легкою формою дизартрії аналогічний результатами дослідження їх на переключення уваги, що мабуть пов’язано з порушенням нейродинамічних зв’язків у корі великих півкуль.

 Експериментатор двічі виголошував п’ять слів і пропонував в тій же послідовності відтворити їх дитині.

 Результати дослідження показали, що 56% дітей з нормальною мовою правильно назвали 5 слів, в той час як найбільшу кількість правильних відповідей у дітей з функціональної дислалії (32%) припадає на 4 слова, а у дітей з легкою формою дизартрії (32%) − на 3 слова. Слабкість процесу запам’ятовування слів у дітей з функціональної дислалії і легкою формою дизартрії пов’язана не тільки з утрудненням вироблення умовних рефлексів, ослабленням уваги, але й, можливо, з порушенням фонематичного слуху, що виникає внаслідок недорозвинення звуковимови.

**Завдання 3** (на логічно-смислове запам’ятовування слів тексту).

Дитині читали розповідь і просили його запам’ятати. Потім розповідь повторювали, пропускаючи окремі слова (10). Діти повинні були згадати слова, пропущені експериментатором.

 Підрахунки середньоарифметичної величини правильно вимовлених слів тексту за формулою (1) показав, що діти з нормальною мовою в середньому виголосили з 10 слів − 9,40 слова, діти з функціональної дислалії − 9,16 слова, діти з легкою формою дизартрії − 8,24 слова. Зіставлення значення середніх величин показує, що найкраще запам’ятовування виявилося у дітей з нормальною мовою, погане − у дітей з легкою формою дизартрії.

 Таким чином, проведене дослідження пам’яті за завданнями показало, що у дітей з функціональною дислалією були незначні, а у дітей з легкою формою дизартрії значні відхилення, які можна пояснити не тільки порушенням їх фонематичного слуху, але і розладом активної уваги.

**Мислення**

**Завдання 1** (на узагальнення предметів методом класифікації).

 Дитині пропонували різні картинки (поїзд, кінь та ін.) Просили розкласти їх на групи, подібні між собою і назвати кожну групу.

 Вільно утворити узагальнені групи змогли 18 дітей з нормальною мовою і функціональної дислалії. Семеро дітей з даних груп завдання виконували за допомогою, допускаючи помилки, але по ходу дії їх виправляли.

 Отримані результати показали також, що тільки 10 дітей з легкою формою дизартрії змогли самостійно утворити узагальнені групи. Решта 15 дітей потребували допомоги, розподіляючи картинки по категоріях (овочі, транспорт, тварини і т.

 д) Завдання на узагальнення предметів методів класифікації і виключення виконувалися практично дітьми з нормальною мовою і функціональною дислалією без відмінності. Діти з легкою формою дизартрії в більшості випадків (15) вагалися у виконанні завдання.

 **Завдання 2. Розповідь за картинками.**

 Дитині пропонували скласти розповідь по картинці, а потім послідовно розташувати 3 сюжетні картинки і скласти по них розповідь.

 Діти з нормальною мовою і функціональної дислалії, в основному, легко впоралися із завданням. Вони відзначали суттєві деталі малюнка, емоційно описували зображені предмети і їх дії. Шість дітей з функціональної дислалии і 5 − з нормальною мовою виконали завдання за допомогою навідних питань. Їм заважали нестійкість уваги, швидка відволікання і виснаженість. Майже 1/3 дітей з легкою формою дизартрії не могли повно скласти розповідь по картинці. Вони були невпевненими, пасивними, зі зниженою працездатністю. На картинці, в основному, називали окремі предмети і вагалися об’єднати їх єдиним сюжетом.

 Аналогічні результати отримані при послідовному розкладанні сюжетних картинок і складанні по них розповіді. Різниця в оцінці мислення по картинках у дітей з нормальною мовою і функціональної дислалией незначна. У дітей з легкою формою дизартрії ця різниця виявилася помітною.

 Завдання 3 (на дослідження понять).

 Дитині пропонували питання: Хто шиє, продає? і т. д. З чого зроблені вікна, книги? і т. д.

 Кількість правильних відповідей у дітей з функціональної дислалией було таким же, як і у дітей з нормальною мовою. Діти з легкою формою дизартрії дали значно менше правильних відповідей за зниженого рівня інформації і меншого лексичного запасу. Відповіді їх характеризувалися деякою спрощеністю і примітивністю.

**Результати дослідження комплексних подразників у дітей з нормальною мовою, функціональної дислалії і легкою формою дизартрії.**

 З отриманих даних видно, що діти з нормальною мовою і функціональною дислалією виконали завдання без видимої різниці. Однак діти з нормальною мовою впоралися із завданням швидше. Вони спокійніше і впевненіше підбирали потрібну картинку, правильно звертали увагу на її напрямок і розташування. Діти з функціональною дислалией при виконанні даного завдання поспішали, метушилися, замінювали картинки. Деякі з них не враховували кольору, форми, величини, напряму фігури і потребували допомоги. Діти з легкою формою дизартрії слабо орієнтувалися у величині, формі, кольорі і напрямку фігур, не відразу знаходили потрібні, коливалися в правильності виконання завдання. Особливе утруднення у них викликала третя картинка − не розфарбована малина.

 Результати порівняння виконаних завдань показують, що діти з нормальною мовою і функціональної дислалией дали однакову кількість правильних відповідей. Діти з легкою формою дизартрії дали меншу кількість правильних відповідей, причому якість їх роботи було нижче. При виконанні завдань діти з легкою формою дизартрії були невпевнені, пасивні, швидко виснажувалися, проявляли негативізм. Однак деяке ослаблення їх розумової діяльності не носило характер розумової відсталості, а проходило по типу астенізація з вираженим зниженням функції уваги і пам’яті.

 **Мова**

 Всі три групи досліджених дітей розуміли звернену до них мову. Діти з нормальною мовою і функціональною дислалією мали достатній словник, повну фразу, гучний голос і нормальний темп мови. В окремих випадках у дітей з функціональною дислалією темп мови був прискореним. У дітей з легкою формою дизартрії активний словник був дещо обмеженим, фраза − коротка, голос − у деяких тихий, мова швидка, нечітко. Характерною ознакою як для дітей з функціональною дислалією, так і з легкою формою дизартрії було порушення звуковимови. Фонетичні розлади проявлялися у вигляді: заміни одних звуків іншими (рука − лука), змішання звуків (ведмедик − миска), відсутності звуків (дірка − Дика), нечіткого спотвореного вимови звуків (шапка − ш'апка). У дітей з легкою формою дизартрії зазначалося розбіжність між умінням вимовляти звуки ізольовано і в мовному потоці.

 Ізольовано звуки виголошувалися чистіше, правильніше, в мовному потоці − неясно, нечітко, тому що були не автоматизовані і недостатньо диференціювалися. У деяких дітей з легкою формою дизартрії, крім порушення приголосних звуків, неясно вимовлялися і голосні звуки з легким носовим відтінком. Фонематичний слух у дітей в більшості випадків був знижений.

**Висновки**

1. Відставання у фізичному розвитку виявлялося значно більше у дітей з легкою формою дизартрії (32%), ніж у дітей з функціональною дислалією (до 24%) і дітей з нормальною мовою (8%).

2. У дітей з нормальною мовою і функціональною дислалією відхилень з боку центральної нервової системи не виявлялося. При легких формах дизартрії неврологічна симптоматика в мовної системі виявлялася не грубою: у вигляді стертих парезів, гіпперкінезів і порушення м’язового тонусу в артикуляційних і мімічних м'язах. Порушення з боку вегетативної нервової системи особливо наголошувалося у дітей з легкою формою дизартрії, меншою мірою при функціональній дислалії.

3. Порівняльне дослідження психічних процесів (уваги, пам’яті, мислення) у досліджуваних дітей показало, що різниця між досліджуваними групами проявляється не тільки в порушенні однієї локальної функції - порушення мовлення, але і в сукупності всіх психічних процесів. Порушення невро-психічних функцій значно більше виявлялося при легких формах дизартрії, ніж при функціональної дислалии.

4. Докладне дослідження нервової системи та виявлення симптомів органічного ураження (при стертих формах дизартрії) показало, що в цих випадках затримується темп психічного розвитку дитини, що вимагає більш активного медико-педагогічного впливу.

5. Проведене дослідження психологічних особливостей у дітей з легкою формою дизартрії і функціональної дислалией показало, що робота логопеда не повинна обмежуватися постановкою і виправленням тільки дефектних звуків, але повинна мати більш широкий діапазон корекції особистості дитини в цілому.

|  |  |
| --- | --- |
| **Алалія** | **Дизартрія** |
| **Загальна характеристика вимови звуків** |  |
| 1.Достатня збереження моторної діяльності артикуляційного апарату. 2.Переважно фонематичні порушення, проявляються на знаковому рівні діяльності артикуляційного механізму 3.Різнотипові порушення звуковимови. 4. Багато звуків , схильні до порушень(спотворення, заміни, пропуски) , мають одночасно правильну вимову. 5.В порушені звуковимови домінуює заміна звуків. | 1.Виражене порушення артикуляційного механізму 2. Переважно характерні фонетичні порушення. 3.Ізольовані звуки, схильні до порушень, не мають одночасно і правильної звуковимови. 4. Однотипні порушення вимови звука( тільки його спотворення, заміна або пропуск). 5.В порушенні вимови домінують спотворення звуків. |
| **Спотворення звуків** |  |
| 1.Спотворення незначної кількості звуків. 2. Спотворення переважно складних за артикуляцією звуків. 3.Для деяких спотворюваних звуків притаманне існування вірної артикуляції. | 1.Спотворення великої кількості звуків. 2.Спотворення і простих, і складних за артикуляцією звуків. 3.Всі спотворені звуки мають властивість постійного спотворення. |
| **Заміна звуків** |  |
| 1.Заміна артикуляційно складних звуків. 2.Постійні заміни звука. 3. Різноманітні заміни звука. 4.Взаємозаміни звука порівняно часті. | 1.Заміни переважно артикуляційно складних звуків. 2.Постіні заміни звука. 3.Однообразні заміни звука. 4.Взаємозаміни звука порівняно рідкісні. |
| **Пропуск звуків** |  |
| 1.Непостійні пропуски. 2.Пропуски як артикуляційно складних, так і простих звуків. | 1.Постійні пропуски. 2.Пропуски переважно артикуляційно складних звуків. |

**Диференційна діагностика моторної та сенсорної алалії**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Критерії порівняння | Моторна алалія | Сенсорна алалія |
| Сприйняття мови | Сприйняття мови обережно на перцептивному рівні | Грубо порушено |
| Розуміння мови | Розуміння мови відповідає віку, можливо без опори на зорове сприйняття артикуляції | Розуміння мови порушено, може незначно покращаться при зоровому сприйнятті артикуляції мовця |
| Слухова увага | Збережно | Порушено |
| Ехолалія | Відсутня | Присутня |
| Повторення почутого | Можуть повторити слово, фразу | Повторюють, не розуміючи сенсу промовленого слова |
| Комунікація | Відзначається прагнення до мовної комунікації (невербальної та вербальної) | Небажання (і неможливість) вступати в спілкування |
| Міміко-жестикуляторная мова | Активне використання жестів, виразна міміка | Відсутність жестів і амимичность або невиразність міміки |
| Наявність компенсаторних засобів | Як компенсаторні засоби виступають мелодика, звуконаслідування, «звукові жести» | Відсутність компенсаторних засобів |
| Динаміка поліпшення мови | Відзначається динаміка в оволодінні промовою при її спонтанному і направленому формуванні | Вкрай низький темп при направленому формуванні мови |

 Диференційна діагностика алалій із іншими порушеннями психофізичного розвитку – надзвичайно складна, проте необхідна складова логокорекційної роботи. Тільки вміючи правильно визначити форму алалії, знаючи психологічні механізми, що лежать в її основі, особливості психофізичного, зокрема мовленнєвого, розвитку алаліків, учитель-логопед зможе спланувати та в повній мірі реалізувати усі напрями корекційно-розвивальної роботи.

**Відмінність моторного (експресивної) алалії від слухонемоти.**

 При експресивній алалії: збереження слухової функції; можливість (правда, обмежена і в цілому дефектно виявляється) спонтанного засвоєння мови; наявність навіть у важких випадках елементарної звукової мови (окремих слів-коренів, псевдослів, звуконаслідувань). У глухого ж поза спеціального навчання мова не проявляється; збережена просодія (мелодика, ритм, паузація, наголос), у глухих вона порушена; міміка − жестікуляторна мова зазвичай супроводжується словами (якщо вони у дитини є) і невербальними вокализаціями, чого не спостерігається у глухих.

**Відмінність моторного (експресивної) алалії від затримки мовного розвитку.**

 При експресивної алалії: є не тільки затримка темпу нормального засвоєння мови, але, перш за все, патологічний розвиток мови - порушення структурно-функціональної сторони мови; виражені порушення в синтаксичної, морфологічної, лексичної і фонематичної підсистемах мови, які не в повній мірі відповідають специфіці дитячого мовлення на ранніх етапах її розвитку; діти із затримкою мовного розвитку нерідко спонтанно, поза спеціального навчання, повноцінно оволодівають мовою, чого зазвичай не спостерігається у дітей з алалією.

**Відмінність моторного (експресивної) алалії від фонематичної дислалії.**

При фонематичної дислалії основними симптомами є непостійні і різноманітні заміни, пропуски і перестановки звуків. Вони виступають як часткові розлади мовної системи.

 Для алалії характерно розлад всієї системи мови (фонематичної, граматичної і лексичної підсистем). У частини дітей з алалією відзначається переважне розлад якійсь із них. На пізніх етапах розвитку алалії, коли в мові деяких дітей виявляються тільки фонематичні порушення, а розлади інших підсистем мови можуть бути відсутніми або ж бути невираженими, виникають труднощі в розрізненні фонематичної дислалії і алалії. У таких випадках вирішальне значення для диференціального діагнозу має анамнез.

**Відмінність моторного (експресивної) алалії від анартрія і дизартрії.**

 У дітей з алалією моторний рівень мовотворення повністю або частково збережений і потенційно дозволяє їм здійснювати артикуляційний акт. У дітей з анартрія і дизартрією порушення артикуляції компонента мови становить суть їх патології. При алалії розбудовується вся система мови, при анартрія і дизартрії − тільки одна з його підсистем, фонетична (це не виключає того, що у деяких з цих дітей одночасно може бути і алалія). При алалії розлади вимови звуків є наслідком порушення провадження фонематичних операцій − вибору і комбінування одиниць. У дітей же з анартрією і дизартрією розлади вимови звуків викликані насамперед порушеннями фонетичних (моторних) операцій.

 У наступному порівнянні зіставляються алалія і дизартрія. При алалії багато звуки, схильні до порушень (спотворень, замін, перепустками, повторенням і перестановок), мають одночасно правильну вимову; при дизартрії тільки поодинокі звуки мають одночасно правильну вимову. При алалії переважають різнотипні порушення вимови звуків (співіснування його спотворення, заміни, пропуску та ін.), При стертою дизартрії переважають однотипні порушення (або тільки спотворення, або заміна, або пропуск і т. Д.). При алалії в порушеннях вимови домінують заміни звуків, при стертою дизартрії домінують спотворення. При алалії спостерігаються спотворення невеликої кількості звуків, при стертою дизартрії переважають спотворення звуків.

 При алалії спотворюються переважно складні за артикуляцією звуки, при стертою дизартрії відбувається спотворення як складних, так і простих по артикуляції звуків; при алалії може бути і спотворене, і правильну вимову одних і тих же звуків, при стертою дизартрії для всіх перекручених звуків характерно постійне спотворення; при алалії спостерігаються заміни артікуляторно складних і артікуляторно складних і простих звуків, при стертою дизартрії − заміни переважно артікуляторно складних звуків; при алалії переважають непостійні і постійні заміни звуків, як правило, різноманітні, при стертою дизартрії − одноманітні заміни.

 При алалії взаємозаміни звуків досить часті, при стертою дизартрії - порівняно рідкісні; при алалії переважають непостійні пропуски звуків, при стертою дизартрії - постійні пропуски; при алалії спостерігаються пропуски і артікуляторно складних, і простих звуків, при стертою дизартрії − переважно артікуляторно складних звуків.

 При моторної алалії повторення звуків досить часті, при стертою дизартрії відносно рідкісні; то ж відноситься до перестановок.

При алалії вимова звука в складі складів повністю або щодо сохранно, а в складі слів часто порушено, при стертою дизартрії - порушення звуку і в складах, і в словах.

**Відмінність моторного (експресивної) алалії від дитячої моторної афазії.**

 Відмінність в анамнезі: дія патологічних факторів при алалії спостерігається в пренатальниі і ранній постнатальний (до 3-х років) періоди, при дитячій афазії − після 3-х років. При алалії є недорозвинення мови як системи, при дитячій афазії спостерігається велика вибірковість ураження будь-якої підсистеми (лексичної, граматичної, фонематичної). При алалії необхідний цілеспрямований корекційний розвиток мовної функціональної системи, при дитячій афазії можливо спонтанне відновлення мовлення.

 При дитячої афазії яскравіше виражені симптоми локальних уражень головного мозку.

**Відмінність моторного (експресивної) алалії від органічної (механічної) дислалії.**

При алалії неправильно функціонують всі мовні підсистеми, при органічної дислалії неправильно функціонує насамперед фонетична підсистема. При алалії спостерігаються непостійні і різноманітні заміни, пропуски, перестановки і повторення звуків при збереженій, як правило, просодії. Причому ці симптоми у дітей з алалією обумовлені не сенсо-моторними розладами, а розладами структурно-функціональної сторони мови, і тому можуть бути кваліфіковані як фонематичні (на відміну від сенсомоторно-фонетичних). При органічній дислалії в основному характерні спотворення вимови звуків і порушення просодики.