

**МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
«СЕВЕРО-КАВКАЗСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

**Методические указания по выполнению практических занятий по дисциплине
«Логопедическая работа при детском церебральном параличе»**

Направление подготовки **44.03.05 Педагогическое образование (с двумя профилями подготовки)**

Направленность (профиль) **Дошкольное образование и логопедия**

Форма обучения **очная**

Год начала обучения **2026**

Реализуется в **2** семестре

Содержание

Введение.....	
<i>Практическое занятие № 1. Общие сведения о детском церебральном параличе</i>	
<i>Практическое занятие № 2-3. Характеристика речевых нарушений при ДЦП</i>	
<i>Практическое занятие № 4. Классификации дизартрии при ДЦП.....</i>	
<i>Практическое занятие № 5. Алалия, анартрия и нарушения письменной речи при ДЦП</i>	
<i>Практическое занятие № 6. Диагностика речевого развития детей с нарушением ДЦП</i>	
<i>Практическое занятие № 7-8. Логопедическая работа в доречевом периоде развития ребёнка с ДЦП</i>	
<i>Практическое занятие № 9-10. Методика логопедической работы при дизартрии у детей с ДЦП</i>	
<i>Практическое занятие № 11. Методика логопедической работы при алалии у детей</i>	<i>с ДЦП</i>
<i>Практическое занятие № 12. Методика логопедической работы при нарушениях письменной речи у детей с ДЦП.....</i>	

ВВЕДЕНИЕ

Освоение дисциплины «Логопедическая работа при детском церебральном параличе» направлено на овладение студентами методами и методиками логопедической работы с детьми, имеющими нарушения сенсорных функций и сложные нарушения развития.

Учебно-методическое пособие по дисциплине «Логопедическая работа при детском церебральном параличе» разработано в соответствии со стандартом ФГОС ВО по направлению подготовки 44.03.05 Педагогическое образование (с двумя профилями подготовки) и предназначено для студентов, обучающихся по направлению подготовки 44.03.05 Педагогическое образование (с двумя профилями подготовки), направленность (профиль) «Начальное образование и логопедия», очной формы обучения.

Дисциплина «Логопедическая работа при детском церебральном параличе» рассчитана на изучение в 7 семестре, относится к вариативной части модуля «Логопедическая работа при нарушениях речи как вторичном дефекте».

Целью изучения учебной дисциплины является овладение следующими профессиональными компетенциями: ПК-11, ПК-12, ПК-13.

Основные задачи, стоящие перед студентами при усвоении дисциплины:

- знать сущность логопедической работы при детском церебральном параличе; характеристику этих категорий детей с ограниченными возможностями здоровья и др.;

- уметь создавать предметно-развивающую среду, проектировать и реализовывать индивидуальные программы и технологии развития и обучения детей; уметь осуществлять психолого-педагогическую поддержку родителей и включать их в образовательный процесс; определять результаты обучения и воспитания детей с ОВЗ; организовывать помощь детям с ОВЗ на основе различных методологических подходов и др.;

- владеть дидактическим материалом, специальными методами логопедического воздействия при детском церебральном параличе; коррекционно-развивающими и коррекционно-образовательными технологиями и др.

Для изучения данной дисциплины необходимо освоение следующих

Учебно-методическое пособие раскрывает вопросы организации учебного процесса по курсу «Логопедическая работа при детском церебральном параличе», включает учебно-методические план дисциплины, описание практических занятий, методические рекомендации к их проведению, список литературы. Предложенные рекомендации могут быть полезны как для преподавателей, так и для студентов в плане самообразования.

Особенностью реализации дисциплины является обязательное практическое обучение студентов, реализуемое в виде решения практических задач.

Методические указания по выполнению практических занятий

Занятие 1. Общие сведения о детском церебральном параличе

Цель – ознакомить студентов с общими сведениями и представлениями о детском церебральном параличе.

Знания и умения, приобретаемые студентом в результате освоения темы – в результате изучения темы студенты должны знать основные вопросы, предлагаемые для обсуждения на практическом занятии; уметь применять полученные знания на практике

Формируемые компетенции (их части) – ПК-11, ПК-12, ПК-13

Актуальность темы – «Общие сведения о детском церебральном параличе» определяются структурой учебной дисциплины и последовательностью изучения её тем.

Теоретическая часть.

Термин «детские церебральные параличи» (ДЦП) используется для обозначения различных поражений мозга, развивающихся внутриутробно, в период родов или в первые месяцы жизни, то есть когда основные структуры мозга еще не созрели. Частота ДЦП составляет 2,5 – 5,9 на 1000 родившихся. В России проживает более полумиллиона детей в возрасте от 1 года до 18 лет с диагнозом ДЦП. Это заболевание - одна из наиболее распространенных причин стойкой инвалидности у детей.

Специалисты насчитывают более четырехсот причин ДЦП. Среди них инфекционные, эндокринные и соматические заболевания матери, токсикозы беременности, различные виды акушерской патологии, приводящие к гипоксии плода, иммунологическая несовместимость крови матери и плода, внутриутробные инфекции, повреждение мозга при родах вследствие аномалий родовой деятельности, несоответствия размеров таза матери и головки плода, применение акушерских пособий, недоношенность и т.п.

Среди причин ДЦП преобладают повреждающие воздействия во время родов, на втором месте стоят патологические состояния периода беременности, значительно реже отмечаются постнатальные поражения (инфекционные, травматические). Время воздействия повреждающих мозг факторов имеет очень большое значение: реакция на них мозга, находящегося на ранних стадиях внутриутробного развития, иная, чем у сформировавшегося. В зависимости от того, в какой фазе развития нервной системы произошло ее поражение патологическим процессом, возникают различные пороки формирования мозга. Наиболее тяжелые дефекты наблюдаются при воздействии повреждающих факторов в ранние месяцы внутриутробного развития, в первой половине беременности.

Многие исследователи располагают данными, что поражение мозга начинается во время внутриутробного развития плода примерно в восьмидесяти процентах случаев возникновения ДЦП. Внутриутробная патология в дальнейшем может быть отягчена интранатальной. Причину возникновения этого заболевания не удастся установить примерно в каждом

третьем случае. Современной медицине известно более четырехсот факторов, способных повлиять на течение внутриутробного развития.

Воздействие на мозг сочетания вредоносных факторов становится причиной появления церебральной патологии примерно в 70-80% случаев. У многих детей причиной болезни служит патология беременности матери (различные инфекции, нарушение плацентарного кровообращения, токсикоз), что способно привести к недостаточному развитию структур головного мозга, в особенности тех его участков, что отвечают за поддержку равновесия тела и формирование рефлекторных механизмов.

Вследствие этого в скелете неправильно происходит распределение мышечного тонуса, начинаются патологические двигательные реакции. Родовые травмы, вызванные видами акушерской патологии (неправильное строение таза и узкий таз матери, стремительные или затяжные роды, слабость родовой деятельности) только в маленьком количестве случаев являются единственной причиной, которая приводит к повреждению мозга у плода.

Тяжесть родов, в большинстве случаев, определяется уже имеющейся у ребенка патологией, образовавшейся вследствие его внутриутробного повреждения. Гемолитическая болезнь новорожденных, ещё называемая «ядерной желтухой», также может служить причиной возникновения детского церебрального паралича. Эту желтуху способны вызвать различные механизмы – печеночная недостаточность новорожденного, несовместимость крови плода и матери по резус-фактору или группе.

Кроме того, крайне неблагоприятным фактором являются хронические или острые заболевания у матери – в первую очередь к ним можно отнести краснуху, сахарный диабет, ожирение, анемию, пороки сердца, гипертоническую болезнь. Также к факторам перинатального риска относится прием некоторых лекарств во время беременности, например, транквилизаторов, и некоторые связанные с профессиональной деятельностью действия – физические травмы, психологический дискомфорт, стрессы, алкоголизм.

Влиянию различных инфекционных агентов на плод, в особенности вирусного происхождения, в последнее время придается немалое значение в этиологии детского церебрального паралича. Нарушение нормального течения беременности – иммунологическая несовместимость плода и матери, угрозы прерывания, токсикозы – тоже относятся к отрицательным факторам. Осложнение при родах. В этом случае следует учитывать, что если у ребенка присутствует патология внутриутробного развития, то роды нередко имеют затяжное и тяжелое течение.

При этом создаются условия для появления асфиксии и механической травмы головы, которые можно отнести к вторичным факторам, вызывающим у первично поврежденного мозга дополнительный разлад. А вот преждевременные роды многие исследователи относят к факторам, наиболее способствующим развитию церебрального паралича. Стоит отметить и то, что при церебральном параличе преимущественно имеет

место поражение лиц мужского пола. В среднем у мальчиков ДЦП встречается в 1,3 раза чаще и протекает более тяжело, чем у девочек.

Вопросы и задания

Вопросы для обсуждения на практическом занятии

1. Краткая история изучения ДЦП.
2. Распространенность детского церебрального паралича.
3. Экзогенные причины возникновения детского церебрального паралича.
4. Эндогенные причины возникновения детского церебрального паралича.
5. Механизмы возникновения детского церебрального паралича.
6. Особенности проявления ДЦП при спастической диплегии.
7. Особенности проявления ДЦП при двойной гемиплегии.
8. Особенности проявления ДЦП при гемипаретической форме.
9. Особенности проявления ДЦП при гиперкинетической форме.
10. Особенности проявления ДЦП при атонически-астатической форме.
11. Основные факторы структуры двигательного дефекта при ДЦП.
12. Характеристика позотонических рефлексов.

Задания на выявление освоения компетенций

1. Составьте схему «Причины возникновения ДЦП».



2. Составьте ЛОС по теме

3. Заполните таблицу «Формы ДЦП».

Форма	Характеристика
...	...

4. Составить кроссворд по теме «Формы ДЦП и их характеристики».

5. Заполнить таблицу «Факторы структуры двигательного дефекта при ДЦП».

Фактор	Характеристика
...	...

Литература и электронные ресурсы:

Основная:

1. Приходько, О. Г. Логопедический массаж при коррекции дизартрических нарушений речи у детей раннего и дошкольного возраста / О.Г. Приходько. - Санкт-Петербург: КАРО, 2016. - 160 с.:

Дизартрия — нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевой мускулатуры. Дизартрия является следствием органического поражения центральной нервной системы, при котором расстраивается двигательный механизм речи. Ведущими дефектами при дизартрии являются нарушение звукопроизносительной стороны речи и просодики (мелодико-интонационной и темпо-ритмической характеристик речи), а также нарушения речевого дыхания, голоса и артикуляционной моторики. Разборчивость речи при дизартрии нарушена, речь смазанная нечеткая.

Основные нарушения при дизартрии:

Нарушение тонуса артикуляционной мускулатуры (мышц лица, языка, губ, мягкого нёба) — по типу спастичности, гипотонии или дистонии.

Спастичность — повышение тонуса в мускулатуре языка, губ, лица и шеи. При спастичности мышцы напряжены.

Гипотония — снижение тонуса мышц. При гипотонии язык тонкий, распластаный в полости рта; губы вялые, не могут плотно смыкаться. В силу этого рот обычно полуоткрыт, выражена гиперсаливация.

Дистония — меняющийся характер мышечного тонуса. В состоянии покоя может отмечаться низкий мышечный тонус, при попытках к речи и в момент речи тонус резко нарастает. Дистония существенно искажает артикуляцию. Характерная особенность звукопроизношения при дистонии — непостоянство искажений, замен и пропусков звуков. Дистония отмечается при гиперкинетической дизартрии.

Нарушение подвижности артикуляционных мышц.

Ограниченная подвижность мышц артикуляционного аппарата — это основное проявление пареза или паралича этих мышц. Недостаточная подвижность артикуляционных мышц языка и губ обуславливает нарушение звукопроизношения. При поражении мышц губ страдает произношение и гласных, и согласных звуков. Нарушается артикуляция в целом. Особенно грубо нарушено звукопроизношение при резком ограничении подвижности мышц языка. Степень нарушения подвижности артикуляционных мышц может быть различной — от полной невозможности артикуляционных движений языка и губ до незначительного снижения их объема и амплитуды. При этом в первую очередь нарушаются наиболее тонкие и дифференцированные движения (прежде всего поднимание языка вверх).

Недостаточность кинестетических ощущений в артикуляционном аппарате.

Отмечается не только ограничение объема артикуляционных движений, но и слабость кинестетических ощущений артикуляционных поз и движений.

Нарушения дыхания.

Нарушения дыхания у детей с дизартрией обусловлены недостаточностью центральной регуляции дыхания. Недостаточна глубина дыхания. Нарушен ритм дыхания: в момент речи оно учащается.

Нарушения голоса.

Нарушения голоса обусловлены изменениями мышечного тонуса и ограничением подвижности мышц гортани, мягкого нёба, голосовых складок, языка и губ.

Нарушения просодики.

Мелодико-интонационные расстройства часто относят к одним из наиболее стойких признаков дизартрии. Именно они в большой степени влияют, на разборчивость, эмоциональную выразительность речи. Отмечается слабая выраженность или отсутствие голосовых модуляций (ребенок не может произвольно менять высоту тона) . Голос становится монотонным, малоили смодулированным.

Наличие насильственных движений (гиперкинезов и тремора) в артикуляционной Мускулатуре.

Гиперкинезе — произвольные, неритмичные, насильственные, иногда вычурные движения мышц языка, лица (гиперкинетическая дизартрия).

Тремор — дрожание кончика языка (наиболее выражен при целенаправленных движениях). Тремор языка отмечается при атактической дизартрии.

Нарушение координации движений (атаксия).

Атаксия проявляется в дисметрических, асинергических нарушениях и в скандированности ритма речи.

Дисметрия — это несоразмерность, неточность произвольных артикуляционных движений.

Оральные синкинезии — открывание рта при любом произвольном движении или при попытке его выполнения.

Нарушение акта приема пищи.

Отсутствие или затруднение жевания твердой пищи, откусывания; поперхивание, захлебывание при глотании. Нарушение координации между дыханием и глотанием. Затруднение питья из чашки. При ДЦП наблюдаются также и вегетативные расстройства.

Специфические нарушения звукопроизношения:

-стойкий характер нарушений звукопроизношения, особая трудность их преодоления;

-нарушено произношение не только согласных, но и гласных звуков (усредненность или редуцированность гласных);

-преобладание межзубного и бокового произношения свистящих (с, з, ц) и шипящих (ш, ж, ч, щ) звуков;

-смягчение твердых согласных звуков (палатализация);

-нарушения звукопроизношения особенно выражены в речевом потоке.

При увеличении речевой нагрузки наблюдается, а иногда и нарастает общая смазанность речи;

-специфические трудности автоматизации звуков (процесс автоматизации требует большего количества времени, чем при диагалии). При несвоевременном окончании логопедических занятий приобретенные умения часто распадаются.

При сочетании дизартрического нарушения речи с недоразвитием других компонентов речевой системы важно выделить несколько групп детей с дизартрией: с фонетическими нарушениями; с фонетико-фонематическим недоразвитием; с общим недоразвитием речи.

Степень выраженности дизартрических нарушений речи зависит от тяжести и характера поражения нервной системы. В легких случаях отмечается нерезко выраженная дизартрия — стертая дизартрия. Она проявляется в нарушении звукопроизношения, незначительных нарушениях речевого дыхания, голосообразования, просодики; в ограничении объема наиболее тонких, и дифференцированных артикуляционных движений.

Вопросы и задания

Вопросы для обсуждения на практическом занятии

1. Распространенность и причины нарушений речи при ДЦП.
2. Особенности развития речи у детей с ДЦП в доречевой период.
3. Особенности фонетико-фонематической стороны речи при ДЦП.
4. Характеристика лексико-грамматической стороны речи при ДЦП.
5. Частота встречаемости дизартрии при ДЦП. Краткая характеристика дизартрии.
6. Специфические нарушения звукопроизношения при дизартрии.
7. Основные нарушения при дизартрии.
8. Характеристика стертой дизартрии.

Задания на выявление освоения компетенций

1. Составление словаря терминов по теме
2. Заполните таблицу «Группы детей с дизартрией»

Группа	Характеристика
...	...

3. Заполните таблицу «Особенности речевого развития при ДЦП».

Стороны речи	Характеристика нарушений при ДЦП
...	...

4. Заполните таблицу «Особенности развития речи детей с ДЦП в доречевой период».

Период	Характеристика периода в норме	Характеристика периода при ДЦП
...

5. составить ЛОС по теме

Литература и электронные ресурсы:

Основная:

Существуют различные подходы к классификации дизартрии. В их основу положены принцип локализации мозгового поражения, степень понятности речи для окружающих, синдромологический подход.

На основе принципа локализации мозгового поражения различают псевдобульбарную, бульбарную, экстрапирамидную (подкорковую), мозжечковую, корковую формы дизартрии (О. В. Правдина и др.).

Классификация дизартрии по степени разборчивости речи для окружающих была предложена французским невропатологом Ж. Тардые (1968). Им было выделено 4 степени тяжести речевых нарушений у детей с церебральным параличом: 1) нарушения звукопроизношения выявляются только специалистом в процессе обследования ребенка; 2) нарушения произношения заметны каждому, но речь понятна для окружающих; 3) речь понятна только близким ребенка; 4) речь отсутствует или непонятна даже близким ребенка (четвертая степень нарушения звукопроизношения, по существу, представляет собой анартрию). Эта классификация очень удобна для использования учителями, воспитателями, психологами.

Для логопедической работы, включающей дифференцированный массаж, артикуляционную и дыхательную гимнастику, более удобна классификация дизартрии на основе синдромологического подхода, при которой выделяют спастико-паретическую, спастико-ригидную, гиперкинетическую, атактическую и смешанные формы дизартрии (И. И. Панченко, 1978). У детей с церебральным параличом трудно вычленить симптоматику речедвигательных расстройств вследствие сложности поражения речевой моторики, если не соотносить их с общими двигательными нарушениями. При ДЦП общими двигательными нарушениями (основными синдромальными расстройствами) являются спастический парез, тонические нарушения управления типа ригидности, гиперкинезы, атаксия, апраксия.

В речевой моторике отмечаются аналогичные дефекты. Тип дизартрического нарушения речи определяется по характеру клинического синдрома. Эта классификация дизартрии ориентирует логопеда на качество нарушения артикуляционной моторики, что позволяет более целенаправленно определить выбор средств лечебной и логопедической работы по нормализации тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата. Данной классификацией логопед может пользоваться только совместно с невропатологом, который определяет ведущий неврологический синдром. В речевой моторике выделяют эфферентные и афферентные нарушения.

Афферентные нарушения (неполноценность кинестетического анализа и синтеза в зоне речедвигательного анализатора) — это дефекты «программирующего» плана, расстройства формирования целенаправленных произвольных действий (артикуляционная апраксия).

В зависимости от ведущего неврологического синдрома выделяют следующие формы дизартрии:

-спастико-паретическая (ведущий синдром — спастический парез),

-спастико-ригидная (ведущие синдромы — спастический парез и тонические нарушения управления речевой деятельностью типа ригидности).

-гиперкинетическая (ведущий синдром — гиперкинезы);

-атактическая (ведущий синдром — атаксия).

Когда в структуру речевого дефекта включаются различные синдромы, дизартрию характеризуют как смешанную. Это:

-спастико-атактическая дизартрия (ведущие синдромы — спастический парез и атаксия),

-спастико-гиперкинетическая дизартрия (ведущие синдромы — спастический парез и гиперкинезы),

-спастико-атактико-гиперкинетическая дизартрия (ведущие синдромы — спастический парез, атаксия, гиперкинезы),

-атактико-гиперкинетическая дизартрия (ведущие синдромы — атаксия и гиперкинезы).

Вопросы и задания

Вопросы для обсуждения на практическом занятии

1. Существующие классификации дизартрий.

2. Классификация дизартрии, основанная на принципе локализации мозгового поражения.

3. Характеристика спастико-паретической формы дизартрии.

4. Характеристика спастико-ригидной формы дизартрии.

5. Характеристика гиперкинетической формы дизартрии.

6. Характеристика атактической формы дизартрии.

7. Краткая характеристика смешанных форм дизартрии.

Задания на выявление освоения компетенций

1. Заполните таблицу «Разновидности гиперкинезов при дизартрии»

Вид гиперкинеза	Характеристика
...	...

2. составьте ЛОС по теме

3. Заполните таблицу «Классификация дизартрии, основанной на принципе локализации мозгового поражения».

Форма	Характеристика
...	...

4. Заполните таблицу «Классификация дизартрии, основанной на ведущем неврологическом синдроме».

Форма	Характеристика
...	...

Литература и электронные ресурсы:

Основная:

1. Приходько, О. Г. Логопедический массаж при коррекции дизартрических нарушений речи у детей раннего и дошкольного возраста / О.Г. Приходько. - Санкт-Петербург: КАРО, 2016. - 160 с.: табл., ил. - (Мастер-класс логопеда). - <http://biblioclub.ru/>. - ISBN 978-5-9925-0189-6, экземпляров неограничено

речедвигательных, синдромов. У большинства детей с анартрией проявляются главам образом расстройства управления речевыми артикуляциями (фонаторного, дыхательного, артикуляционного отдела), а не исполнения. У детей с анартрией, кроме патологии центральных именных систем речевой деятельности, нарушено формирование динамического артикуляционного праксиса. Отмечается расстройство произвольного управления речевым аппаратом. Расстройства произносительных способностей у детей с анартриями при ДЦП обусловлены различными речедвигательными нарушениями спастическим парезом в очень тяжелой степени, тоническими расстройствами управления артикуляционными движениями в очень тяжелой степени, гиперкинезами, атаксией, апраксией (кинестетической и кинетической). Апраксия охватывает все отделы речевого аппарата: дыхательный, фонаторный, губно-нёбно-язычный.

Гораздо реже, чем дизартрия, у детей с церебральным параличом встречается алалия. Алалия — это отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка. При ДЦП алалия чаще всего сочетается с дизартрией. Патогенез алалии при ДЦП связан с двумя факторами:

- повреждением корковых механизмов речи под влиянием различных вредностей, являющихся также и причиной детского церебрального паралича;

- вторичным недоразвитием корковых механизмов речи в результате двигательной-кинестетической депривации и патологической афферентацией с периферических отделов речевой системы в связи с поражением артикуляционной моторики, а также в связи с расстройством формирования слухо-кинестетической интеграции в случае нарушения фонематического слуха.

Повреждение корковых речевых зон при алалии у детей с церебральным параличом сопровождается специфической неврологической симптоматикой, которая находит свое подтверждение при энцефалографическом обследовании. Различают моторную и сенсорную алалию.

При моторной алалии на всех возрастных этапах отмечается первичное недоразвитие экспрессивной речи при более сохранной импрессивной речи. Моторная (экспрессивная) алалия проявляется в стойком системном недоразвитии всех компонентов и функций речи.

При сенсорной алалии преимущественно нарушено понимание обращенной речи, при этом отсутствуют нарушения слуха и выраженное недоразвитие познавательной деятельности. В случае первичного недоразвития импрессивной речи отсутствует выраженный разрыв между экспрессивной и импрессивной речью: ребенок не только не понимает обращенную к нему речь, но и не говорит сам. Интонация может быть относительно сохранной.

Сенсорная алалия наблюдается при гиперкинетической форме ДЦП. При этом для детей характерны повышенная эмоциональная возбудимость, двигательное беспокойство, неустойчивость слухового внимания. Известно, что при гиперкинетической форме ДЦП также часто встречаются нарушения слуха. Очень важно правильно дифференцировать сенсорную алалию и нарушение речевого развития из-за нарушения слуха, так как логопедическая работа будет определяться причиной, вызвавшей недоразвитие речи у ребенка с гиперкинетической формой ДЦП.

Дети с церебральным параличом с трудом овладевают навыками чтения и письма. Нарушения письменной речи — дислексия и дисграфия — обычно сочетаются с недоразвитием устной речи. При ДЦП трудности овладения навыками чтения и письма связаны также с нарушениями зрительного восприятия формы, недостаточным развитием опико-пространственных представлений, фонематического восприятия, с нарушениями мелкой моторики.

При дислексии у детей с церебральным параличом наблюдаются своеобразные, затруднения в усвоении навыка чтения: пропуски и перестановки букв, смешение сходных по начертанию букв (з— в). Дети забывают, как читается та или иная буква, пропускают строчки. Длительное время они читают медленно, по слогам, часто пытаются угадать слово. Даже в среднем школьном возрасте при чтении про себя дети часто не могут понять смысл прочитанного, так как иногда не узнают буквы и целые слова.

Одновременно с нарушениями чтения у детей, страдающих церебральным параличом, отмечаются трудности в овладении письмом. При дисграфии дети долго не запоминают начертания букв, нередко забывают их. Они заменяют буквы или их элементы другими по признаку графического сходства, искажают графический образ букв (неправильно сочетают элементы в изображении отдельных букв). Характерной особенностью нарушений письма при ДЦП является его зеркальность, особенно на начальных этапах обучения. Зеркальность письма наиболее часто наблюдается у детей с правосторонним гемипарезом при письме левой рукой. Дети рисуют и пишут справа налево и асимметричные буквы изображают зеркально. В тех случаях, когда нарушения письма обусловлены недоразвитием фонематического слуха и дефектами произношения, в письменных работах встречаются такие ошибки, как замена фонем, близких по звучанию, пропуск букв в слове, перестановка букв и слогов, недописывание окончаний в словах.

Нарушения чтения и письма носят стойкий характер и с возрастом меняются не качественно, а количественно. Снижается число дислексических и дисграфических ошибок, но характер их сохраняется.

Итак, для детей с церебральным параличом характерны различные формы речевого дизонтогенеза, проявляющиеся как в виде обратимых нарушений (задержки доречевого и речевого развития), так и в виде более стойких системных расстройств всех сторон речи (общего недоразвития

5. <http://www.logoped-sfera.ru/> - Логопед. Научно-методический журнал, выпускается с 2004 г. Цель журнала: помочь логопедам и педагогам детских садов, школ, других учреждений образования и здравоохранения организовать коррекционную работу с детьми, имеющими нарушения речи. На сайте - содержание последнего номера журнала, статьи из номеров прошлых лет, систематизированные по рубрикам журнала.

Занятие 6. Диагностика речевого развития детей с нарушением ДЦП.

Цель – познакомить студентов с особенностями диагностики речевого развития детей с нарушением ДЦП.

Знания и умения, приобретаемые студентом в результате освоения темы – в результате изучения темы студенты должны знать основные вопросы, предлагаемые для обсуждения на практическом занятии; уметь применять полученные знания на практике.

Формируемые компетенции (их части) – ПК-11, ПК-12, ПК-13

Актуальность темы – «Диагностика речевого развития детей с нарушением ДЦП» определяются структурой учебной дисциплины и последовательностью изучения её тем.

Теоретическая часть.

Логопедическое обследование детей, страдающих церебральным параличом, строится на общем системном подходе, который опирается на представление о речи как о сложной функциональной системе, структурные компоненты которой находятся в тесном взаимодействии. В связи с этим изучение речевого развития при ДЦП охватывает все стороны речи. Важно учитывать соотношение, речевых и неречевых нарушений (неврологической симптоматики) в структуре дефекта и определить сохранные механизмы речи.

Комплексное всестороннее обследование особенностей развития речевых, психических функций, двигательной сферы, деятельности различных анализаторных систем позволит дать объективную оценку имеющихся недостатков речевого развития и наметить оптимальные пути их коррекции. Важным условием обследования и постановки диагноза является согласованность действий логопеда-дефектолога, невропатолога, врача ЛФК.

В ходе логопедического обследования детей с ДЦП используют следующие методы:

-изучение медицинской и биографической документации (сбор и анализ анамнестических данных) ;

-наблюдение за ребенком (в обычной и специально организованной ситуации) ;

-беседа с родителями и ребенком;

-визуальный и тактильный контроль (ощупывание артикуляционной мускулатуры в покое и в процессе речи);

-использование компьютерных игр при обследовании звукопроизношения, дыхательной и голосовой функций.

Прежде чем начинать обследование ребенка, важно всесторонне изучить медицинскую документацию (данные анамнеза) и проанализировать результаты обследования и заключение невропатолога (неврологический статус), эти данные желательно обсудить с врачом. Особенностью логопедического обследования и анализа структуры речевого дефекта детей с церебральным параличом является принцип соотнесения расстройств артикуляционной моторики с общими двигательными нарушениями. При ДЦП артикуляционная моторика, особенности дыхания и голосообразования оцениваются в соответствии с общими моторными возможностями ребенка (стараются даже незначительные двигательные расстройства).

Совместно с невропатологом логопед изучает особенности общей моторики ребенка (удержание головы, свободные повороты ее в стороны, сидение, вертикальное положение стоя, самостоятельная ходьба) 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 невропатолога. При этом необходимо отметить отсутствие патологических тонических рефлексов или их наличие и влияние на дыхание, голосообразование и артикуляцию.

Важно, чтобы при логопедическом обследовании ребенок был совершенно спокоен, не плакал, не был испуганным. Если ребенок плачет, кричит, вырывается из рук, это может отразиться на изменении (повышении) тонуса мышц, и представление о двигательных и речевых возможностях, которое получит логопед, будет ложным.

Как и при всяком комплексном обследовании, важно оценить особенности развития познавательной деятельности (внимания, памяти, мышления) сенсорных функций (зрительного, слухового и кинестетического восприятия), проявления эмоционально-волевой сферы.

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.

Обследование артикуляционного аппарата начинается с проверки строения его органов: губ, языка, зубов, твердого и мягкого нёба, челюстей. При этом логопед определяет, насколько их строение соответствует норме.

Необходимо оценить состояние тонуса мышц артикуляционного аппарата в покое, при попытках к речевой деятельности, в процессе речи, при мимических, общих и артикуляционных движениях. Состояние мышечного тонуса в органах артикуляции (лицевой, губной и язычной мускулатуре)

оценивается совместном осмотре логопеда и невропатолога. У детей с церебральным параличом нарушения тонуса артикуляционных мышц характеризуются 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).

Особое внимание обращается на состояние произвольной артикуляционной моторики. При проверке подвижности органов артикуляции ребенку предлагают различные задания по подражанию. Анализируя состояние подвижности речевых мышц, обращают внимание на возможность выполнения артикуляционных позиций, их удержания и переключения. При этом отмечают не только основные характеристики артикуляционных движений (объем, амплитуда, темп, плавность и скорость переключения), но и точность, соразмерность выполнения движений, их истощаемость.

Особенно подробно логопед оценивает объем артикуляционных движений языка (строго ограничен, неполный, полный); отмечается даже незначительное снижение амплитуды артикуляционных движений языка. У некоторых детей с ярко выраженными речедвигательными синдромами не удается даже пассивно вывести язык из полости рта.

Оценка понимания обращенной (импрессивной) речи является важным этапом логопедического обследования. Логопед выявляет уровень понимания обращенной речи (различение интонации, ситуативное понимание, понимание речи на бытовом уровне, в полном объеме). Пассивный словарь проверяется на реальных предметах и игрушках, предметных и сюжетных картинках. При этом определяется, как ребенок понимает значение слова, смысл действия, простого и сложного сюжета, лексико-грамматических конструкций, последовательности событий.

При обследовании собственной (экспрессивной) речи ребенка выявляется уровень его речевого развития. 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 ее разборчивости (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 недостатки звукопроизношения: искажения, замены, пропуски звуков. Нарушения звукопроизношения сопоставляются с особенностями фонематического восприятия и звукового анализа. Важно отметить, определяет ли ребенок нарушения звукопроизношения в чужой и собственной речи; как он дифференцирует на слух нормально и дефектно произносимые им звуки. Итак, в ходе логопедического обследования детей с церебральным параличом 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.

На более поздних этапах развития в диагностике дизартрических расстройств все большее значение начинают приобретать речевые симптомы: качественная недостаточность голосовых реакций, стойкие нарушения звукопроизношения, речевого дыхания, голосообразования, просодики.

Проанализировав результаты обследования, логопед дает заключение, позволяющее судить о состоянии речевого развития ребенка на момент обследования. Логопедическое заключение (диагноз) ставится совместно логопедом и невропатологом.

Вопросы и задания

Вопросы для обсуждения на практическом занятии

1. Характеристика методов, используемых при логопедическом обследовании детей с ДЦП.
2. Специалисты, участвующие в комплексном обследовании ребенка с ДЦП.
3. Основные направления логопедического обследования при ДЦП.
4. Особенности обследования импрессивной речи детей с ДЦП.
5. Особенности обследования экспрессивной речи детей с ДЦП.

Задания на выявление освоения компетенций

1. Составьте схему взаимодействия специалистов при обследовании ребенка с ДЦП.
2. Составьте схему логопедического обследования ребенка с ДЦП.
3. Подберите приемы обследования речи детей с ДЦП.
4. Подберите приемы обследования психических функций ребенка с ДЦП.

Литература и электронные ресурсы:

Основная:

1. Приходько, О. Г. Логопедический массаж при коррекции дизартрических нарушений речи у детей раннего и дошкольного возраста / О.Г. Приходько. - Санкт-Петербург: КАРО, 2016. - 160 с.:

В развитии речи большое значение имеет доречевой, или подготовительный, период, который при нормальном развитии длится от рождения до конца первого года жизни.

В этот период начинает развиваться зрительное и слуховое восприятие, формируется начальная предметная и игровая деятельность, появляются гуление, лепет, возможность подражать звукам речи, т.е. появляются необходимые предпосылки для общения ребенка с окружающими его людьми.

Мозг наиболее интенсивно развивается на первом году жизни, что определяет наиболее быстрый темп психомоторного развития ребенка на этом этапе.

Важное значение в развитии психики ребенка имеет ведущий вид деятельности. Под ведущей понимается такая деятельность, которая обуславливает основные (узловые) изменения в психическом развитии. От ведущей деятельности зависят основные качественные изменения в психическом (речевом) развитии ребенка. Таким образом, в основу анализа развития речи в норме и при церебральном параличе положен принцип деятельностного подхода.

Симптомами «риска» речевых нарушений у детей с церебральным параличом на этом этапе являются: отсутствие гуления; повышение мышечного тонуса языка, неправильное его положение в полости рта; появление насильственных движений языка и оральных синкинезий, которые проявляются в том, что при пассивных движениях, особенно при попытках схватить предмет, происходит открывание рта.

Основными задачами коррекционной работы, направленной на предупреждение нарушений речи, являются: стимуляция гуления, развитие потребности в общении со взрослыми, формирование зрительной фиксации и способности следить за движущимся предметом, развитие слухового внимания и умения локализовать звук в пространстве.

На занятиях, как и в общении во время ухода за ребенком, необходимо создавать у него эмоционально-положительное состояние. Занятия по активизации голосовых реакций лучше проводить во второй половине бодрствования, через 40—60 минут после пробуждения. Проводятся занятия ежедневно по несколько раз в день как логопедом, так и воспитателем. Начинают занятие с эмоционального разговора с малышом. Затем взрослый молчаливо присутствует в поле зрения ребенка. На следующем этапе взрослый демонстрирует игрушки. Заканчивается занятие эмоционально-речевым общением.

На втором этапе занятия логопед проводит массаж, артикуляционную и дыхательную гимнастику.

В конце первого полугодия жизни в стимулировании и усложнении голосовых реакций большую роль играет дальнейшее развитие слухового и зрительного восприятия, увеличение общей двигательной активности, активизации движений руки (ребенок тянется и захватывает игрушку), а также появление возможности подражания звукам речи взрослого.

При проведении занятий большое значение имеет «разговор» с ребенком, проводимый с большим эмоциональным подъемом. Например, несколько раз эмоционально выразительно повторяется имя ребенка или короткие рифмованные строки, что меняет интонацию и громкость голоса.

Примерно с 6—7 месяцев лепет приобретает социализированный характер. Ребенок больше лепечет при общении со взрослым. Он слушает речь других. Постепенно начинает использовать голосовые реакции для привлечения внимания окружающих.

Основными задачами коррекционной работы на этом этапе являются: стимуляция подражательной звуковой активности, формирование интонационного общения ребенка с окружающими, воспитание артикуляционных укладов — подготовка к овладению звуковой стороной родного языка; формирование предметно-действенного общения со взрослым; развитие стремления к деятельности, воспитание подражательной деятельности; развитие начального ситуативного понимания обращенной речи, пассивного и пассивно-активного словаря, побуждающей к действию функции речи.

Для развития понимания и подражания движениям проводятся занятия: «Ладушки», «До свидания», «Дай ручку» и др. При этом взрослый, произнося слова, вначале сам производит необходимые действия, затем сопровождает свои слова действиями ребенка (берет его ладошки и хлопает ими), а потом побуждает ребенка к самостоятельному выполнению движений.

Развитие лепета проводится путем игр-переключек. Эти игры обычно организуются в момент лепета ребенка с повторением вначале звуков ребенка, затем даются новые звуки.

Детей с церебральным параличом надо постоянно побуждать к действиям, формируя у них активное отношение к окружающему.

Необходимо подчеркнуть, что все мероприятия по предупреждению речевых нарушений имеют комплексный характер и обязательно включают развитие двигательных функций (укрепление цепного выпрямительного рефлекса, развитие функции сидения, формирование ползания с явлениями реципрокности, развитие реакций равновесия и вестибулярных реакций, вертикальной установки, манипулятивной деятельности, пальцевого захвата, зрительно-моторной координации).

Вопросы и задания

Вопросы для обсуждения на практическом занятии

1. Необходимость логопедической работы в доречевом периоде развития ребенка при ДЦП.
2. Признаки «риска» речевых нарушений у детей с ДЦП в доречевом периоде развития.
3. Особенности проведения занятий в доречевой период развития детей с ДЦП.
4. Основные задачи логопедической работы в доречевом периоде с ребенком с ДЦП.

Задания на выявление освоения компетенций

1. Подобрать приемы логопедической работы в доречевом периоде при ДЦП.

2. Заполните таблицу «Задачи логопедической работы при ДЦП в доречевой период».

Период развития речи	Задачи
...	...

Литература и электронные ресурсы:

Основная:

1. Приходько, О. Г. Логопедический массаж при коррекции дизартрических нарушений речи у детей раннего и дошкольного возраста / О.Г. Приходько. - Санкт-Петербург: КАРО, 2016. - 160 с.: табл., ил. - (Мастер-класс логопеда). - <http://biblioclub.ru/>. - ISBN 978-5-9925-0189-6, экземпляров неограничено

Дополнительная:

1. Подольская, О.А. Инклюзивное образование лиц с ограниченными возможностями здоровья: учебное пособие / О.А. Подольская. - Москва; Берлин: Директ-Медиа, 2017. - 57 с.: ил. - Библиогр. в кн. - ISBN 978-5-4475-8971-4; То же [Электронный ресурс]. - URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=477607>
2. Соколова, В. С. Адаптивное физическое воспитание детей дошкольного возраста с детским церебральным параличом Электронный ресурс : Монография / В. С. Соколова, А. А. Анастасиадис. - Москва: Московский педагогический государственный университет, 2018. - 164 с. - Книга находится в премиум-версии ЭБС IPR BOOKS. - ISBN 978-5-4263-0603-5, экземпляров неограниченно

Методическая:

Интернет-ресурсы:

1. сайт для логопедов - cvetsakura.ru/logopedies
2. сайт для педагогов-психологов - <http://c-psy.ru/index.php/specialists/pedagogu-psychologu>
3. сайт для работы с детьми с отклонениями в развитии - defectolog.ru
4. сайт специального психолога - <http://special-psy.my1.ru/index/0-2>
5. <http://www.logoped-sfera.ru/> - Логопед. Научно-методический журнал, выпускается с 2004 г. Цель журнала: помочь логопедам и педагогам детских садов, школ, других учреждений образования и здравоохранения организовать коррекционную работу с детьми, имеющими нарушения речи. На сайте - содержание последнего номера журнала, статьи из номеров прошлых лет, систематизированные по рубрикам журнала.

Занятие 9-10. Методика логопедической работы при дизартрии у детей с ДЦП.

Цель – познакомить студентов с методикой логопедической работы при дизартрии у детей с ДЦП.

Знания и умения, приобретаемые студентом в результате освоения темы – в результате изучения темы студенты должны знать основные вопросы, предлагаемые для обсуждения на практическом занятии; уметь применять полученные знания на практике.

Формируемые компетенции (их части) – ПК-11, ПК-12, ПК-13

Актуальность темы – «Методика логопедической работы при дизартрии у детей с ДЦП» определяется структурой учебной дисциплины и последовательностью изучения её тем.

Теоретическая часть.

Знание особенностей речевых нарушений у детей с церебральным параличом позволяет сформулировать основные положения, определяющие последовательность и систему коррекционно-логопедической работы при ДЦП.

Речевая терапия основана на тесном единстве с лечебными мероприятиями, направленными на развитие двигательных функций. Сочетание логопедической работы с медицинскими мероприятиями (медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, ЛФК и др.) является важным условием комплексного воздействия специалистов медико-педагогического блока. Необходима согласованность действий логопеда-дефектолога, невропатолога, врача ЛФК и их общая позиция при обследовании, постановке диагноза и медико-педагогической коррекции. С целью подбора наиболее эффективных и адекватных приемов коррекции важно учитывать взаимосвязь речевых и двигательных расстройств при ДЦП, общность поражения артикуляционной и общей моторики. Например, необходимо подавлять патологическую рефлексорную активность как в речевой, так и в скелетной мускулатуре.

Онтогенетически последовательное поэтапное логопедическое воздействие опирается на сохранные функции. Ориентиром в логопедической коррекции служит не календарный возраст ребенка, а уровень актуального речевого развития.

Необходимо одновременное развитие и коррекция нарушений артикуляционной моторики и функциональных возможностей кистей и пальцев рук. Это связано с положением об анатомической близости корковых зон иннервации речевого аппарата с зонами иннервации мышц рук, особенно кисти и большого пальца. При ДЦП тяжесть нарушений артикуляционной моторики обычно коррелирует с тяжестью нарушений функции рук.

Очень важна стимуляция двигательного-кинестетического анализатора, что позволит сформировать управление артикуляционным праксисом (умение выполнять целенаправленные артикуляционные действия), развить навыки самоконтроля и адекватной самооценки действий, которые совершает ребенок (кинестетическое ощущение артикуляционной позы). При этом

необходима опора на другие анализаторы (на зрительный — при выполнении артикуляционных упражнений перед зеркалом; на слуховой — когда движения сопровождаются четкой речевой инструкцией) .

Необходимо гибкое сочетание различных видов и форм коррекционно-логопедической работы (индивидуальных, подгрупповых, фронтальных) .

Задачи логопедической работы

Основная цель логопедической работы с детьми с ДЦП — развитие речевого общения, улучшение разборчивости речевого высказывания для того, чтобы обеспечить ребенку большее понимание его речи окружающими. Для реализации этой цели необходимо:

1. Уменьшение степени проявления двигательных дефектов речевого аппарата: спастического пареза, гиперкинезов, атаксии (в более легких случаях — нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата):

2. Развитие речевого дыхания и голоса; Формирование продолжительности, звонкости, управляющей голоса в речевом потоке. Выработка синхронности голоса, дыхания и артикуляции.

3. Нормализация просодической системы речи (мелодико-интонационных и темпо-ритмических характеристик речи) .

4. Формирование артикуляционного праксиса на этапе постановки, автоматизации и дифференциации звуков речи.

5. Развитие фонематического восприятия и звукового анализа.

6. Развитие функциональных возможностей кистей и пальцев рук.

7. Нормализация лексико-грамматических навыков экспрессивной речи (при умешанном, сложном речевом расстройстве, являющемся как дизартрической, так и алалической патологией речи или при Задержке речевого развития).

Установив диагноз на основании первичного логопедического обследования, логопед совместно с невропатологом разрабатывают тактику коррекционно-логопедической работы, определяют основные направления и формы работы, прогнозируют конечный результат логопедического воздействия, определяют противопоказания и дозировку занятий.

При проведении коррекционно-логопедической работы с детьми, страдающими церебральным параличом, целесообразно использовать следующие методы логопедического воздействия:

-дифференцированный логопедический массаж (расслабляющий или стимулирующий),

-зондовый массаж,

-точечный массаж,

-пассивная и активная артикуляционная гимнастика,

-дыхательные и голосовые упражнения,

-искусственная локальная контрастотермия (сочетание гипо и гипертермии).

При развитии речевого дыхания логопед проводит работу, направленную на дифференциацию носового и ротового вдоха, и выдоха.

Необходимо сделать ротовой выдох по возможности более произвольным, длительным, ритмичным. Все упражнения ребенок выполняет с помощью логопеда.

Наконец, очень важно научить ребенка произвольно вдыхать через нос выдыхать через рот.

Позже, в момент ротового выдоха, логопед произносит различные гласные звуки (сначала шепотом, потом громко), стимулируя ребенка подражать ему. С целью увеличения длины ротового выдоха ребенок произносит постепенно удлиняющиеся цепочки гласных на одном выдохе.

При проведении дыхательной гимнастики нельзя переутомлять ребенка. Необходимо следить за тем, чтобы он не напрягал шею, плечи, не принимал неверную позу. Следует концентрировать внимание ребенка на ощущениях движений диафрагмы, межреберных мышц, продолжительности произвольного вдоха и выдоха. Нужно следить за плавностью и ритмичностью дыхательных движений. Дыхательная гимнастика должна проводиться до еды, в хорошо проветренном помещении.

Вопросы и задания

Вопросы для обсуждения на практическом занятии

1. Необходимость участия различных специалистов в преодолении дизартрических нарушений у детей с ДЦП.
2. Задачи логопедической работы при дизартрии.
3. Методы логопедической работы при дизартрии.
4. Техника зондового массажа и её актуальность при дизартрии.
5. Необходимость и методика проведения дыхательных упражнений при дизартрии.
6. Краткая характеристика и распространенность стертой дизартрии.
7. Группы, на которые делятся дети со стертой дизартрией.
8. Психолого-педагогическое воздействие на детей со стертой дизартрией
9. Этапы логопедической работы при стертой дизартрии

Задания на выявление освоения компетенций

1. Заполните таблицу «Этапы логопедической работы при стертой дизартрии»

Этап	Направления работы
...	...

2. Составление ЛОС по теме

3. Заполните таблицу «Характеристика групп детей со стертой дизартрией»

Группа	Характеристика
...	...

3. Составить схему логопедической работы к описанию примера ребенка с дизартрией

Пример:

Оля С., 9 лет, ученица 2-го класса массовой школы. Обратилась в медико-педагогическую консультацию с жалобами на косноязычную речь.

Анамнез, родилась от второй беременности. Роды в срок, но тяжелые. На 6-е сутки ребенок заболел желтухой. Родители здоровые. Раннее развитие: первые зубы появились к 1 месяцу. Ходить начала с 4 лет, говорить первые слова — после года, а речь фразами появилась после 3 лет. С 6 лет речь несколько начала улучшаться, но продолжала оставаться неясной, смазанной.

Физический статус: телосложение правильное, физическое развитие удовлетворительное. Со стороны внутренних органов патологии и изменений не отмечалось

Неврологический статус: гиперкинезы. Сглажена левая носогубная складка. Спастический парез левой ноги. Рефлексы оживлены, слева рефлекс Бабинского. Пальцевую пробу выполняет неточно.

Психический статус: в контакт вступает быстро. Представление об окружающем правильное, в общении активна. Все время пытается говорить, но смущается, если ее не понимают.

Интеллектуально полноценна.

Речевой статус: движения речевого аппарата неловкие, скованные. Губы вперед выдвигаются мало и удержать не может, язык при высовывании напряжен, в стороны отводится недостаточно. Во время речи при движении языка и губ возникают гиперкинезы. Речевое дыхание нарушено. Во время речи наблюдаются гиперкинезы и в дыхательном отделе, появляются дыхательные спазмы. Удаётся сказать без дыхательных спазмов только 1—2 небольших слова, в следующем слове девочка может сказать только первый слог. Во время речи ребенок возбуждается. Сильно напрягается артикуляторная и лицевая мускулатура. Гнусавый оттенок в речи отсутствует. Голос тихий. Запас слов достаточный. На вопросы отвечает полными, грамматически правильными фразами.

Звукопроизношение: в речи совсем отсутствуют звуки г, з, ч, ц, р и все мягкие согласные. Другие звуки отдельно ребенок воспроизводит правильно, но в словах они получаются нечеткими, смазанными. Свистящие звуки заменяет нижними шипящими, р — звуком л.

2. Составить схему системы логопедической работы при дизартрии.

3. Подобрать упражнения для развития мимических мышц лица, губной и язычной мускулатуры.

Литература и электронные ресурсы:

Основная:

1. Приходько, О. Г. Логопедический массаж при коррекции дизартрических нарушений речи у детей раннего и дошкольного возраста / О.Г. Приходько. - Санкт-Петербург: КАРО, 2016. - 160 с.: табл., ил. - (Мастер-класс логопеда). - <http://biblioclub.ru/>. - ISBN 978-5-9925-0189-6, экземпляров неограничено

Дополнительная:

специфическое языковое расстройство, то и основной целью логопедической работы является преодоление языковых нарушений. Однако поскольку алалия всегда связана с органическим повреждением незрелого головного мозга, то при проведении логопедической работы необходимо учитывать общее нервно-психическое состояние ребенка. Поэтому не может быть универсальной методики логопедической работы при алалии, особенно у детей с церебральным параличом. В каждом случае необходимо учитывать степень и характер поражения мозга, уровень нервно-психического и речевого развития ребенка, его возраст, характер и тяжесть двигательных нарушений, и другие факторы.

Поскольку у детей с церебральным параличом при алалии значительно выражены общие нарушения нервно-психической деятельности, то логопедическую работу в ряде случаев целесообразнее начинать с коррекции неязыковых нарушений. При коррекции языковых нарушений, учитывая принцип нормального онтогенеза речи, целесообразно начинать работу с развития понимания речи (смысла высказывания и значения слов). Затем ребенка обучают умению самостоятельно строить речевое высказывание. Во всех случаях важно учить ребенка общаться при помощи все более и более распространенных предложений.

Алалия у детей с церебральным параличом резко нарушает процесс их обучения и адаптацию в обществе. Поэтому во всех случаях необходима ранняя и систематическая логопедическая работа.

При алалии значительно затруднено развитие интегративной деятельности мозга, которая и так существенно нарушена у детей с церебральным параличом. У детей не формируется спонтанно способность интегрировать сенсорно-моторную информацию в поведенческие схемы. В связи с этим при алалии в значительной степени выражены так называемые неречевые симптомы (нарушения эмоционально-волевой сферы, поведения, внимания, памяти, интеллекта, мышления), что резко затрудняет адаптацию детей в окружающей социальной среде. Поэтому логопедическая работа должна предусматривать коррекцию как речевых, так и неречевых нарушений. Работа по коррекции и преодолению неречевых нарушений должна начинаться как можно раньше и включать формирование психологических предпосылок речи на основе ведущей для данного возраста деятельности.

По мере развития регулирующей функции речи и овладения умением осуществлять самоконтроль логопед прекращает столь близкий контакт с обучаемым ребенком. Во время занятий должны быть исключены отвлекающие внимание ребенка раздражители.

Логопедическая работа проводится поэтапно и дифференцируется в зависимости от формы алалии, ее тяжести и возраста ребенка. При моторной алалии начальной задачей является формирование необходимых исходных речевых умений и навыков в непосредственной деятельности ребенка.

На первом (подготовительном) этапе формируют психические процессы, составляющие основу речевой деятельности. У ребенка

последовательно развивают память, внимание, мышление, потребность к речевому общению.

Кроме того, у детей развивают умения и навыки, направленные на восприятие, осмысление и понимание речевого сообщения.

На втором этапе развивают начальные речевые навыки в ситуации диалогического общения. При этом большое внимание уделяют развитию предикативной функции речи в процессе предметно-действенного и игрового общения ребенка со взрослым. У ребенка последовательно развивают семантические, лексические, синтаксические, морфологические, фонематические и фонетические речевые операции.

На третьем этапе основной задачей является формирование высказывания как основной единицы речевого действия. Для этого ребенка обучают навыкам грамматического структурирования, т.е. построению предложений различных типов.

И наконец, на четвертом этапе развивают навыки связной речи. При этом большое внимание уделяется формированию умения планировать речевое сообщение, отбирать необходимые слова, контролировать свое высказывание.

На всех этапах работы проводятся специальные занятия по предупреждению и преодолению нарушений письменной речи.

При сенсорной алалии основной задачей является развитие понимания обращенной речи и формирование коммуникативных навыков и умений. Работа также проводится поэтапно. На подготовительном этапе основное внимание уделяется формированию неречевых психических процессов. У ребенка развивают зрительное и тактильное восприятие, произвольное внимание, память, мышление. Особое внимание уделяют развитию слухового восприятия. Прежде всего у ребенка развивают дифференцированное слуховое восприятие различных неречевых раздражителей. При помощи звучащих игрушек ребенка учат дифференцировать различные звуки по громкости, высоте, длительности. Развивают способность локализовать источники звуков, дифференцировать различные ритмические структуры.

Одновременно формируют психологические предпосылки восприятия речи: развивают речеслуховое внимание, понимание речи в конкретной ситуации.

На втором этапе основное внимание уделяется развитию навыков понимания речи вне конкретной ситуации. Для этого развивают слуховую память, способность узнавать слова по их звуковой форме. Кроме того, формируют умение соотносить слова с обозначаемыми ими предметами и действиями.

На третьем этапе наряду с расширением работы по развитию понимания речи формируют коммуникативные умения и навыки. Для этого прежде всего развивают фонематический анализ и синтез, фонематические и фонетические операции, одновременно развивая семантическую и лексико-грамматическую сторону речи. На всех этапах работы опираются на зрительный анализатор.

При алалии нормализация деятельности, поведения и выработка самоконтроля — первая важная задача коррекционной работы. Когда эта задача в какой-то степени решена, индивидуальные занятия начинают сочетать с групповыми. При работе с детьми с моторной алалией группа может состоять из 3—6 детей дошкольного или школьного возраста; при работе с детьми с сенсорной алалией группа детей не должна превышать 2—3 человек. Уровень развития речевой коммуникации в группах должен быть различным, чтобы дети с более развитой речью стимулировали неговорящих детей. Групповые занятия проводятся в виде игры, в процессе которой дети должны общаться друг с другом.

Важное значение имеет сенсорное воспитание по развитию восприятия формы, величины, цвета, различных звуков. С детьми старшего дошкольного возраста проводятся специальные игры-упражнения по восприятию и различению геометрических форм, букв, цифр. Дети ощупывают их руками, лепят из пластилина, рисуют их в воздухе, узнают на ощупь с закрытыми глазами.

Постоянно проводится работа по развитию и расширению представлений об окружающем.

При работе с детьми, страдающими церебральным параличом, часто наиболее эффективным оказывается моторно-кинестетический метод. В этом случае работа по развитию коммуникативной стороны речи сочетается с двигательной-кинестетической стимуляцией (прикосновения, различные виды массажа, похлопывание по рукам, развитие мелкой моторики и кинестетических ощущений в пальцах рук и т.д.). Эти мероприятия особенно необходимы тогда, когда алалия сочетается с дизартрией.

Вопросы и задания

Вопросы для обсуждения на практическом занятии

1. Принципы логопедической работы по преодолению алалии при ДЦП.
2. Поэтапность проведения логопедической работы по преодолению алалии при ДЦП.
3. Направления коррекционно-логопедической работы при сенсорной алалии у детей с ДЦП.
4. Направления коррекционно-логопедической работы при моторной алалии у детей с ДЦП.
5. Принципы логопедической работы на начальных этапах коррекции речевых нарушений при алалии.

Задания на выявление освоения компетенций

1. Заполнение схемы «Этапы логопедической работы по преодолению алалии при ДЦП».

Этапы	Характеристика этапа
...	...

2. Составить схему логопедической работы при алалии у детей с ДЦП.

3. Решите тесты:

Если ребенок обследуется не в динамике, то диагноз «алалия», поставленный в дошкольном возрасте, в период обучения в школе заменяется следующим диагнозом:

- a) олигофрения
- b) афазия
- c) синкenezия
- d) аутизм

Поражение одних и тех же мозговых структур и двигательных проводящих путей лежит в основе следующих двух форм церебрального паралича:

- a) спастическая диплегия и гемипаретическая
- b) спастическая диплегия и двойная гемиплегия
- c) двойная гемиплегия и гемипаретическая

Какие нарушения речевого высказывания наиболее выражены у детей со спастической диплегией при преимущественном поражении у них правых конечностей?

- a) -нарушения парадигматической структуры
- b) нарушения синтагматической организации речевого высказывания
- c) нарушения лексико-грамматического строя

При выраженности тонического лабиринтного рефлекса (ЛТР) у ребенка отмечается:

- a) повышение тонуса разгибательных мышц;
- b) при повороте головы в сторону повышается мышечный тонус в разгибателях той руки и ноги;
- c) при попытке взять предмет
- d) при поднятии рук вверх

Что является основной целью логопедической работы с детьми с ДЦП

На что направлена логопедическая работа при ДЦП

- a) на коррекцию двигательной сферы
- b) на коррекцию психической деятельности
- v) на коррекцию нарушения речи со стимуляцией развития всех ее сторон
- г) на мотивацию к речевой и сенсорной деятельности

Литература и электронные ресурсы:

Основная:

1. Приходько, О. Г. Логопедический массаж при коррекции дизартрических нарушений речи у детей раннего и дошкольного возраста / О.Г. Приходько. - Санкт-Петербург: КАРО, 2016. - 160 с.: табл., ил. - (Мастер-класс логопеда). - <http://biblioclub.ru/>. - ISBN 978-5-9925-0189-6, экземпляров неограничено

Дополнительная:

недоразвитием психических функций, осуществляющих процесс письма. А именно: зрительного восприятия, зрительного анализа и синтеза, пространственных представлений, зрительно-моторной координации, правильного произношения и слуховых дифференцировок, языкового анализа и синтеза, недостаточного развития лексико-грамматического строя языка, а также двигательные нарушения.

Вопрос о нарушениях письма у детей с церебральным параличом в литературе освещен недостаточно. В ряде случаев несформированность графо-моторных навыков служит причиной особого вида нарушений – моторной или кинетической дисграфии (О.А.Токарева).

В работах Л.А. Даниловой, Е.М. Мастюковой, М.В. Ипполитовой указывается на большую распространенность нарушений чтения и письма, и описываются формы дисграфии. К первой относятся дисграфии, обусловленные нарушениями зрительного восприятия формы и недоразвития пространственных представлений, что проявляется в зеркальном написании букв, их смещениях, искажениях зрительного образа буквы. Ко второй форме дисграфии отнесены ошибки, обусловленные нарушением дифференциации звуков. Р.И. Лалаева в своем исследовании выделила группы дисграфических ошибок у детей с ДЦП: замены букв, соответствующие правильно произносимым и нарушенным звукам, искажения звукослоговой структуры слова, нарушения структуры предложения, аграмматизмы, оптические ошибки, а также многочисленные нарушения графо-моторных навыков, вызванные неправильным формированием двигательного акта письма.

Анализируя психологические механизмы, приводящие к возникновению ошибок на смещения в письменных работах учащихся с ДЦП, Е.Ф. Собонович отмечает, что неточность фонематических представлений свидетельствует о неправильности звуковых образов слов, которые в норме формируются достаточно рано. При нарушениях произношения звуковые образы слов не коррелируют с особенностями артикулирования, что происходит в результате недостаточности операции сличения языкового эталона с собственным дефектным произношением

Особенности овладения графическими навыками рассмотрены в работах М.В.Ипполитовой, Р.Д.Бабенковой.

Овладение техникой письма детьми с церебральным параличом происходит достаточно медленно и характеризуется определенным своеобразием. Дефекты моторики, обуславливающие изменения в движениях руки, приводят к плохому почерку, низкой скорости письма и являются причиной определенных графических ошибок, а порой способствуют формированию неправильного двигательного навыка письма с нерациональными компенсациями. Часты случаи, когда написанное не может прочитать не только учитель или логопед, но и сам писавший ребенок.

М.В.Ипполитова отмечает, что у детей с ДЦП изменена сама биомеханика письма. Это обусловлено несколькими факторами:

- несформированностью или нарушением акта хватания, обеспечивающего формирование способа удержания ручки или карандаша;
- повышение тонуса мышц кисти, общее напряжение позы, паретическое состояние мышц кисти и пальцев, гиперкинезы нарушают тонкие координационные взаимоотношения в ритмическом сокращении и расслаблении мышц пальцев рук, обеспечивающих те движения пальцев, которые лежат в основе двигательного акта письма;
- слабость кинестетических ощущений пальцев рук;
- усилением симметричного шейно-тонического рефлекса. В этом случае ученики сидят за столом с опущенной головой, резко ссутулившись и сгибая перед собой руки, подвинув тетрадь близко к себе.

Для учащихся характерны следующие графические недочеты на письме:

- неправильное написание строк (зубчатость, выгнутость, вогнутость, косое расположение букв, несоблюдение и пропуск строки, несоблюдение полей);
- выпадение элементов букв или их законченность, лишние дополнения, неодинаковый их наклон);
- нарушение размера букв и соотношения их по ширине и высоте;
- прерывистость письма или повторение отдельных элементов за счет насильственных движений.

Предупреждению дисграфии у детей с ДЦП способствует ранняя коррекционная работа, направленная как на развитие всех сторон речи, так и на развитие сенсомоторных функций: зрительного, слухового восприятия, зрительно-моторной координации, графо-моторных навыков.

Для предупреждения нарушений письменной речи необходимо осуществлять логопедическое воздействие на весь комплекс функций: устную речь, графо-моторные навыки, пространственные представления и зрительно-моторную координацию.

Постепенное усложнение работы при постоянной доступности и посильности и достигается следующими путями:

- ускорением темпа упражнений, заданий, речи логопеда и детей не только от занятия к занятию, но и в пределах отдельного занятия;
- планомерным уменьшением степени наглядности при показе и воспроизведении новых навыков и понятий;
- уменьшением степени расчлененности новых для ребенка понятий, навыков, упражнений;
- уменьшением степени поддержки детей в ходе занятий, переход от пассивно-активного способа выполнения к самостоятельному;
- постепенное усложнение предметного оборудования.

Дифференцированный подход с учетом клинической формы заболевания.

Клиническая форма и степень тяжести заболевания определяет характерные особенности познавательной деятельности и формирования графо-моторных навыков. Поэтому логопедическая работа направлена на

устранение специфических для каждой формы ДЦП нарушенных механизмов, формирование тех психических функций, которые необходимы для полноценного овладения письмом.

В процессе формирования функций, обеспечивающих овладение письмом, необходимо учитывать этапы и последовательность их формирования в онтогенезе. Например, коррекция зрительно-пространственных нарушений проводится в следующей последовательности: 1) развитие ориентировки на собственном теле; 2) ориентировка в окружающем пространстве; 3) ориентировка на листе бумаги; 4) определение пространственных соотношений предметов, элементов графических изображений, букв.

Подход к ребенку как целостной личности с учетом ее сложности и индивидуальных особенностей. Опора в работе на сохраняемые сильные стороны личности, активность и максимальную сознательность обучающегося ребенка.

Единство коррекционной работы с ребенком и его окружением.

Обязательное включение в коррекционный процесс семьи, воспитателей, специалистов, выработка единых подходов и преемственности в работе.

Задания для предупреждения нарушений письменной речи включают в себя упражнения, направленные на развитие двигательной активности, точности направленных (произвольных) и изолированных движений, формирование основных графических элементов письма, совершенствование пространственных представлений и зрительно-моторной координации, буквенного гнозиса.

Для детей с тяжелой степенью поражения работа проводится индивидуально. Во время занятий соблюдаются ортопедические условия (правильная посадка, использование ортопедического оборудования, фиксация листа и т.д.).

коррекционная работа логопеда

В связи с двигательной патологией, нарушениями зрения, недостаточным развитием пространственных представлений большинство детей находятся на самом низком уровне владения основными приемами графической деятельности. При детском церебральном параличе часто отсутствуют или искажаются именно те предпосылки, которые создают условия выполнения ребенком произвольных движений и целенаправленных действий, в том числе письма. Это вызвано патологическими изменениями тонуса и ослабленностью мышц, снижением проприоцептивной чувствительности, недостаточным развитием осязания.

При церебральной патологии у детей усиливаются синкинезии (содружественные движения, произвольно сопровождающие основное) и часто отмечаются стереотипные комбинации движений, которые, мешая развитию точности действий, трудно преодолеваются. Наиболее трудно детям с церебральными параличами бывает изолировать тонкие движения пальцев рук и дифференцировать сгибания в отдельных суставах, что так

необходимо для письма. Цель занятий - формировать моторную и психологическую базу для овладения навыками письма. На этом этапе решаются следующие задачи:

- нормализация мышечного тонуса или уменьшение гиперкинезов в пишущей руке;
- формирование умения выделять и выполнять по возможности правильно, с большой амплитудой движения в плечевом, локтевом, лучезапястном суставах пишущей руки;
- научить детей воспроизведению изолированных движений одной и другой рукой, подавляя патологические рефлекс;
- обучать дифференцированному захвату различных предметов;
- формирование правильного захвата и удержания ручки;
- формирование пространственной ориентировки на плоскости листа бумаги.

Специфическими разделами для детей со спастической и атонически-астатической формами ДЦП являются нормализация мышечного тонуса. Повышенный мышечный тонус ограничивает возможности ребенка в воспроизведении в полном объеме сложных движений, необходимых для осуществления двигательного акта письма, а пониженный тонус – не позволяет ребенку выполнять движения с нужной силой и соразмерностью.

Для нормализации мышечного тонуса используются приемы:

1) Работа с глиной, тестом способствует нормализации мышечного тонуса и развитию ручной деятельности, т.е. способствует преодолению основных нарушений для детей с церебральным параличом. Ребенок должен сначала разминать с напряжением большой кусок теста или глины, а затем отщипывать, отрывать отдельные части и раскатывать шарик, колбаску движениями ладоней и каждым пальцем отдельно. Дети могут лепить те элементы и фигуры, которые затем будут учиться писать. Сначала это отдельные прямые, изогнутые и волнистые линии, затем основные элементы печатных и письменных букв. А при изучении буквы – лепка деталей и целой буквы. При этом обязательно проговаривание, называние частей и самой буквы;

2) Использование наждачной бумаги. Поскольку дети с ДЦП имеют глубокую задержку и нарушение развития тактильного и мышечно-суставного чувства, необходимо использовать дополнительные тактильные раздражители для упроченного закрепления следовых образов. Поэтому первоначально ребенок проводит 3-5 раз все линии и фигуры пальцем по наждачной бумаге сначала совместно с логопедом, потом самостоятельно.

Основными направлениями работы для детей с гиперкинетической формой ДЦП следующие:

- воспитание возможности произвольного торможения гиперкинезов с использованием адекватных компенсаторных приспособлений;
- развитие проприоцептивной чувствительности, пространственных и временных ориентировок в движениях;

- обогащение двигательного опыта с опорой на ознакомление ребенка с общей схемой двигательного акта.

Для детей с гиперкинетической формой для уменьшения гиперкинезов используются:

- короткая нагрузка (5-7 минут) на руки;
- утяжелители на руку, противоположную ведущей.

Работу по развитию двигательного праксиса начинают с копирования детьми движений по элементам, затем переходят к воспроизведению двигательных комплексов. Сначала детей обучают простым статическим позам кистей и пальцев рук, постепенно усложняя их (каждое положение рук имело игровое название). Потом были добавлены упражнения с последовательно производимыми мелкими движениями пальцев и, наконец, с одновременно производимыми движениями.

Для развития движений рук можно использовать имитационные движения:

- «петушок машет крыльями» (дети быстро отводят и приводят к туловищу руки);
- «паровозики» (руки согнуты в локтях, локти прижаты к туловищу, кисти сжаты в кулаки - выполняют круговые движения в плечевых суставах);
- «пила» (имитация движений рук, удерживающих пилу);
- «молоток» (дети сидят за партами, руки перед собой, кисти сжаты в кулак – поочередное постукивание кистью одной руки о другую);
- «хлопушки» (дети выполняют похлопывание ладонями с различным положением рук – перед собой, над головой, справа, слева и т.д.).

Вопросы и задания

Вопросы для обсуждения на практическом занятии

1. Общая характеристика нарушений письменной речи
2. Предупреждение дисграфии у детей с ДЦП
3. Методика коррекции нарушений письменной речи
4. Дифференцированный подход в логопедической работе с учетом клинической формы заболевания
5. Коррекция графических навыков
6. Формирование буквенного анализа и синтеза

Задания на выявление освоения компетенций

1. Заполните таблицу «Этапы логопедической работы при коррекции письменной речи у детей с ДЦП»

Этап	Направления работы
...	...

2. Составление ЛОС по теме

3. Заполните таблицу «Взаимосвязь форм ДЦП и нарушений письма»

Форма ДЦП	Характеристика нарушений письма
...	...

