Этапы коррекционной работы при стертой форме дизартрии (По Архиповой Е. Ф.)

Вопросами **коррекции дизартрии** занимались многие специалисты: О.В. Правдина, Е.М. Мастюкова, К.А. Семенова, Л.В. Лопатина, Н.В. Серебрякова, Е.Ф. Архипова. Все авторы отмечают необходимость проведения специфической целенаправленной работы по развитию обшей моторики, **артикуляционной моторики**, мелкой моторики пальцев рук, а также проведение пальцевой гимнастики, дыхательных и голосовых упражнений.

Логопедическая работа по устранению стертой дизартрии может включать в себя пять этапов.

1-й этап - подготовительный.
Целью этого этапа является подготовка **артикуляционного аппарата** к формированию артикуляционных укладов. Он включает в себя шесть направлений:
1) нормализация мышечного тонуса,
2) нормализация моторики артикуляционного аппарата,
3) нормализация речевого выдоха, выработка плавного, длительного выдоха,
4) нормализация голоса,
5) нормализация просодики,
6) нормализация мелкой моторики рук.

2-й этап - выработка новых произносительных умений и навыков. Направления:
1) выработка основных артикуляционных укладов,
2) определение последовательности работы над звуками,
3) развитие фонематического слуха,
4) постановка звука,
5) автоматизация,
6) дифференциация (дифференциация на слух; дифференциация артикуляции изолированных звуков; произносительная дифференциация на уровне слогов, слов).

3-й этап - выработка коммуникативных умений и навыков.
Направления:
1) выработка самоконтроля,
2) тренировка правильных речевых навыков в различных речевых ситуациях.

4-й этап - преодоление или предупреждение вторичных нарушений.

5-й этап - подготовка к обучению в школе.
Направления:

1) формирование графомоторных навыков,
2) развитие связной речи,
3) развитие познавательной деятельности и расширение кругозора ребенка.

Проблема выявления и коррекции стертой дизартрии продолжает оставаться актуальной до настоящего времени. В литературе имеются многочисленные указания на то, что в **логопедической практике** у детей наблюдаются недостатки произношения, которые по симптоматике напоминают дислалию, но имеют более длительную и сложную динамику устранения. Изучение стертой дизартрии является предметом исследования медицинских, педагогических и лингвистических дисциплин.

Впервые вопрос о нетипичных нарушениях произношения, для коррекции которых необходимы длительные занятия, был поставлен во второй половине XIX века Г. Гуцманом, который отметил общие признаки таких расстройств, проявлявшихся в «смытости, стертости артикуляции». В 1879 году А. Куссмаулем был детально описан ряд форм расстройств речи, среди которых он изучил особый род нарушений звукопроизношения у детей и назвал их «дизартрия». Им были выделены различные **проявления дизартрии**: расстройство артикуляции и расстройство дикции. Первое назвали дизартрией, а второе - дисфазией. В дальнейшем различными отечественными и зарубежными авторами было отмечено, что существует группа детей с нарушениями формирования звуковой стороны речи, симптоматика и природа которых не соответствует ни дислалии, ни дизартрии.

Термин «стертая» дизартрия впервые был предложен О.А. Токаревой, которая характеризует **проявления «стертой дизартрии»** как легкие (стертые) проявления «псевдобульбарной дизартрии», которые отличаются особой трудностью преодоления. По ее мнению, обычно эти дети большинство изолированных звуков могут произносить правильно, но в речевом потоке слабо автоматизируют их и недостаточно дифференцируют. Было отмечено, что артикуляционные движения у этих детей могут нарушаться своеобразно: при ограничении движений языка и губ наблюдается неточность движений и недостаточность их силы. Вялость и приблизительность движений характерны для одних случаев, а в других - неточность движений объясняется гиперкинезами языка.

Позднее М.П. Давыдовой было предложено несколько измененное определение стертой дизартрии: «нарушения звукопроизношения, вызванные избирательной неполноценностью некоторых моторных функций речедвигательного аппарата, а также слабостью и вялостью артикуляционной мускулатуры, можно отнести к легкой стертой псевдобульбарной дизартрии». Она отмечает, что в практике школьных логопедических пунктов преобладает легкая,

так называемая **стертая дизартрия**. Недостатки произношения носят самый разный характер, и все же основной признак этого нарушения - смазанность, размытость, нечеткость артикуляции, которые особенно резко обнаруживаются в потоке речи.

Для диагностики данного нарушения необходимо обращать внимание на наличие неврологической симптоматики и проводить динамическое наблюдение в процессе **коррекционной работы**: если в ходе амбулаторного обследования психоневролог сразу обнаруживает органическую неврологическую симптоматику, то такие формы правомерно отнести к дизартрии. Часто встречаются дети, у которых при однократном обследовании каких-либо симптомов не отмечается.

Иное определение подобного нарушения речи предложено А.Н. Корневым. Он определяет это расстройство как избирательные, негрубые, но довольно стойкие нарушения звукопроизношения, которые сопровождаются легкими, своеобразными нарушениями иннервационной недостаточности **артикуляционных органов**. При них нет тотальных полиморфных нарушений звукопроизношения (как при дизартрии у детей с ДЦП), нет выраженных нарушений тонуса и сократительной способности артикуляционных мышц. Корнев считает, что эта категория нарушений произносительной стороны речи занимает промежуточное положение между дислалией и дизартрией, что терминологическое обозначение данного речевого нарушения не отражает клиническую и нозологической самостоятельности данной группы. Для подобного типа нарушения речи Корневым предложен термин «вербальная диспраксия».

В зарубежной литературе (Монделаерс Б.Ж.) для подобных нарушений используется понятие «речевая или артикуляционная диспраксия развития» (Developmental apraxia of speech - DAS). Определяют DAS как нарушение контроля за речевыми движениями. Монделаерс пользуется таким определением изучаемого речевого нарушения: «Диспраксия - это **расстройство речи** нейрогенного происхождения, но в отличие от дизартрии это расстройство связано не только с двигательными нарушениями».
В отечественной логопедии термин «артикуляционная диспраксия развития» используется мало, его обычно применяют для определения механизмов некоторых форм речевого недоразвития, в том числе и стертой дизартрии. Для описания указанных нарушений и их обозначения предлагают различные термины: артикуляторная диспраксия, центральная органическая или осложненная дислалия, апраксическая дизартрия.

И.Б. Карелиной введена новая терминология, где **стертая дизартрия** трактуется как минимальные дизартрические расстройства - МДР.
Среди причин, вызывающих стертую дизартрию, различными авторами были

выделены следующие:
1. Нарушение иннервации **артикуляционного аппарата**, при которой отмечается недостаточность отдельных мышечных групп (губ, языка, мягкого неба); неточность движений, их быстрая истощаемость вследствие поражения тех или иных отделов нервной системы.
2. Двигательные расстройства: трудность нахождения определенного положения губ и языка, необходимого для произнесения звуков.
3. Оральная апраксия.
4. Минимальная мозговая дисфункция.

Легкие формы дизартрии могут наблюдаться у детей без явных двигательных расстройств, перенесших легкую асфиксию или родовую травму, а также имеющих в анамнезе другие нерезко выраженные неблагоприятные воздействия в период внутриутробного развития или родов. В этих случаях легкие, «стертые» формы дизартрии сочетаются с другими признаками минимальной мозговой дисфункции, т.е. рассматриваются как один из симптомов ММД.

Впервые попытка классификации форм стертой дизартрии была сделана Е.Н. Винарской и А.М. Пулатовым на основе классификации дизартрии, предложенной О.А. Токаревой. Авторами выделена легкая псевдобульбарная дизартрия и отмечено, что пирамидные спастические параличи у большинства детей сочетаются с разнообразными гиперкинезами, обостряющимися в процессе речи. На слух такая речь звучит невнятно, монотонно и невыразительно, нередко она характеризуется повышенной громкостью, замедленностью и напряженностью. В данной классификации на первый план выступает лишь степень нарушения, но не учитываются механизмы и нозология.

В исследованиях Е.Ф. Соботович и А.Ф. Чернопольской впервые отмечено, что недостатки звуковой стороны речи у детей со «стертой дизартрией» проявляются не только на фоне неврологической симптоматики, но и на фоне нарушения двигательной стороны процесса звукопроизношения. Определена типология расстройств в зависимости не только от неврологической симптоматики, двигательных нарушений, но и фонематического и общего развития при различных формах дизартрии легкой степени. В зависимости от проявлений нарушений двигательной стороны процесса произношения и с учетом локализации паретических явлений органов; артикуляционного аппарата, авторы выявили четыре группы детей и выделили следующие виды стертой дизартрии:
- нарушения звукопроизношения, вызванные избирательной неполноценностью некоторых моторных функций речедвигательного аппарата (I группа);
- слабость, вялость артикуляционной мускулатуры (II группа).
Эти две группы относятся к стертой форме псевдобульбарной дизартрии.
- клинические особенности нарушений звукопроизношения, связанные с затруднением в выполнении произвольных двигательных актов (III группа), авторы

от носят к корковой дизартрии;
- дефекты звуковой стороны речи, имеющиеся у детей с различными формами моторной недостаточности (IV группа), отнесены к смешанным формам дизартрии.

Попытка классифицировать стертую дизартрию с позиции нейролингвистического и нейропсихологического подходов была сделана Корневым. В качестве теоретической основы данной классификации была использована теория Н.А. Бернштейна об уровневой организации движений и их развитии в онтогенезе.

Бернштейн разработал теорию организации движений, включающую субкортикальные и кортикальные уровни, и отнес речь к высшему уровню организации движений - кортикальному речедвигательному уровню. Им было показано, что, поскольку человек совершает движения, различающиеся по степени произвольности, по участию в двигательном акте речи, то и степень управления этими движениями различна. Бернштейн определил следующие этапы выполнения произвольного движения. 1. На начальном первом этапе осуществляется восприятие и оценка ситуации самим индивидом, включенным в данную ситуацию. 2. На втором этапе намечается двигательная задача или образ того, что должно быть. Уяснение будущего движения служит основанием для оформления задачи и программирования ее решения в моторном плане. 3. На третьем этапе происходит программирование решения определившейся задачи. 4. На четвертом этапе осуществляется фактическое выполнение движения: человек преодолевает все избыточные степени движения, превращает его в управляемую систему и выполняет нужное целенаправленное движение. Это возможно в том случае, если индивид овладел координацией движений, т.к. именно она является центральным звеном движения. Нарушение одного из компонентов координации ведет к нарушению движения, например, несоразмерность движения вызывает дизметрию, нарушение плавности движения - атаксию.
Координация движений развивается постепенно на основе опыта и упражнений, поскольку это сложный сенсомоторный акт, начинающийся с афферентного потока и кончающийся адекватным центральным ответом.

Корнев, таким образом, выделяет:
- дисфонетическую диспраксию, обусловленную дисфункцией I уровня организации праксиса;
- дисфонологическую диспраксию, обусловленную неполноценностью созревания II уровня;
- вербальную диспраксию, обусловленную неполноценностью высшего, III уровня организации праксиса речи.