**КУ ХМАО – ЮГРА «Урайский специализированный Дом ребенка»**

**МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ**

**ДЛЯ ПЕДАГОГОВ ДЛЯ РАБОТЫ**

**С ДЕТЬМИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

**С ДЕТСКИМ ЦЕРИБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ (ДЦП)**



**ПОДГОТОВИЛ УЧИТЕЛЬ – ДЕФЕКТОЛОГ:**

**МАЙСЮК АЛЬВИНА МУНИРОВНА**

**г.Урай, 2021 г.**

**Дети с детским церебральным параличом (ДЦП), имеющие глубокую умственную отсталость, вследствие сочетания недостатков двигательной сферы и познавательной деятельности нуждаются в специальных условиях обучения и воспитания.**

* К детям с нарушением опорно-двигательного аппарата обычно относят детей с детским церебральным параличом (ДЦП).
* Детский церебральный паралич составляет группу расстройств двигательной сферы, которые возникают в результате поражения двигательных зон и двигательных проводящих путей головного мозга.
* Основная особенность при ДЦП - существование двигательных нарушений с самого рождения и их тесная связь с сенсорными нарушениями.
* Из – за имеющихся у ребенка двигательных нарушений различной степени он с рождения оказывается полностью зависим от взрослых. Это отрицательно влияет на эмоциональную сферу ребенка, у него отсутствует инициативность и развивается пассивность в действиях.
* Особенностью психического развития при детском церебральном параличе является не только его замедленный темп, но и неравномерный характер, ускорение в развитии одних функций, и отставание других.
* Расстройства внимания и памяти проявляются в повышенной отвлекаемости, неспособности длительно концентрировать внимание, узости его объема, преобладании вербальной памяти над зрительной и тактильной.
* Нарушение пространственного гнозиса: проявляется в замедленном формировании понятий, определяющих положение предметов и частей собственного тела в пространстве, неспособности узнавать и воспроизводить геометрические фигуры, складывать из частей целое.

**Интеллектуальное развитие детей с детским церебральным параличом может быть сохранным, но несколько сниженным. По мнению Э. С. Калижнюк, дети с ДЦП могут подразделяться на две группы в зависимости от степени нарушения интеллекта (задержка психического развития и атипичная форма олигофрении).**

* Для детей с ДЦП характерно недоразвитие высших форм мыслительной деятельности – абстрактного мышления.
* Характерными проявлениями речевых расстройств у таких детей являются разнообразные нарушения звукопроизносительной стороны речи. Вот почему речь этих детей невнятна и мало понятна для окружающих. Тяжесть нарушений звукопроизносительной стороны речи усиливается за счет дыхательных расстройств: речевой выдох укорочен, во время речи ребенок производит отдельные вдохи, речь теряет плавность и выразительность.
* Почти все дети с ДЦП отличаются повышенной утомляемостью. При целенаправленных действиях, требующих участия мыслительных процессов, они становятся вялыми быстрее, чем их здоровые сверстники, им трудно сосредоточиться на задании. Они могут отказаться выполнять задание, если им не удается с ним справиться, и полностью потерять интерес к нему.

**Личностное развитие у воспитанников с ДЦП имеет свои особенности**.

* Эмоциональные нарушения проявляются в виде повышенной возбудимости, склонности к колебаниям настроения, появлению страхов.
* Склонность к колебанию настроения часто сочетается инертностью эмоциональных реакций. Так, начав плакать или смеяться, ребенок не может остановиться.
* Повышенная эмоциональная возбудимость нередко сочетается с плаксивостью, раздражительностью, капризностью, реакциями протеста, которые усиливаются в новой для ребенка обстановке и при утомлении.

**Дети с детским церебральным параличом очень чутко чувствуют отношение к ним окружающих и реагируют на любое изменение в их поведение. Такие дети очень впечатлительны, их легко обидеть, вызвать у них недовольство или какую-либо негативную реакцию.**

* Работа начинается с разработки программы, в соответствии с уровнем развития ребенка. Для этого, на начальном этапе обучения, необходимо изучить возможности ребенка, уточнить уровень его психического развития.
* При определении содержания обучения для детей с ДЦП учитываются как общие задачи образования и воспитания, так и специальные коррекционные.
* Как правило, эти дети находятся на 1 этапе доречевого развития и характеризуются отсутствием ориентировочных реакций на зрительные и слуховые раздражители.
* Голосовая активность отсутствует, функция рук не развивается. Нарушен тонус мышц языка, губ; функции сосания, глотания.

**Основные направления коррекционной работы могут быть следующими:**

1. Нормализация (стимуляция) врожденных безусловных оральных рефлексов.
2. Дыхательные упражнения (вокализация выдоха).
3. Развитие «комплекса оживления» с включением голосового компонента.
4. Стимуляция голосовых реакций.
5. Развитие слухового и зрительного сосредоточения.
6. Нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата (пассивная артикуляционная гимнастика, логопедический массаж).
7. Выбор позы для занятий.
8. Нормализация положения кисти пальцев рук.

* Технические средства реабилитации существенно облегчают жизнь ребенка с ДЦП, они должны быть абсолютно безопасны и просты в обращении.
* Педагог должен постоянно следить за осанкой ребенка, правильным положением конечностей.
* При возникновении нежелательных патологических двигательных реакций взрослый способствует их преодолению путем пассивно-активных вмешательств.
* Каждую встречу желательно начинать с пассивной гимнастики, которая способствует выработке кинестетических и зрительных ощущений схемы движения, тормозит содружественные реакции, предупреждает развитие контрактур и деформаций, стимулирует выработку изолированных движений.
* Пассивные движения следует повторять многократно, фиксируя внимание ребенка на их выполнении.

**Как только ребенок научится выполнять хотя бы часть движений, нужно переходить к пассивно-активной гимнастике.**

* **Пассивные упражнения кистей и пальцев рук:**
* Поглаживающие, разминающие движения по каждому пальцу от кончика к основанию.
* Похлопывание, перетирание кончиков пальцев, а также области между основаниями пальцев.
* Поглаживание и похлопывание тыльной поверхности кисти и руки (от пальцев до локтя).
* Похлопывание кистью ребенка по руке педагога, по мягкой и жесткой поверхности.
* Вращение пальцев, отдельно каждого.
* Круговые повороты кисти.
* Отведение-приведение кисти вправо-влево.
* Поочередное разгибание пальцев кисти, а затем сгибание пальцев (большой палец располагается сверху).
* Массаж с использованием различныхмассажеров.
* Противопоставление большого пальца остальным (колечки из пальцев). Используют упражнения: сдавливание мягких игрушек большим и указательным пальцами, раздвигание ножниц, рукопожатие, игры с куклами, одевающимися на пальцы.
* Противопоставление (соединение) ладоней и пальцев обеих рук.
* Также, формируют функцию хватания, разжимания кисти, перекладывания предмета из одной руки в другую.
* Для стимуляции изолированных движений указательного пальца используют следующие упражнения: надавливание пальцем на пластилиновые шарики, рисование пальчиковыми красками.
* На всех занятиях необходимо использовать стимулы различной модальности – зрительной, слуховой, тактильной и использовать эту стимуляцию длительное время.

Сочетание стимулов различной модальности (музыки, цвета, запахов) может оказывать различное воздействие на психическое и эмоциональное состояние ребенка. Тонизирующее, стимулирующее, восстанавливающее, укрепляющее, расслабляющее, успокаивающее.

**Таким образом, решаются разные задачи:**

- формирование фиксации взора, концентрации внимания, плавного прослеживания и зрительно-моторной координации.

- формирование представлений о цвете, форме и величине (используются разноцветные стаканчики, подушечки, мячики, тарелочки, коробочки и т.д).

- развитие тактильной чувствительности (вкладывание предметов в ладони ребенка).

Занятия проводятся в игровой форме. Особенности развития мышления у детей с умственной отсталостью, делают необходимым применение разнообразного наглядного материала.

**Методическая рекомендация по работе с детьми с ДЦП.**

1. Коррекционную работу нужно начинать как можно раньше, так как вследствие нарушения некоторых психических функций могут вторично нарушаться другие психические процессы.
2. Коррекционные мероприятия, должны осуществляться посредством разнообразных игр, т. к. ведущей деятельностью в этом возрасте является игра. Игра способствует благоприятному развитию психики ребенка и его речи, приобретению им различных умений и навыков.
3. Важно грамотно организовать двигательный режим. Необходимо подбирать наиболее удобную для ребёнка позу во время работы за столом, игр, сна.
4. Во время коррекционного занятия важно своевременно проводить равномерные включения динамических пауз (через 10 минут).
5. Длительности коррекционных занятий, усложнение заданий, увеличение амплитуды действий должно происходить постепенно с учётом индивидуальных возможности ребёнка.
6. В течение занятия важно активизировать работу всех анализаторов (двигательного, зрительного, слухового, кинестетического).
7. Дети должны слушать, смотреть, проговаривать, а использование музыки, танцев благоприятно влияет на развитие моторики у таких детей.
8. В процессе обучения и воспитания педагогу важно уделять внимание одобрению при неудачах, поощрение за малейший успех такого ребёнка.
9. Педагогу необходимо знать положительные черты характера, на которые можно будет опереться в процессе учебной деятельности, а также негативные, требующие особого внимания со стороны педагога.
10. Уделять особое внимание развитию сенсорных эталонов.
11. Для коррекции нарушений кинестезии проводить игры, помогающие детям на ощупь определять предмет.
12. Ручные навыки необходимо развить поэтапно: научить произвольно брать, опускать предметы, перекладывать их из руки в руку, укладывать в определённое место, выбирать предметы.
13. Развивать конструктивные способности в различных видах продуктивной творческой деятельности, при этом педагог работает с ребенком «рука в руке», постепенно приучая его к самостоятельному выполнению.
14. Необходимо стимулировать речевую активность ребенка, с помощью описанию предметов, действий, загадыванию и отгадыванию загадок. Использовать игры и упражнения на формирование правильного речевого дыхания, *сильной воздушной струи.*
15. Использовать игры по звукоподражанию способствующие правильному звукопроизношению речи.

**На занятиях необходимо соблюдение двигательного режима:**

- фиксация в специальном стуле, удерживающем вертикальное положение ребенка сидя или стоя;  
- применение утяжелителей для детей с размашистыми гиперкинезами (насильственными движениями), осложняющими захват предмета (ручки, книги или др.) или другую учебную деятельность (например,  
- чтение, т.к. гиперкинезы мешают фиксации взгляда и прослеживанию строки);  
- перерыв в занятии на физкультминутку.  
В каждое занятие желательно включать упражнение на пространственную и временную ориентацию *(например, положи ручку справа от тетради; найди сегодняшнюю дату на календаре и т.д.).*

Для детей с усиленным слюнотечением *(саливацией)* требуется контролирующая помощь со стороны взрослого с напоминанием проглотить слюну для формирования у ребенка устойчивой привычки – контроля за слюнотечением.

Необходимо обращать внимание на состояние эмоционально-волевой сферы ребенка и учитывать его во время занятий (детям с церебральным параличом свойственна повышенная тревожность, ранимость, обидчивость; например, гиперкинезы и спастика могут усиливаться от громкого голоса, резкого звука и даже при затруднении в выполнении задания или попытке его выполнить).

Для детей, имеющих тяжелые нарушения моторики рук (практически всегда они связаны с тяжелым нарушением речи), необходим индивидуальный подбор заданий в тестовой форме, позволяющий ребенку не давать развернутый речевой ответ.

На занятии требуется особый речевой режим: четкая, разборчивая речь без резкого повышения голоса, необходимое число повторений, подчеркнутое артикулирование.

|  |
| --- |
| [**Особенности работы с детьми с ДЦП**](http://doshkolnik.ru/zaniatia-s-detmi/23785-osobennosti-raboty-s-detmi-s-dcp.html) |

|  |
| --- |
| [**Занятия с детьми**](http://doshkolnik.ru/zaniatia-s-detmi.html) |
|  |
|  |
| I. Детский церебральный паралич – заболевание центральной нервной системы при ведущем поражении двигательных зон и двигательных проводящих путей головного мозга. При детском церебральном параличе имеет место раннее органическое поражение двигательных и речедвигательных систем мозга. Причины этих нарушений могут быть разные:   * Асфиксия; * Родовая травма; * Недоношенность; * Гемолитическая болезнь; * Инфекционные заболевания; * Черепно-мозговые травмы; * Нарушения мозгового кровообращения; * Опухоли головного мозга.   I. **Диагностика**  У детей с ДЦП резко затормаживается общее развитие двигательных функций, нарушены движения конечностей и всех частей тела в результате спазмов мускулатуры *(параличей)*, наблюдаются гиперкинезы *(непроизвольные беспорядочные движения конечностей)*. Степень двигательных нарушений у детей различна в зависимости от локализации и тяжести поражения мозга. Некоторые испытывают полную зависимость от посторонней помощи в передвижении, самообслуживании и предметной деятельности.  Речевая недостаточность у детей с ДЦП может варьироваться от полного отсутствия речи *(анартрия)* до развернутой речи с выраженными проявлениями лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития.  Для детей с ДЦП характерно снижение слуха, особенно на высокочастотные тона. Поэтому ряд звуков ими не воспринимается. В собственной речи они их пропускают или заменяют другими звуками. У большинства наблюдается ретинопатиянедоношенных.  **Интеллектуальное развитие детей с ДЦП различно.**  Степень умственной отсталости колеблется от лёгкой до глубокой. У детей наблюдается задержка формирования психических функций и быстрая истощаемость всех психических процессов: они пассивны, нерешительны, пугливы, у некоторых отмечается склонность к упрямству, быстрой смене впечатлений, болезненно реагируют на повышение голоса говорящего, настроение окружающих.  Сон у большинства не крепкий, часто просыпаются, плачут. Нарушения бывают и в работе внутренних органов, которые проявляются в расстройствах аппетита, рвоте, энурезах.  Выраженность двигательного нарушения у ребенка не соотносится с выраженностью отклонений в его умственном развитии.  Исследования показали, что ДЦП – заболевание, имеющее не прогрессирующий тип течения.  III. **Описание работы воспитателя**  Зная и учитывая основные проявления заболевания, воспитатель грамотно организует работу, создавая условия интеграции ребенка с ДЦП в среду здоровых сверстников, и обеспечивая взаимодействие медицинской и педагогической помощи.  **Главные принципы коррекционно-педагогической работы с детьми с ДЦП:**   * Раннее начало специальной коррекционно-педагогической работы. * Поэтапное развитие всех психических функций. * Использование кинестетической стимуляции в развитии функций: моторных, речевых, сенсорных. * Творческое применение общедидактических принципов * индивидуального подхода * систематичности * последовательности * наглядности * активности. * Организация занятий в ведущей деятельности ребенка *(игре)* * Формирование и развитие двигательных навыков, точной ручной моторики, зрительно-пространственной координации. * Развитие навыков опрятности и самообслуживания. * Комплексное медико – психолого -педагогическое воздействие с включением родителей.   Коррекционно-развивающие занятия с ребенком воспитатель проводит в игровой деятельности.  Игра способствует благоприятному развитию психики ребенка и его речи, приобретению им различных умений и навыков. В течение занятия важно активизировать работу всех анализаторов *(двигательного, зрительного, слухового, кинестетического)*.  Воспитатель должен накапливать словарь ребенка, читать, показывать, называть картинки. Ребенку необходимо учиться слушать, смотреть, проговаривать, повторять простейшие движения по музыку.  Огромное значение имеет ранняя логопедическая работа.  Эффективность физиотерапевтического и логопедического воздействия возрастает за счёт медикаментозного лечения.  Вместе с тем должна проводиться коррекционная работа, направленная на общее развитие ребенка, предупреждение возникновения у него нежелательных личностных черт: упрямство, раздражительность, неуверенность, боязливость.  Необходимо формировать познавательную деятельность, т.к. у многих детей с ДЦП имеются потенциально сохранные предпосылки к развитию мышления, в том числе и его высших форм.  Этот совместный труд многих специалистов, на наш взгляд, профессиональный подход к проблеме обучения, развития и социализации детей с ДЦП. |

**Основные направления работы с детьми с детским церебральным параличом в условиях Дома ребенка.**

Коррекционно-развивающая работа с детьми с д.ц.п. складывается из следующих направлений:

- изучение анамнеза, обследование детей;

- определение основных направлений работ;

- составление индивидуальных программ;

- комплексное воздействие, включающее совместную работу педагогического и медицинского персонала.

**Изучение анамнеза** детей, поступивших в Дом ребенка с диагнозом «детский церебральный паралич» показывает, что это заболевание не передается по наследству, а развивается вследствие кислородного голодания (асфиксии или гипоксии) и травмы головного мозга ребенка в период внутриутробного развития, а также во время родов на фоне недоношенной или переношенной беременности при несоответствии размеров родовых путей и головки ребенка.

Факторы, которые приводят к патологии беременности, также могут влиять на возникновение у малыша д.ц.п.

К ним относятся: травмы мамы во время беременности и родов, такие заболевания, как сахарный диабет, эндокринные нарушения, нарушения кровообращения головного мозга у плода, токсикозы беременности, угроза прерывания беременности, несовместимость крови матери и плода, обвитие плода пуповиной, сосудистые заболевания матери (атеросклероз, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца), гиповитаминоз.

Спровоцировать возникновение д.ц.п. у ребенка могут также нерациональное питание матери во время беременности, инфекционные заболевания, приводящие к внутриутробному энцефалиту, менингиту, в результате которых происходит разрушение клеточных структур мозга плода.

К группе риска детей с д.ц.п. в последнее время относят и таких здоровых детей, у которых до года жизни возникла грубая патология повреждения мозга. В этом случае беременность и роды прошли нормально, но в первые месяцы жизни ребенок заболел, например, менингитом, или мама кормила его продуктами, не соответствующими его возрасту (например, в 6 месяцев часто давала копченое сало), вследствие чего малыш заразился сальмонеллезом, наступила клиническая смерть, гибель мозга и, соответственно, - специфическая неврологическая симптоматика.

**При обследовании детей** с д.ц.п. выявляется недостаточность тонких дифференцированных движений пальцев рук.

У некоторых детей при достаточном объеме движений, при нормальном мышечном тонусе отмечаются нарушения, которые носят название апраксии (неумение выполнять целенаправленные практические движения, действия).

Такие дети с трудом осваивают навыки одевания, раздевания, застегивания пуговиц, затрудняются в конструировании из кубиков, палочек.

В ряде случаев двигательная недостаточность проявляется в нарушениях равновесия и координации движений.

При некоторых формах заболевания затруднено выполнение всех произвольных движений, главным образом из-за насильственных, непроизвольных движений – гиперкинезов.

Независимо от степени двигательных дефектов у детей с д.ц.п. встречаются нарушения эмоционально-волевой сферы, поведения, интеллекта.

Это проявляется в повышенной возбудимости, чрезмерной чувствительности ко всем внешним раздражителям, пугливости. У одних детей наблюдаются беспокойство, суетливость, у других – вялость, пассивность, заторможенность.

Кроме того, дети, попадающие в Дом ребенка, переживают состояние психической депривации, которое возникает при отделении ребенка от лиц, которые до этого являлись для него источником эмоционального удовлетворения.

Интеллектуальное развитие часто неравномерно задержано: одни психические функции развиваются соответственно возрасту, другие значительно отстают.

У 10-15 % детей с церебральным параличом имеются нарушения слуха, особенно они характерны для больных с гиперкинезами. Отставание в развитии речи у этих детей обусловлено отставанием в овладении ходьбой и манипулятивной деятельностью.

В связи с ограниченной подвижностью мышц языка и губ, насильственными движениями в дыхательной и артикуляционной мускулатуре (в мышцах лица, языка) часто нарушается звукопроизношение.

По окончании обследования составляется индивидуальная программа на ребенка. Определяется приоритетная задача. Решается, чему необходимо научить малыша в первую очередь, а что необходимо закрепить на занятиях и в бодрствовании. Определяется, какие задачи будут реализованы у дефектолога на занятиях, а какие – на занятиях у воспитателя. После того, как ребенок овладел одной из задач программы, в нее вносятся изменения и дополнения.

**Основные разделы работы:**

- Воспитание навыков самообслуживания и гигиены.

Развитие двигательных функций происходит поэтапно. Вначале формируем необходимые предпосылки для возможности самостоятельного передвижения: удерживание головы и туловища, равновесия. Большую роль здесь играет работа массажиста, специалиста лфк.

Развитие ручной моторики проводим как в игровой деятельности, так и в повседневной жизни. На первом этапе учим произвольно брать и опускать предметы, перекладывать их из руки в руку, укладывать в определенное место, выбирать предмет в зависимости от размера, веса, формы, соразмеряя двигательные усилия.

Важной задачей является обучение ребенка самостоятельному приему пищи. Начинаем с привития навыка подносить руку ко рту, затем брать хлеб и подносить его ко рту, брать ложку, самостоятельно есть (вначале густую пищу), держать кружку и пить из нее.

Обучаем ребенка различным действиям во время одевания. Эти занятия проводим в игровой форме на специальной раме. Вначале учим расстегивать большие пуговицы, затем маленькие. Учим расшнуровывать и зашнуровывать ботинки. Затем все эти навыки закрепляем в играх на кукле и после этого переносим их на самого ребенка.

**- Формирование действий с предметами и подготовка руки к письму.**

Вначале учим ребенка лежать на животе, для правильной опоры руки должны быть под грудью. После закрепления данного положения переходим к упражнению: поочередно выпрямляем то одну, то другую руку и направляем ее к игрушке. Когда ребенок лежит на спине, помогаем ему направлять руку к видимому предмету, отталкивать его, брать. Учим ребенка ощупывать свои руки, ноги, а также одеяло, игрушки. Все движения, которые возможны (дотянуться до игрушки, оттолкнуть ее, взять, выпустить, отбросить, переложить из руки в руку, постучать, помахать) формируем даже в том случае, если ребенок еще не сидит.

**Формирование целенаправленных движений рук** начинаем с обучения простейшим играм: «Ладушки», «Сорока-белобока», «Щелчки».

Эти игры предполагают выполнение определенных действий: погрозить пальцем, указать пальцем предмет, направление, подозвать к себе пальцем, помахать рукой, погладить куклу по голове, постучать в дверь одним пальцем, по очереди несколькими пальцами («игра на пианино», «дождь идет»).

Используем имитационные движения («петушок машет крыльями», «дровосек колет дрова», «плотник стучит молотком»).

При обучении движениям рук и действиям с предметами каждое новое движение показывается рукой ребенка, затем он выполняет его самостоятельно (при необходимости помогаем).

**Проводим подготовительные упражнения с карандашом**: садимся справа от ребенка, показываем, как нужно правильно держать карандаш (устанавливаем руку в нужном положении, вкладываем карандаш в руку ребенка и помогаем ему его удержать). Затем ребенок выполняет то же самостоятельно, поправляем ему руку и пальцы, затем данная поза пальцев воспроизводится без карандаша. Ребенок берет карандаш и крепко его удерживает, тянем его вверх, вниз, в стороны. Далее ребенок держит карандаш, как при письме, тремя пальцами. Удерживаем нижний конец карандаша, а ребенок вырывает его, сгибая только пальцы. На поверхности стола натягиваем резинку. Ребенок, сгибая пальцы, старается оттянуть ее карандашом.

**При повышении тонуса** в сгибательных группах мышц кисти работу для развития движений пальцев начинаем после расслабления кисти руки: плавными движениями потряхиваем руку ребенка, начиная от плеча.

Учим ребенка ставить на бумаге точки на различном расстоянии, вертикальные, горизонтальные, косые линии. Затем овалы, круги, полукруги контрастных размеров, рисуем «улитку», начиная с большого витка, не отрывая карандаша, чертим все меньше и меньше витков и заканчиваем точкой.

***Развитие координации движений***: рисуем квадраты один в другом от большего до точки, круги один в другом, цветки с лепестками, флажки, дома. Рисунки должны быть небольшие, так чтобы элементы их вырисовывались движениями пальцев.

- **Сенсорное воспитание** включает развитие зрительного, слухового, тактильного, кинестетического восприятия (восприятия движений).

***Зрительное восприятие*** у детей с д.ц.п. может быть нарушено за счет ограниченного движения глаз, нарушений фиксаций взора, снижения острот зрения. Для развития зрительного восприятия в поле зрения ребенка медленно перемещаем яркую игрушку: вначале по горизонтали, затем по вертикали и диагонали, добиваясь плавного движения глаз. Позже эти же движения ребенок выполняет по словесной инструкции, например, просим найти глазами в комнате окно, дверь, часы.

Учим различать цвета предметов и понимать их названия, подбирать одинаковые по цвету предметы, группировать их.

Для узнавания геометрических фигур используем ящики и доски с прорезями различной формы, в которые ребенок опускает фигуры.

Различаем и закрепляем понятия «большой», «маленький» в играх с пирамидками, матрешками, строительным материалом.

У многих детей с церебральным параличом может быть нарушена *тактильная чувствительность*. Ощущения от касания предметов кончиками пальцев таких детей сравнимы с теми, когда мы берем предмет в плотных перчатках. Развиваем тактильные ощущения, например, в игре «Чудесный мешочек». В мешочек из ткани помещаем разные предметы, ребенок опускает руку и достает нужный предмет, например, мягкий или круглый.

**При формировании *пространственных представлений***на первом этапе формируем представление о схеме тела, перемещении его в пространстве, ориентации в пространстве. На втором этапе – формируем пространственные представления в игровой, предметно-практической и конструктивной деятельности.

Упражнения для развития представлений о схеме тела. Сажаем ребенка лицом к зеркалу и просим потрогать глаза, нос, лоб, уши, плечи.

При тяжелой двигательной патологии упражнения проводятся с помощью взрослого (он дотрагивается рукой до указанных частей тела). Затем все эти упражнения на себе проводятся с закрытыми глазами. Ребенок называет ту часть тела, которую трогает. Далее упражнения проводятся на кукле, потом на картинках. Сажаем ребенка лицом к зеркалу, он обводит пальцем контур лица, глаз, носа, рта, затем пальцем обводит контур изображения лица на кукле, картинке.

Для развития ориентировки в пространстве выполняем упражнения с мячом, флажком или другими предметами перед зеркалом, каждый раз называя свои действия: «Мяч влево, вправо, вверх, вниз». Ребенок копирует движения и тоже проговаривает их. Затем взрослый проделывает упражнения молча, ребенок вновь копирует и проговаривает. Далее ребенок выполняет упражнения один по словесной инструкции.

- **Формирование представлений об окружающем и развитие речи** происходит согласно перспективным планам при ознакомлении с предметами, наблюдении за окружающими явлениями, при ознакомлении с картинным материалом.

Наряду с проведением специальных упражнений нужно помнить о правильном положении ребенка в течение дня. Нельзя, чтобы он сидел длительное время с согнутыми ногами. Это приводит к стойкой неправильной позе, способствует укорочению задних мышц бедра. Чтобы этого избежать, сажаем ребенка на стул так, чтобы ноги были выпрямлены, и в течение дня несколько раз укладываем его на живот.

Грамотно организованная коррекционная работа с детьми с д.ц.п. способна предупредить появление вторичных отклонений в развитии, обеспечить максимальную реализацию реабилитационного процесса, что позволит в дальнейшем включить значительную часть детей в общий образовательный поток.

Структура нарушений познавательной деятельности при ДЦП имеет ряд специфических особенностей, характерных для всех детей:

- сниженный запас знаний и представлений об окружающем мире. Дети с церебральным параличом не знают многих явлений окружающего предметного мира и социальной сферы, а чаще всего имеют представления лишь о том, что было в их практике.

- глубокая задержка и нарушение развития кинестетического анализатора (тактильное и мышечно-суставное чувство). Дети затрудняются определить положение и направление движений пальцев рук без зрительного контроля (с закрытыми глазами). Ощупывающие движения рук часто очень слабые, осязание и узнавание предметов на ощупь затруднены.

- выражены нарушения схемы тела. Значительно позже формируется представление о ведущей руке, о частях лица и тела. Дети с трудом определяют их на себе и на других людях. Затруднена дифференциация правой и левой стороны тела. Многие пространственные понятия (спереди, сзади, между, вверху, внизу) усваиваются с трудом. Дети с трудом определяют пространственную удаленность: понятия далеко, близко, дальше, чем заменяются у них определениями там и тут. Они затрудняются в понимании предлогов и наречий, отражающих пространственные отношения (под, над, около) - с трудом усваивают понятия величины, недостаточно четко воспринимают форму предметов, плохо дифференцируют сходные формы — круг и овал, квадрат и прямоугольник.

- нарушен целостный образ предметов (не могут сложить из частей целое — собрать разрезную картинку, выполнить конструирование по образцу из палочек или строительного материала). Часто отмечаются оптико-пространственные нарушения. В этом случае детям трудно копировать геометрические фигуры, рисовать, писать.

- отмечаются нарушения в формировании мыслительной деятельности. У некоторых детей развиваются преимущественно наглядные формы мышления, у других — наоборот, особенно страдает наглядно-действенное мышление при лучшем развитии словесно-логического.

Для психического развития при ДЦП характерна выраженность психоорганических проявлений:

- замедленность, истощаемость психических процессов.

- трудности переключения на другие виды деятельности, недостаточность концентрации внимания, замедленность восприятия, снижение объема механической памяти.

- снижение познавательной активности, что проявляется в пониженном интересе к заданиям, плохой сосредоточенности, медлительности и пониженной переключаемости психических процессов.

- низкая умственная работоспособность отчасти связана с церебрастеническим синдромом, характеризующимся быстро нарастающим утомлением при выполнении интеллектуальных заданий. При этом нарушается обычно целенаправленная деятельность.

**Приемы работы:**

1. Коррекционно-развивающая работа должна проводиться ежедневно.
2. Главное требование к педагогам - соблюдение охранительного режима. При проведении занятий важное значение имеет поза ребенка. Он должен находиться в той позе, которая в наибольшей степени способствует мышечному расслаблению, уменьшению насильственных движений.
3. Создание обстановки, способствующей эмоциональному спокойствию ребенка, в частности, устранение предметов, вызывающих его негативную реакцию.
4. Любое задание надо предлагать в игровой форме, которая вызовет интерес, но и за счет положительной эмоциональной стимуляции будет способствовать повышению психического тонуса, а следовательно, и улучшению работоспособности.
5. Поглаживание по голове или спине в качестве моральной поддержки на занятии.
6. При предъявления задания желательно опираться одновременно на несколько анализаторов (зрительный и тактильный, тактильный и слуховой).
7. Внедрение элементов новизны практически на каждом занятии, облегчающих восприятие материала.
8. Использование элементов релаксации: словесное внушение состояния покоя, музыкальный фон, способствующий расслаблению.
9. Занятия начинать с элементов самомассажа кисти и пальцев рук. При необходимости - оказание помощи, т.к. неудачи могут привести к отказу от занятий.
10. В коррекционную работу необходимо включать задания и упражнения для тренировки зрительно-моторной координации (глазодвигательные), плавного прослеживания, расширения поля зрения.

**Список литературы**

1. Арбашина Н.А. Двигательные церебральные нарушения. Саратов: Приволж. кн. изд-во, 2007.
2. Епифанцева Т.Б. Настольная книга педагога – дефектолога. Ростов н/Д: Феникс, 2006.
3. Дети с отклонениями в развитии. Методич. пособие. ( Автор – составитель Н.Д. Шматко) - М.: «Аквариум ЛТД», 2001.
4. Ипполитова М.В., Бабенкова Р.Д., Мастюкова Е.М. Воспитание детей с церебральным параличом.

Особенности работы с детьми с ДЦП