**Оглавление**

Введение

1. Особенности дифференциальной диагностики стертой формы дизартрии, дислалии

* 1. Диагностика стертой дизартрии
  2. Классификации форм стертой дизартрии

1.3Особенности дифференциальной диагностики дислалии

2. Дифференциальная диагностика стертой формы дизартрии и дислалии

* 1. Исследования отечественных логопедов по вопросу дифференциальной диагностики стертой формы дизартрии и дислалии

Заключение

Список литературы

**Введение**

Речь – одна из основных психических функций человека, любые её нарушения являются объектом изучения различных наук: педагогики, психологии, логопедии, нейропсихологии, нейролингвистики и других.

С каждым годом логопедическая наука развивается и вносит различные коррективы в методики, документацию и т.д. Но, тем не менее, опыт авторов прошлых столетий остается неизменным, являясь базой для развития данной науки в целом.

Тема моей курсовой работы «Дифференциальная диагностика стертой формы дизартрии и дислалии». Выбор темы обусловлен её актуальностью и недостаточной изученностью проблемы, которая требует специального рассмотрения в научном и методическом аспектах.

Например, после проведенного обследования логопед стоит перед задачей постановки диагноза, и от того, как правильно он его поставит, будет зависеть вся дальнейшая коррекционная работа. Но часто логопед затрудняется это сделать по той причине, что одно нарушение речи по своей этиологии сходно с другим нарушением. И для этого, прежде всего, необходимо, знать, какими проявлениями обладает одно нарушение, а какими другое.

Таким образом, я хотела бы сказать о том, что вопрос дифференциальной диагностики стертой формы дизартрии и дислалии находится в стадии разработки, и мне как будущему логопеду было интересным внести небольшую ясность в рассмотрение данной проблемы.

Широкий анализ практики показал, что стертые формы дизартрии довольно часто смешивают с дислалией. Однако при детальном изучении встречаются различия. Впервые на это обратил внимание Г. Гуцман, доказав, что, например, коррекция звукопроизношения в отличие от дислалии при дизартрии вызывает определенные трудности (12, стр. 102).

В своей курсовой работе я не ставила целью рассмотреть вопросы дифференциальной диагностики каждого из этих нарушений речи в отдельности. Наоборот, старалась показать в сравнении, какими проявлениями обладает стертая форма дизартрии, а какими дислалия. Полученные данные для удобства я сгруппировала в таблицы, которые наглядно отражают сущность данного вопроса.

И так, что такое стертая форма дизартрия? Основные проявления стертой формы дизартрии? Какие классификации ее существуют? Чем дифференциальная диагностика стертой формы дизартрии различается с дислалией, и, наоборот, чем схожа. На эти и многие другие вопросы я попыталась ответить в данном курсовом проекте.

Вопросу стертой формы дизартрии я уделила большее внимание, нежели дислалии. Так как изучение дислалии ведется с 30-х годов XIX столетия, то за это время накопилось большое количество научного и методического материала. Многие авторы считали своим долгом внести лепту в изучение данного нарушения. Однако обзор данных литературы свидетельствует, что стертые формы дизартрии остаются недостаточно изученными, не разработан системный подход к коррекции данного речевого нарушения.

Таким образом, до настоящего времени недостаточно систематизированы методы дифференциальной диагностики стертой формы дизартрии и сходных состояний (дислалии).

**1. Вопросы дифференциальной диагностики стертой формы дизартрии, дислалии**

**1.1 Диагностика стертой формы дизартрии**

Распространенным речевым нарушением среди детей дошкольного возраста является **стертая дизартрия**, которая имеет тенденцию к значительному росту. Она часто сочетается с другими речевыми расстройствами (заиканием, общим недоразвитием речи и др.). Это речевая патология, проявляющаяся в расстройствах фонетического и просодического компонентов речевой функциональной системыи возникающая вследствие невыраженного микроорганического поражения головного мозга (6).

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.

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.

Как я уже говорила, диагностика стертой формы дизартрии и методика коррекционной работы разработаны пока недостаточно. В работах Г.Г. Гутцмана, О.В. Правдиной, Л.В. Мелеховой, О.А. Токаревой, И.И. Панченко, Р.И. Мартыновой рассматриваются вопросы симптоматики дизартрических расстройств речи, при которых наблюдается «смытость», «стертость» артикуляции. Авторы отмечают, что стертая дизартрия по своим проявлениям очень похожа на сложную дислалию(1, стр. 8 – 9).

Дифференциальная диагностика стертой дизартрии чрезвычайно затруднена. Нарушения фонетической стороны речи при стертой дизартрии, внешне сходные с другими звукопроизносительными расстройствами, вместе с тем имеют свой специфический механизм. Выраженные нарушения звукопроизношения при стертой дизартрии с трудом поддаются коррекции и отрицательно влияют на формирование фонематической и лексико-грамматической сторон речи, затрудняют процесс школьного обучения детей. В то же время своевременная коррекция нарушений речевого развития является необходимым условием психологической готовности детей к обучению в школе, создает предпосылки для наиболее ранней социальной адаптации дошкольников с нарушениями речи (7).

**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.

При диагностике отличить легкую степень дизартрии от сходных с ней нарушений часто бывает очень трудно, поскольку ряд симптомов дизартрии по форме почти идентичен симптомам иных расстройств речевой деятельности. Трудности усугубляются и тем, что дизартрия часто проявляется в структуре различных неврологических и психопатологических синдромов (детский церебральный паралич, синдром минимальной мозговой дисфункции, синдром психофизической расторможенности, задержка психического развития, олигофрения и др.) и вместе с тем сосуществует с другими речевыми нарушениями (алалией, ринолалией, заиканием). Однако это крайне важно, так как от постановки правильного диагноза в большой мере зависят выбор адекватных направлений коррекционно-логопедического воздействия на ребенка с легкой степенью дизартрии и соответственно эффективность этого воздействия.

Мне бы хотелось привести сравнение легкой степени дизартрии в принципе с близким к ней нарушением – тяжелой степенью дизартрии, на основе речевых и неречевых признаков.

Стертая форма дизартрии чаще всего диагностируется после пяти лет.

Для раннего выявления стертой дизартрии и правильной организации комплексного воздействия необходимо знать симптомы, характеризующие эти нарушения. Обследование ребенка начинается с беседы с мамой и изучения поликлинической карты развития ребенка. Анализ анамнестических сведений показывает, что имеют место: отклонения во внутриутробном развитии (токсикозы, гипертония, невропатия и др.); асфиксия новорожденных; стремительные или затяжные роды. Со слов мамы, «ребенок закричал не сразу, ребенка приносили кормить позже, чем всех».

При обследовании в поликлинике у логопеда у детей в возрасте 5–6 лет со стертой дизартрией выявляются следующие симптомы.

В ряде случаев для диагностики минимальных проявлений дизартрии помогают функциональные пробы (3, стр. 11).

Проба 1. Ребенка просят открыть рот, высунуть язык вперед и удерживать его неподвижно по средней линии и одновременно следить глазами за перемещающимся в боковых направлениях предметом. Проба является положительной и свидетельствует о дизартрии, если в момент движений глаз отмечается некоторое отклонение языка в эту же сторону.

Проба 2. Ребенка просят выполнять артикуляционные движения языком, положив при этом руки на его шею. При наиболее тонких дифференцированных движениях языка ощущается напряжение шейной мускулатуры, а иногда и видимое движение с закидыванием головы, что свидетельствует о дизартрии.

При помощи такого специального, углубленного обследования выявляются негрубые парезы лицевой мускулатуры, препятствующие нормальному формированию артикуляций. Таким образом, все случаи нарушений звукопроизношения такого патогенеза следует рассматривать как расстройства дизартрического ряда.

**1.2 Классификации форм стертой дизартрии**

Впервые попытка классификации форм стертой дизартрии была сделана **Е.Н. Винарской** и **А.М. Пулатовым** на основе классификации дизартрии, предложенной О.А. Токаревой. 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** 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** ивыделили 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 относят к корковой дизартрии;
* дефекты звуковой стороны речи, имеющиеся у детей с различными формами моторной недостаточности **(IV группа),** отнесены к смешанным формам дизартрии.

**1.3 Особенности дифференциальной диагностики дислалии**

В настоящее время термин дислалия приобрел международный характер, хотя его содержание, а также виды нарушений, определяемых им, не всегда совпадают. Эти несовпадения связаны с тем, какие основания берутся исследователями при описании нарушений: анатомо-физиологические, психологические или лингвистические. В традиционных описаниях, в которых используются клинические критерии, различные произносительные нарушения типа дислалии рассматриваются нередко как рядоположные. Описания, в основу которых положены психологические и лингвистические критерии, в понятие дислалии включают то разные ее формы и виды, то фонетические и фонетико-фонематические нарушения звукопроизношения (например, в работах Р.Е. Левиной) (11).

Критический анализ учения о дислалии с современных научных позиций требует пересмотра установившихся в логопедии представлений. Произносительные дефекты по своему нейрофизиологическому и психологическому механизму, по вызывающим их причинам, по роли в общем речевом развитии ребенка и методам преодоления, нередко оказываются различными (9).

Основной целью логопедического воздействия при дислалии является формирование умений и навыков правильного воспроизведения звуков речи. Чтобы правильно воспроизводить звуки речи (фонемы), ребенок должен уметь: узнавать звуки речи и не смешивать их в восприятии (т.е. отличать один звук от другого по акустическим признакам); отличать нормированное произнесение звука от ненормированного: осуществлять слуховой контроль за собственным произнесением и оценивать качество воспроизводимых в собственной речи звуков.

Нередко в картине речевого нарушения одновременно встречаются сочетания нескольких симптомов различного характера, что находит свое отражение и в диагностике. Например, достаточно частый диагноз – косноязычие, дислалия, заикание с косноязычием или дислалия с заиканием – не отражает истинной картины речевого состояния, а является только симптоматическим диагнозом, не раскрывающим природы ни косноязычия, ни заикания. С тех пор как клиника речевых расстройств, опираясь на данные таких наук, как невропатология, патофизиология и психология, завоевала свое право на самостоятельное существование, примитивное деление всех случаев логопатии на косноязычие и заикание уступает место более глубокому пониманию каждого вида этих нарушений. Теперь все более и более уделяется внимание причинной зависимости формы речевого нарушения от его патогенеза.

На мой взгляд, не является существенным рассмотрение каждой из форм дислалии, т.к. сущность каждой из них хорошо изучена в трудах многих авторов М.Е. Хватцева, О.В. Правдиной, С.С. Ляпидевского, Б.М. Гриншпуна и многих других. Я думаю целесообразно сгруппировать все формы дислалии в таблицу, в которой отражены принципы деления данного речевого нарушения (10).

Я хотела бы отметить, что в логопедической работе при механической дислалии неблагоприятными оказываются смешанные случаи, когда, кроме дефекта, в строении периферического аппарата речи имеется еще стертая форма дизартрии. В таких случаях исправление речи сильно замедляется, и иногда не удается сформировать правильное произношение всех звуков речи.

Что касается группы речевых расстройств, которые иногда диагностируются как органическая, или центральная, дислалия, то при анализе таких форм отмечается ряд трудностей (20). Конечно, в тех случаях, когда психоневрологом при кратком амбулаторном обследовании выявлена выраженная органическая неврологическая симптоматика, то тогда эти формы правомерно относят к дизартриям. Но так бывает далеко не всегда. В практике логопедической работы мы встречаемся с такими детьми-логопатами, у которых врачебное (психоневрологическое) обследование чаще не отмечает симптомов органического поражения нервной системы и им ставится диагноз – дислалия. Когда же логопед начинает систематическую работу с таким ребенком, то в динамике ее открывается ряд особенностей, ускользающих при первом амбулаторном исследовании, а именно: различное положение языка в полости рта в состоянии покоя и ограниченность, неточность и слабость движений языка.

Исправление произношения при функциональной форме дислалии проходит без особого труда в короткий срок (от нескольких занятий до одного месяца). Новое произношение легко усваивается ребенком, и он забывает о своем неправильном произношении (17).

Выводы:

1. Стертая дизартрия – одно из самых распространенных речевых нарушений, встречающихся в логопедической практике.

2. Вопросы диагностики и содержания коррекционной работы с детьми со стертой дизартрией остаются недостаточно разработанными как в теоретическом, так и в практическом плане.

3. Сложная структура речевого нарушения при стертой дизартрии требует комплексного подхода в организации и проведении коррекционных мероприятий.

4. Изучение стертой дизартрии является предметом исследования медицинских, педагогических и лингвистических дисциплин. Вместе с тем вопрос терминологии данного нарушения в разных направлениях исследований трактуется по-разному.

5. Таким образом, в специальной литературе выбор термина, определяющего стертую дизартрию, остается дискуссионным.

# В отечественной логопедии сложилась концепция дислалии как такого вида нарушений звукопроизношения, который не обусловлен органическими нарушениями центрального порядка. Является наиболее распространенным дефектом речи (9).

1. Важно отметить, что устранить дислалию необходимо еще в дошкольный возраст, т.к. она может повлечь за собой целый ряд осложнений и вызвать другие дефекты устной и письменной речи. В концепции дислалии функционально обусловленные нарушения произношения и органически обусловленные нарушения (при анатомических аномалиях органов артикуляции) разделены на самостоятельные формы дислалии. Для современной логопедии продолжает оставаться актуальным поиск методически оправданных путей выработки правильного звукопроизношения.
2. Так или иначе, «дислалия у детей зависит не столько от несовершенства функций их слухового анализатора, сколько от трудностей выработки соответствующих артикуляционных укладов, т.е. от трудностей выработки сложной координации движений органов речевой артикуляции».

**2. Дифференциальная диагностика стертой формы дизартрии и дислалии**

**2.1 Исследования отечественных логопедов по вопросу дифференциальной диагностики стертой формы дизартрии и дислалии**

Среди разнообразных речевых нарушений в детском возрасте большую трудность для дифференциальной диагностики и логопедической работы представляют функциональная дислалия и легкая форма дизартрии.

При выборе адекватной методики коррекции и для достижения максимального результата логопедической работы по преодолению нарушений фонетической стороны речи актуальными являются вопросы дифференциальной диагностики внешне сходных по проявлениям артикуляторных расстройств.

Обзор данных литературы свидетельствует, что стертые формы дизартрии остаются недостаточно изученными, недостаточно освещен вопрос дифференциальной диагностики стертых форм дизартрии и сложной дислалии, не разработан системный подход к коррекции данного речевого нарушения (3, с. 11).

Чтобы отграничить стертые формы дизартрии от сложной дислалии, необходимо комплексное медико-педагогическое исследование: анализ медико-педагогической документации, изучение анамнестических данных.

Изучение дифференциальной диагностики стертой формы дизартрии и дислалии представляет интерес для неврологии и логопедии, и требует дальнейшей разработки приемов ранней неврологической и логопедической диагностики, совершенствования методов логопедической работы в доречевом периоде и в первые годы жизни с детьми, имеющими перинатальные поражения мозга, и с детьми группы риска, совершенствования методов коррекционной работы с детьми 5–6 лет, а также усиления взаимосвязи в работе невропатолога и логопеда.

Для рассмотрения вопроса дифференциальной диагностики данных нарушений речи мне показалось интересным изучить взгляды отечественных логопедов, таких как Поваляева М.А., Архипова Ф.Е., Мартынова Р.И. на данную проблему.

1. Поваляева М.А.

Широкий анализ практики показал, что стертые формы псевдобульбарной дизартрии довольно часто смешивают с дислалией (12, с. 102–103). Однако коррекция звукопроизношения при дизартрии вызывает определенные трудности. Анализ случаев детей с дислалией и легкой дизартрией показал, что для понимания данных речевых расстройств недостаточно изучение особенностей собственно речевого нарушения. Патология речи (нарушение звукопроизношения) ограничивает способности и социальные возможности ребенка, отражается на всей его личности, в ряде случаев является причиной отрыва от коллектива. Стесняясь своего речевого дефекта, ребенок становится замкнутым, неуверенным в своих силах и возможностях. Дефекты речи в большинстве случаев являются причиной неуспеваемости его в школе

Поваляева М.А.рассмотрела вопрос о схожести двух нарушений, доказав, что стертую форму дизартрии по праву можно отождествлять со сложной дислалией. Это явилось одним из главных шагов на пути изучения данной проблемы.

1. Мартынова Р.И. Благодаря этому логопеду было проведено всестороннее клинико-педагогическое исследование детей с функциональной дислалией, легкой дизартрией и детей с нормальной речью. Результаты данного исследования представлены в таблице (9).

По окончанию исследования можно сделать несколько выводов, о том, что:

1. Отставание в физическом развитии выявлялось значительно больше у детей с легкой формой дизартрии, чем у детей с функциональной дислалией… и детей с нормальной речью.

2. У детей с нормальной речью с функциональной дислалией отклонений со стороны центральной нервной системы не выявлялось. При легких формах дизартрий неврологическая симптоматика в речевой системе выявлялась негрубо: в виде стертых парезов, гиперкинезов и нарушения мышечного тонуса в артикуляционных и мимических мышцах. Нарушение со стороны вегетативной нервной системы особенно отмечалось у детей с легкой формой дизартрии, в меньшей степени при функциональной дислалии.

3. Сравнительное исследование психических процессов (внимания, памяти мышления) у исследуемых детей показало, что различие между исследуемыми группами проявляется не только в нарушении одной локальной функции – нарушении речи, но и в совокупности всех психических процессов. Нарушение нервно-психических функций значительно больше выявлялось при легких формах дизартрии, чем при функциональной дислалии.

4. Подобное исследование нервной системы и выявление симптомов органического поражения (при стертых формах дизартрии) показало, что в этих случаях задерживается темп психического развития ребенка, что требует более активного медико-педагогического воздействия.

5. Проведенное исследование психологических особенностей у детей с легкой формой дизартрии и функциональной дислалией показало, что работа логопеда не должна ограничиваться постановкой и исправлением только дефектных звуков, но должна иметь более широкий диапазон коррекции личности ребенка в целом.

1. Архипова Ф.Е. Именно Архипова Ф.Е. разработала параметры сравнения детей со стертой формой дизартрии и дислалией, внеся тем самым вклад в вопрос дифференциальной диагностики дизартрии и дислалии.
2. Общая моторика
   * У детей с легкой формой дизартрииотмечается моторная неловкость. Они плохо бегают, неловко переступают по ступенькам лестницы, часто спотыкаются. Отмечается некоторая недостаточность координации движений. У логопеда в кабинете при обследовании ребенок плохо стоит на одной ноге, не может прыгать на одной ноге.
   * У ребенка с дислалиейнет никаких нарушений со стороны моторики. Невропатолог при обследовании не обнаруживает у него неврологической симптоматики.
3. Мелкая моторика

* У ребенка с дизартриейпоздно формируются навыки самообразования. Плохо держат карандаш, сильно напрягают мышцы руки. И, наоборот, из-за снижения тонуса мышц рук, ребенок недостаточно нажимает на карандаш, линии рисунка вялые. При работе с вырезной картинкой сложенный рисунок сдвигается с места, части его точно не смещаются одна с другой. Кажется, что ребенок неаккуратен при выполнении работы, но на самом деле это нарушение моторики. Впервые проявляется дефект нарушения ориентировки на листе бумаги вследствие нарушения пространственных представлений. В школьном возрасте это приводит к зеркальному письму, недостаточной ориентировки в тетради. Дети могут испытывать трудности на уроке черчения в старшем возрасте при выполнении геометрических заданий. При обследовании ребенок не выполняет пальчиковые упражнения. Характерным является поиск движений, требующих тонкой дифференцированной работы пальцев: «замок», «коза».
* У ребенка с дислалиейсо стороны моторики таких нарушений нет.

1. Артикуляционный аппарат

* У ребенка со стертой дизартрией выявляются:
* гипертонус: лицо ребенка маскообразное, мышцы при пальпации твердые; губы – характерно положение верхней губы – она натянута и прижата к верхней десне, а во время речи она неподвижна; язык всегда толстый (или меняет форму «осеннего огурчика»); голос ослабленный, отсутствуют модуляции (не может изобразить как мычит корова); не выполняет задание «Эхо»; речь немного ускоренная; ослаблен речевой выдох; страдают согласные и гласные звуки.
* гипотонус: лицо гипомимично (мимика недостаточная); при пальпации мышцы лица дряблые; рот приоткрыт; ребенок не удерживает позу закрытого рта (но надо исключить лорпатологию); речевое дыхание поверхностное; ребенок не договаривает окончаний слов, как бы допускает грамматические ошибки, страдают обычно согласные.
* гиперсаливация: (повышенное слюноотделение) особенно при увеличении нагрузки. При этом надо исключить заболевания желудочно-кишечного тракта (гастриты, состояние голода).
* девиация языка (отклонение языка от средней линии) при функциональной нагрузке на речевой аппарат. Например, при выполнении упражнения «маятник» нужно посмотреть в какую сторону отклоняется язык.
* гиперкинезы: (насильственные движения языка) выделяются степени гиперкинезов: тяжелая (язык подергивается в переднее-заднем направлении), средняя (по языку пробегают волны, то в продольном, то в поперечном направлении, иногда, это наблюдается только при функциональной нагрузке), легкая (тремор кончика языка при функциональной нагрузке, иногда сопровождается цианозом – посинением).
* нарушение качества артикуляционных движений: движения выполняются, но страдает их качество; ослаблена мышечная сила (много щелчков языком сделать не может, страдает ритмичность); сокращено время удержания артикуляционной позы.
* У ребенка с дислалиейобычно нет таких симптомов.

1. Звукопроизношение
   * При стертой дизартриипостановка звуков ведется по классической схеме, т.е. способы те же, приемы, можно использовать фонетическую ритмику. Причем здесь звуки ставятся легко, но длителен процесс автоматизации. Иногда, приходится отрабатывать в спонтанной речи каждую позицию звука в слове.
   * При дислалиипостановка звука также ведется по классической схеме, но поставленный звук усваивается в речи ребенка надолго и не требует длительного процесса автоматизации.
2. Общее речевое развитие

* Детей со стертой дизартриейусловно можно разделить на три группы:
  + дети, у которых нарушено звукопроизношение, просодика, но у них хороший фонематический слух, богатая лексика, не нарушен грамматический строй языка – ФН (нарушение погранично с дислалией, их трудно дифференцировать).
  + дети, у которых не закончился процесс формирования фонематического слуха. Это группа ФФН + стертая форма дизартрии. Таких детей может быть до 50%.
  + дети, у которых недоразвитие фонематического слуха сказывается на недоразвитии слоговой структуры слова; бедный словарный запас, агграматизмы в речи. В 5 лет такой ребенок может сказать «на санок» вместо «на санках». Эта группа детей у которых формируется ОНР + стертая форма дизартрия. Их в группе с ОНР может быть 80%.

1. Просодика

* У детей со стертой формой дизартрииотмечается невнятная, неразборчивая речь – «каша во рту». Бедные интонации, тихий голос, иногда нозальный оттенок речи. Чаще темп речи быстрый, ускоренный, ребенок не договаривает окончаний слов и очень сокращает произношение гласных звуков (редуцирует до минимума). У ребенка угасающий голос, начинает говорить громко, спадает по мере речевой нагрузки. Интонационная окраска ухудшается. Для детей с дизартрий характерно ухудшение качества речи с увеличением нагрузки.
* У дислаликовс повторением упражнений качество речи улучшается.

Выводы:

1. Целым рядом наблюдений было установлено, что дети, страдающие неясной, непонятной, на первый взгляд как бы имеют тождественные дефекты. Однако глубокое изучение позволило выделить среди этих детей две группы (дизартрии и дислалии**)**, имеющие совершенно различную природу речевого дефекта.
2. Более детальное обследование необходимо при дизартрии, т.к. этот вид расстройства звукопроизношения обусловлен не только нарушением артикуляционной моторики, но и нарушением других компонентов речи. А двигательные расстройства артикуляционного аппарата более грубые и тяжелые по сравнению с дислалией. При дислалии грубых нарушений артикуляционного аппарата нет, а в ряде случаев артикуляционные нарушения отсутствуют вообще.
3. При дизартриях (за исключением стертых форм) выступает неврологическая симптоматика. Дети со стертой формой дизартрии напоминают дислаликов. Однако при обследовании обнаруживаются неблагоприятные факторы в анамнезе, органическая микросимптоматика в неврологическом статусе, а также затруднения при проведении логопедических мероприятий. Если при дислалии речевой дефект связан с неправильным произношением отдельных звуков или групп, то при дизартриях страдает не только звукопроизношение, но и голос, темп, плавность, модуляция, дыхание и т.д.
4. Случаи расстройства звукопроизношения, сочетающиеся с нарушением голоса и дыхания, нельзя рассматривать как сложную дислалию или задержку речевого развития. В этих случаях правильным является заключение: стертая форма дизартрии, при которой необходимо вести специальную комплексную коррекционную работу, сочетающуюся с массажем, ЛФК, специальной артикуляционной гимнастикой, направленной на развитие и укрепление артикуляционной мускулатуры, массажем артикуляционного аппарата.
5. Обобщив выводы всех авторов, которые занимались изучением вопросов, посвященных дизартрии и дислалии, отметим, что стертая дизартрия по своим проявлениям очень близка к сложной дислалии. Это хорошо иллюстрирует таблица.

**Заключение**

В своей курсовом проекте я подробно рассмотрела вопрос дифференциальной диагностики стертой формы дизартрии и дислалии. Цель найти сходства и различия в диагностике данных нарушений, я считаю достигнутой. Вопросы относительно стертой формы дизартрии я так же осветила в полной мере.

В результате проведенной работы я выяснила, что стертая дизартрия – одно из самых распространенных речевых нарушений, встречающихся в логопедической практике и вопросы диагностики и содержания коррекционной работы с детьми со стертой дизартрией остаются недостаточно разработанными как в теоретическом, так и в практическом плане.

Так же необходимо отметить, что целым рядом наблюдений было установлено, что дети, страдающие неясной, непонятной, на первый взгляд как бы имеют тождественные дефекты. Однако глубокое изучение позволило выделить среди этих детей две группы (дизартрии и дислалии), имеющие совершенно различную природу речевого дефекта.

Более детальное обследование необходимо при дизартрии, т. к. этот вид расстройства звукопроизношения обусловлен не только нарушением артикуляционной моторики, но и нарушением других компонентов речи. А двигательные расстройства артикуляционного аппарата более грубые и тяжелые по сравнению с дислалией. При дислалии грубых нарушений артикуляционного аппарата нет, а в ряде случаев артикуляционные нарушения отсутствуют вообще.

Дети со стертой формой дизартрии напоминают дислаликов. Однако при обследовании обнаруживаются неблагоприятные факторы в анамнезе, органическая микросимптоматика в неврологическом статусе, а также затруднения при проведении логопедических мероприятий. Если при дислалии речевой дефект связан с неправильным произношением отдельных звуков или групп, то при дизартриях страдает не только звукопроизношение, но и голос, темп, плавность, модуляция, дыхание и т.д.

Случаи расстройства звукопроизношения, сочетающиеся с нарушением голоса и дыхания, нельзя рассматривать как сложную дислалию или задержку речевого развития. В этих случаях правильным является заключение: стертая форма дизартрии, при которой необходимо вести специальную комплексную коррекционную работу, сочетающуюся с массажем, ЛФК, специальной артикуляционной гимнастикой, направленной на развитие и укрепление артикуляционной мускулатуры, массажем артикуляционного аппарата.

Таким образом, вопрос дифференциальной диагностики стертой формы дизартрии и дислалии на сегодняшний день остается открытыми и недостаточно изученным. Но так как логопедическая наука с каждым годом развивается, то не мало вероятно, что через несколько лет данный вопрос не будет являться проблемным.

**Список литературы**

1. Архипова Е.Ф. Стертая дизартрия. – М., 2006.
2. Гуровец Г.В., Маевская С.И. К вопросу диагностики стертых форм псевдобульбарной дизартрии // Вопросы логопедии, – М., 1982.
3. Карелина И.Б. Дифференциальная диагностика стертых форм дизартрий и сложной дислалии // Дефектология. – 1996. – №5. – С. 10–14
4. Логопедия: Учебн. для студ. дефектол. фак. пед. высш. ччебн. заведений /Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – 680 с. – (Коррекционная педагогика). С 173 – 177.
5. Логопедия. Методическое наследие: Пособие для логопедов и студ. дефектол. факультетов пед. вузов/ Под. ред. Л.С. Волковой: В 5 кн. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – Кн. 1: Нарушения голоса и звукопроизносительной стороны речи: В 2 ч. – Ч. 2. Ринолалия. Дизартрия. – 304 с. – (Библиотека учителя дефектолога). С 293 – 298.
6. Лопатина Л.В. Приемы логопедического обследования дошкольников со стертой формой дизартрии и дифференциация их обучения // Дефектология. – 1986. – №2. – С. 64 – 70.
7. Лопатина Л.В. Дифференциальная диагностика стертой дизартрии и функциональных расстройств звукопроизношения. Материалы конференции «Реабилитация пациентов с расстройствами речи». – С. – Пб., 2000. – С 177–182.
8. Мартынова Р.И. Сравнительная характеристика детей, страдающих легкими формами дизартрий и функциональной дислалией // Хрестоматия по логопедии: Учебное пособие для студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений: В 2 тт. Т. 1. / Под ред. Л.С. Волковой и В.И. Селиверстова. – М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 1997. – с. 214–218 (С сокращениями по публикации в сб.: Расстройства речи и методы их устранения. / Под. ред. С.С. Ляпидевского, С.Н. Шаховской. – М.: 1975. – С 79–91.
9. Мартынова Р.И. О психолого-педагогических особенностях детей – дислаликов и дизартриков. Очерки по патологии речи и голоса / Под ред. С.С. Ляпидевского. – М.: 1967 – С 98 – 99; 109–110.
10. Мелехова Л.В. Дифференциация дислалий. (Анализ случаев по материалам медико–педагогической консультации при дефектологическом факультете МГПИ им. В.И. Ленина). // Очерки по патологии речи и голоса. / Под ред. С.С. Ляпидевского. Вып. 3. – М.: 1967. С 80 – 85.
    * + 1. Основы теории и практики логопедии / Под ред. Р.Е. Левиной – М., 1968 – С. 271 – 290
11. Поваляева М.А.: Справочник логопеда – Ростов – на – Дону: «Феникс», 2002.
12. Правдина О.В. Логопедия. – М.: 1969.
13. Расстройства речи у детей и подростков /Под ред. С.С. Ляпидевского. – М.: 1969.
14. Pay Е.Ф. Воспитание правильного произношения у детей. – М., Медгиз, 1961.
15. Соботович Е.Ф., Чернопольская А.Ф. Проявления стертых форм дизартрии и методы их диагностики // Дефектология. – М., 1974. – №4
16. Токарева О.А. Функциональные дислалии. // Расстройства речи у детей и подростков /Под ред. С.С. Ляпидевского. – М.: 1969. – С 104 – 107.
17. Филичева Т.Б., Н.А. Чевелева, Г.В. Чиркина. Основы логопедии – М.: 1989. – 221 с. – С 82 – 85.
18. Хватцев М.Е. Логопедия. – М.: 1959.
19. Шембель А.Г. Механические дислалии. Расстройства речи у детей и подростков / Под ред. С.С. Ляпидевского. – М.: 1969. – С 128–134; 140–144.