**Содержание**

Введение

Глава 1. Современное состояние проблемы изучения особенной общения матери и ребенка с церебральным параличом раннего

1.1. Характеристика нарушений развития у детей раннего возраста, страдающих церебральным параличом

1.2. Речевые нарушения у дошкольников с детским церебральным параличом

1.3. Особенности межличностных отношений матери и ребенка с ДЦП раннего возраста

Глава 2. Психологическая помощь детям с церебральным параличом

2.1. Логопедическая работа с детьми с детским церебральным параличом

2.2. Основные методики коррекции развития для детей с церебральным параличом

2.3. Р**екомендации родителям по лечебному уходу за детьми с церебральным параличом**

Заключение

Список использованной литературы

**ВВЕДЕНИЕ**

В последние годы в отечественной и зарубежной психологии возрос интерес к проблеме ранней диагностики нарушений развития познавательной и речевой и двигательной деятельности детей с церебральным параличом.

Детский церебральный паралич (ДЦП) - тяжелое заболевание центральной нервной системы, которое проявляется в виде различных двигательных, психических и речевых нарушений. При этом особенно тяжело страдают двигательные структуры головного мозга, регулирующие произвольные движения, речь и другие корковые функции. Среди всех форм ДЦП наиболее часто встречающейся является спастическая диплегия, которая отмечается более чем у 50% детей, страдающих церебральным параличом

Психолого-педагогическое изучение детей с церебральным параличом представляет существенные трудности в связи с многообразием проявлений нарушений двигательного, психического и речевого развития этих детей. Но ранее психологическая диагностика и начало психологической коррекционной работы, особенно в первые 3 года жизни этих детей способствует максимальному использованию компенсаторных возможностей детского организма: пластичности мозга, чувствительности к стимуляции психического и речевого развития, способности к компенсации нарушенных функций.

Так, в раннем дошкольном и младшем школьном возрасте особое внимание следует уделять особенностям формирования общения детей с детским церебральным параличом, так как по признанию многих психологов, психическое развитие детей данного возраста происходит именно в общении и наибольшее влияние оказывает общение ребенка с матерью.

Актуальность обусловила выбор темы исследования "Изучение особенностей общения матери и ребенка с церебральным параличом раннего возраста".

**Разработанность проблемы:** наибольший вклад в изучение данной проблемы внесли работы таких исследователей, как Э.С. Калижнюк, И.Ю.Левченко, И.И. Мамайчук, Е.М.Мастюкова, Н.В.Симонова и др.

Изучению речевых нарушений у детей с церебральным параличом, которые занимают значительное место среди других патологических проявлений при ДЦП, посвящено также много отечественных и зарубежных исследований: Е.Ф.Архипова, Л.А.Данилова, М.В. Ипполитова, и др.

В то же время недостаточно разработаны ранние диагностические критерии выявления нарушений и адекватные методы их коррекции в раннем возрасте. Также до настоящего времени особенности формирования познавательной и речевой деятельности у детей раннего возраста с церебральным параличом изучены недостаточно. Не разработана поэтапная система по развитию двигательных, психических и речевых функций, и прежде всего, в семье ребенка. Есть лишь единичные работы, исследующие психологический статус матерей, имеющих детей с ДЦП, чего явно недостаточно, учитывая значимость ранней диагностики и лечения таких детей, а также воспитательную и терапевтическую роль родителей в развитие ребенка с ДЦП.

**Цель исследования:** изучение особенностей общения матери и ребенка с церебральным параличом раннего возраста для разработки системы комплексного коррекционно-психологического воздействия на детей раннего возраста с церебральным параличом.

**Объект исследования:** специфика общения ребенка с церебральным параличом раннего возраста.

**Предмет исследования:** изучение особенностей общения матери и ребенка с церебральным параличом раннего возраста для разработки системы комплексного коррекционно-психологического воздействия.

**Гипотеза исследования:** Дети с церебральным параличом в возрасте 1-3 лет представляют неоднородную группу по двигательным возможностям и уровню развития познавательной и речевой деятельности. Общение матери и ребенка с церебральным параличом раннего возраста должно предусматривать комплексную работу по развитию двигательной сферы (артикуляционной, общей моторики, функциональных возможностей кистей и пальцев рук), познавательной и речевой деятельности, что позволит достичь наиболее полной компенсации отклонений развития.

**Задачи исследования:**

1. проанализировать специальную литературу по проблеме развития детей с церебральным параличом в раннем возрасте, их диагностики и коррекции в семье;
2. дать характеристику нарушений развития у детей раннего возраста, страдающих церебральным параличом;
3. изучить проблему коррекционной помощи детям с церебральным параличом;
4. рассмотреть особенности межличностных отношений матери и ребенка с ДЦП раннего возраста;
5. дать р**екомендации по лечебному уходу за детьми с церебральными параличами в домашних условиях**

Для решения поставленных задач использовались следующие методы:

* + изучение, теоретический анализ и обобщение специальной психолого-педагогической и медицинской литературы по теме исследования;
	+ беседы с родителями, врачами, педагогами-воспитателями, инструкторами ЛФК, участвующими в коррекционной работе с детьми, а также с самими детьми;
	+ педагогическое наблюдение в условиях свободной деятельности детей, на специальных занятиях.

Курсовая работа включает введение, 2 главы, заключение и список использованной литературы.

**Глава 1. Современное состояние проблемы изучения особенной общения матери и ребенка с церебральным параличом раннего возраста**

1.1Характеристика нарушений развития у детей раннего возраста, страдающих церебральным параличом

Детский церебральный паралич развивается вследствие поражений головного мозга — внутриутробного, в родах, а также в период новорожденности, т. е. когда основные структуры мозга еще не созрели.

Мастюкова Е.М. дает следующее определение детского церебрального паралича: "Термин ДЦП обозначает группу двигательных расстройств, возникающих при поражении двигательных систем головного мозга и проявляющихся в недостатке или отсутствии контроля со стороны нервной системы за функциями мышц" [15].

В клинической и психологической литературе под данным термином "детские церебральные параличи" (ДЦП) понимают группу заболеваний, возникающих вследствие повреждений головного (реже спинного) мозга, во время внутриутробного развития плода, в момент родов или в раннем послеродовом периоде [22].

Так, по утверждениям Бадалян Л.О., примерно в 57% случаев заболевание является врожденным, в 40% - обусловлено патологическими родами и только у 3% детей связано с инфекционными заболеваниями, черепно-мозговой травмой или другими патологиями, развившимися уже после рождения [2].

Характерная черта детского церебрального паралича - нарушение психомоторных функций. Двигательные расстройства проявляются в виде параличей, парезов, насильственных движений, нарушений координации движений. Эти симптомы нередко сопровождаются задержкой психоречевого развития, судорожными припадками, нарушениями зрения, слуха, чувствительности и другими патологиями [17].

Детский церебральный паралич отличается большим разнообразием клинических проявлений, сопутствующих симптомов, тяжести двигательных и психических нарушений, степеней компенсации, причин, вызвавших заболевание.

В зависимости от тяжести и распространенности различают следующие формы детских церебральных параличей: спастическую диплегию, спастическую гемиплегию, двойную гемиплегию, параплегию, моноплегию, атонически-астатической синдром ("вялая" форма детского церебрального паралича), гиперкинетическую форму. Рассмотрим их подробнее.

Спастическая диплегия (синдром Литтля) - наиболее частая форма детского церебрального паралича, характеризующаяся двигательными нарушениями в верхних и нижних конечностях; причем ноги страдают больше, чем руки. Степень вовлечения в патологический процесс рук может быть различной - от выраженных парезов до легкой неловкости, которая выявляется при развитии у ребенка тонкой моторики. У 70 – 80% детей отмечаются нарушения речи в форме спастико – паретической дизартрии, задержки речевого развития, реже моторной алалии .

При спастической гемиплегии нарушения отмечаются преимущественно на одной стороне. В руке больше повышен мышечный тонус сгибателей, а в ноге - разгибателей. Поэтому рука согнута в локтевом суставе, приведена к туловищу, а кисть сжата в кулак. Нога разогнута и повернута внутрь. При ходьбе ребенок опирается на пальцы. Сухожильные рефлексы высокие с расширенной зоной на стороне пареза (иногда с двух сторон). Паретичные конечности отстают в росте от здоровых.

Двойная гемиплегия характеризуется двигательными нарушениями во всех конечностях, однако обычно руки страдают больше, чем ноги. Мышечный тонус часто асимметричен. Тяжелое поражение рук, лицевой мускулатуры и мышц верхней части туловища влечет за собой выраженную задержку речевого и психического развития. Дети не сидят, не ходят, не могут себя обслуживать. У всех детей отмечаются грубые нарушения речи по типу анартрии, тяжелой спастико – ригидной дизартрии (речь полностью отсутствует, либо больной произносит, слоги и слова). Речь может отсутствовать и в связи с тем, что у большинства детей (90 %) отмечается выраженная умственная отсталость.

При атонически - астатической форме детского церебрального параличаимеет место поражение мозжечка, в некоторых случаях сочетающееся с поражением лобных отделов мозга. Со стороны двигательной сферы наблюдаются: низкий мышечный тонус, нарушение равновесия в покое и при ходьбе, тремор, гиперметрия (несоразмерность и чрезмерность движений). У большинства детей отмечаются речевые нарушения в виде задержки речевого развития, атактической дизартрии: может иметь место алалия [18].

Гиперкинетическая формахарактеризуется преимущественным поражением подкорковых образований при резус-конфликтной беременности.

По данным Л.О. Бадаляна, гиперкинезы представлены следующими формами:

1. Хореический. Быстрые сокращения разных групп мышц. Они носят неритмичный, нескоординированный характер;
2. Атетоз. Медленные, червеобразные, вычурные движения в мышцах;
3. Торзионный спазм. Характеризуется возникающими при ходьбе штопорообразными движениями туловища;
4. Лицевой гемиспазм. Периодически повторяющиеся сокращения мышц половины лица;
5. Тремор. Дрожание вытянутых рук, туловища, головы;
6. Тик. Насильственные однообразные движения отдельных групп лицевых мышц [2].

Речевые нарушения чаще в форме гиперкинетической дизартрии. Интеллект в большинстве случаев развивается удовлетворительно.

При всех формах детского церебрального паралича главной особенностью является не только его замедленный темп, но и неравномерный характер, диспропорциональность в формировании отдельных, главным образом высших корковых функций, ускоренное развитие одних, несформированностью, отставание других.

С особенностями патогенеза связана и особая структура интеллектуальной недостаточности — диссоциация между относительно удовлетворительным уровнем развития абстрактного мышления и недоразвитием функций пространственного анализа и синтеза, праксиса, счетных способностей и других высших корковых функций, имеющих значение для формирования интеллектуальной деятельности и развития школьных навыков [5].

Течение заболевания при всех его формах подразделяется на три стадии:

* Раннюю;
* Начальную резидуальную (восстановительную);
* Позднюю резидуальную.

Ранняя стадия заболевания – первые 3-4 недели периода новорожденности. Уже в первые дни обнаруживается ряд симптомов, свидетельствующих о поражении головного мозга: повышенная температура, синюшность кожи лица, косоглазие дрожание конечностей, судороги, резкое повышение или, наоборот, понижение тонуса мышц.

Вторая стадия заболевания - начальная резидуальная, для которой характерны задержка и нарушение первых этапов развития двигательных навыков.

Третья стадия, поздняя резидуальная, характеризуется наличием типичных изменений в опорно-двигательном аппарате, контрактурами и деформациями (как обратимыми, так и необратимыми) и диагностируется обычно после 3-4 лет жизни ребенка.

При всей сложности клинических нарушений данного заболевания следует рассмотреть особенности психологического развития детей с церебральным параличом.

Так, Мамайчук И.И. выделила следующие особенности психического развития. Специфика внимания и памяти у подобных детей проявляется в повышенной отвлекаемости, неспособности длительно концентрировать внимание, узости его объема, преобладании вербальной памяти над зрительной и тактильной. В тоже время в индивидуальных условиях и в обучающем эксперименте дети выявляют достаточную "зону" своего дальнейшего интеллектуального развития, проявляют своеобразное упорство, усидчивость, педантизм, что позволяет им в известной мере компенсировать нарушенную деятельность и более успешно усваивать новый материал [14].

Часто церебральные параличи сочетаются с такими отклонениями в развитии, как снижение слуха, речевые расстройства, представляющие собой различной выраженности нарушения произношения вследствие ограниченной подвижности артикуляционного аппарата (дизартрии). У детей нередко наблюдается также задержка формирования отдельных психических функций.

По мнению Мастюковой Е.М., большинство детей, страдающих указанным отклонением в развитии, пассивны, нерешительны, пугливы. Они боятся темноты, пустой комнаты, закрытой двери. У некоторых склонность к упрямству, быстрой смене впечатлений. Дети болезненно реагируют на повышение голоса, тона говорящего, на настроение окружающих. У большинства детей с ДЦП отмечается сниженная работоспособность, быстрая истощаемость всех психических процессов, трудности в сосредоточении и переключении внимания, малый объем памяти [15].

1.2 Речевые нарушения у дошкольников с детским церебральным параличом

В структуре дефекта у детей с церебральным параличом значимое место занимает расстройство речи частотой около 70 процентов из всех детей имеющих данное заболевание [16].

Формы речевых нарушений разнообразны, что связано с вовлеченностью в патологический процесс различных мозговых структур. Целесообразно выделять следующие формы нарушений:

1. Вторичная задержка речевого развития;
2. Нарушения грамматического строя речи;
3. Нарушения формирования связной речи;
4. Все формы дизграфии и дизлексии;
5. Фонетико-фонематическое недоразвитие речи, которые проявляются в рамках различных форм дизартрий;
6. В более тяжелых случаях развивается такое недоразвитие речи как алалия;
7. Общее недоразвитие речи [17].

При вторичной задержке речевого развития у детей с детским церебральным параличом происходит нарушение темпа развития речи в связи тяжёлой двигательной недостаточностью и выраженным нарушением деятельности.

Общее недоразвитие речи- стойкое нарушение речевого развития в связи с тяжёлым поражением артикуляционной моторики в сочетании с сенсорными дефектами.

Заикание, мутим - невротические и неврозоподобные речевые расстройства.

Винарской Е.Н. было выделены основные формы дизартрических нарушений речи у детей с детским церебральным параличом. Так, на основе клинико-фонетического анализа произносительных расстройств речи выделяются восемь основных постоянно встречающихся форм дизартрического нарушения речи:

1. спастико-паретическая (ведущий синдром — спастический парез);
2. спастико-ригидная (ведущие синдромы — спастический парез и тонические нарушения управления типа ригидности);
3. гиперкинетическая (ведущий синдром — гиперкинезы: хореические, атетоидные, миоклонии);
4. атактическая (ведущий синдром — атаксия);
5. спастико-атактическая (ведущий синдром — спастический парез и атаксия);
6. спастико-гиперкинетическая (ведущий синдром — спастический парез и гиперкинез);
7. спастико-атактико-гиперкинетическая (ведущий синдром — спастический парез, атаксия, гиперкинез);
8. атактико-гиперкинетическая (ведущий синдром — атаксия, гиперкинез) [4].

Рассмотрим подробнее дифференцированную клиническую симптоматику при каждой форме дизартрии.

1. Псевдобульбарная дизартрия как неврологическое понятие (поражение центральной проводимости черепно-мозговых нервов) составляет лишь один из компонентов этого сложного речевого расстройства. Кроме двигательных чистых псевдобульбарных расстройств, у детей обнаруживаются также ригидность, гиперкинезы, атаксия, апраксия.

При развитии псевдобульбарной дизартрии - речь ребенка смазанная, неясная; голос тихий, гнусавый, как правило; имеет место слюнотечение. Жевание нарушено (дети нередко до 3 - 5 лет едят только протертую или полужидкую пищу).

Обнаруживаются признаки недоразвития не только интеллекта и мышления, но и других психических функций (восприятие, память, внимание, речь, моторика, эмоции, воля и т. д.) Во-вторых, наблюдается преимущественное недоразвитие наиболее дифференцированных, онтогенетических молодых функций - мышления и речи при относительной сохранности эволюционно более древних элементарных функций и инстинктов. Речь не развита, ограничивается звуками, отдельными словами, нет понимания обращенной к ним речи.

1. Спастический парез**,** по названию которого определена первая форма дизартрии (спастико-паретическая), наиболее распространен в речедвигательной системе при детских церебральных параличах. Этот синдром встречается почти при всех формах дизартрических расстройств. Спастический парез связан с выпадением или ослаблением иннерваций различных черепно-мозговых нервов, причем поражение центральных нейронов V, VII, IX, X, XI, XII пар черепно-мозговых нервов может носить общий или избирательный характер, что, и формирует в свою очередь различную степень участия речевой мускулатуры в речевом акте. В данном случае важно проводить обследование одновременно с учетом степени проявлений спастического пареза.

Спастический парез проявляется различно: одни больные не могут удержать во времени нужную артикуляционную позу, другие — выполнить ее, третьи — быстро переключиться от одной позиции к другой. У ряда больных парез приводит к увеличению латентного периода при включении в движение, к слюнотечению в различной степени.

Характер произносительной стороны речи: голос недостаточной силы и звонкости, истощаемы все параметры голосовых возможностей, снижена амплитуда голосовых модуляций, необходимых для живой интонации, темп речи замедленный, речевой выдох истощаем, вдох неглубокий.

Амплитуда артикуляционных движений при спастическом парезе всегда снижена, нет полной реципрокности в деятельности продольных, вертикальных, поперечных мышц языка, недостаточна лабиализация (выпячивание губ вперед при звуках : *о,* *у, и, ы, ш, ж, ч*, *ц).*

1. Гиперкинетическая форма дизартрии названа по ведущему гиперкинетическому синдрому.

Произносительная сторона речи: голос напряженный, прерывистый, вибрирующий, изменяющийся по высоте и силе, модуляционные возможности в ограниченных пределах возможны. При атетоидном гиперкинезе несколько труднее произнесение аффрикативных и щелевых звуков.

Очень часто потенциальные возможности голосообразования у ребенка значительно выше, чем он их использует в своей речи. Разборчивость зависит от управления дыхательными движениями, от возможности обеспечить силу голоса в речи. Хорошо озвученная речь воспринимается слушателем как понятная. Даже при наличии многих дефектов фонетического строя корковых расстройств обычно не наблюдается, страдает лишь техника письма и чтения.

1. Спастико - ригидная формадизартрии характеризуется проявлением спастического пареза речевой мускулатуры и нарушением тонического управления речевой деятельностью по типу экстрапирамидного расстройства.

При этой форме дизартрии не бывает длительного фона покоя в речевой мускулатуре, так как повышен порог чувствительности к разного рода раздражителям. Напряженная улыбка может смениться мгновенным спазмом верхней и нижней квадратной мышцы губы, напряженно поднятый кончик языка сменяется широким распластыванием по нижней губе. Это положение сменяется выводом языка наружу, узким и напряженным.

Во время артикуляционной деятельности сама амплитуда артикуляционных движений при этой форме дизартрии постепенно снижается, доходя до нуля, ребенок вынужден остановиться, появляется спазм дыхания, после легкого вдоха и паузы ребенок опять продолжает говорить до нового спазма и так через каждые 4—5 слогов. Очень час-то при этом синдроме наблюдается недифференцированностью губных и язычных движений.

Произносительная сторона речи: голос глухой, напряженный, амплитуда голосовых модуляций снижается до нуля, сила голоса ослаблена, полетность гласных чрезвычайно мала, темп быстрый, речь резко отрывиста, в редких случаях темп может быть медленным с постепенным затуханием голоса. Характер звукопроизношения в большей степени страдает в фонетической окраске, однако чаще фонемные свойства звуков все сохраняются. В случае же апраксических расстройств могут выпасть отдельные группы звуков (как всегда, наиболее трудные — щелевые, аффрикативные, саноры). Специфической разновидностью звукопроизношения при этом синдроме будет слабость дифференциации губных, призубных, мягких и твердых. Разборчивость речи снижена значительно ввиду недостаточности полетности звучаний [11].

Таким образом, психоэмоциональные расстройства и особенности личности при детском церебральном параличе, формирующиеся в результате действия комплекса факторов, играют важную роль в нарушении познавательной деятельности больных детей и требуют особого подхода к коррекции этих нарушений [20]. Анализ литературы и данных педагогической практики показывает, что содержание, методы и приемы обучения и воспитания, разработанные для нормально развивающихся детей первых лет жизни, не могут быть в полной мере использованы в коррекционно-развивающей работе с детьми раннего возраста с нарушениями развития, в том числе с ДЦП, в силу значительной специфичности их развития. Особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы ребенка с ДЦП во многом зависят не только от специфики заболевания, но в первую очередь от отношения к ребенку родителей, матери, других близких.

1.3 Особенности межличностных отношений матери и ребенка с ДЦП раннего возраста

Бесспорен факт, что фундамент личности ребенка закладывается в семье, которая является первой школой воспитания его нравственных чувств, навыков социального поведения. На нравственный облик ребенка влияет вся жизнь семьи с ее повседневными заботами, бытом, семейными устоями. Взрослые члены семьи несут ценностные установки и стандарты общества, к культуре которого они приобщены. Через семью ребенок и сам приобщается к культуре общества, становится его членом. Опыт общения и взаимоотношений с родителями и близкими взрослыми, приобретенный в семье, в значительной степени определяет характер взаимоотношений ребенка с окружающими людьми и в последующей его жизни.

Наиболее важными факторами, влияющими на формирование личности ребенка и его межличностные отношения и требующими первоочередного изучения, являются атмосфера семьи, наличие эмоционального контакта у ребенка с родителями, позиция ребенка, структура семьи. Многие исследователи подчеркивают, что любовь, забота, внимание со стороны близких взрослых являются для ребенка необходимым своеобразным жизненно важным витамином, который дает ему ощущение защищенности, обеспечивает эмоциональное равновесие, повышает его самооценку.

Поэтому от того как складываются внутренние взаимоотношения в семье, окружающая атмосфера, особенно отношение матери к ребенку страдающим ДЦП зависит его дальнейшее психическое развитие. Родители, при желании, могут смягчить значительное отставание в психологическом развитии.

Так, крупнейший специалист в области изучения общения детей дошкольного возраста М.И. Лисина на основании своих исследований общения младенцев со взрослыми пришла к заключению, что атмосфера общения с близкими людьми в семье во многом определяет особенности социабельности, контактности ребенка и дальнейшей адаптации к жизни [12].

Тесная взаимосвязь между эмоциональным статусом индивида, его социальными взаимоотношениями, с одной стороны, и особенностями его взаимодействия с матерью в детском возрасте в значительной степени определяется тем, насколько часто образ матери ассоциируется ребенком с процессом получения удовольствия и уменьшением дискомфорта.

Эрик Эриксон считает тесный контакт ребенка с матерью в младенчестве фундаментальной основой развития самостоятельности, уверенности в себе, независимости и в то же время теплого и доверительного отношения к другим. Включенный в эти отношения, ребенок к концу первого полугодия уже оказывается в состоянии дифференцировать собственное "Я" от "не Я" матери. Этот период считается наиболее сензитивным в развитии отношений, получивших название "поведения привязанности" [24].

Положительное влияние на формирование личности, как показывают многие наблюдения и исследования, оказывает общая атмосфера в семье, доброжелательность отношений между членами семьи, любовь между родителями, атмосфера счастья. Наблюдения психологов свидетельствуют о том, что потребность детей в общении не появляется у них автоматически. Она формируется постепенно, в зависимости от условий существования. Решающая роль в становлении и последующем развитии такой потребности принадлежит воздействиям окружающих людей прежде всего - близких взрослых [25].

В связи с этим ребенку раннего возраста с ДЦП необходим тесный физический и эмоциональный контакт с матерью – это основа всего социального развития. Благодаря контакту сначала мама, а потом и другие люди получают возможность влиять на поведение ребенка. В первые месяцы жизни малыша мама постоянно рядом с ним, ее присутствие ассоциируется у него с сытостью, теплом, уютом, и он начинает воспринимать маму как основной источник удовольствия. Уже только ее лицо, голос, запах и прикосновения становятся для малыша крайне необходимыми и приятными, а потому и стимулируют его. Малыш стремится к такой стимуляции, ищет и хочет ее и расстраивается, если часто бывает ее лишен. Бодрствование он связывает с удовольствием пребывания рядом с мамой, оно порождает в нем ощущение безопасности. Немного позже именно это ощущение поможет ему постепенно осваивать окружающий мир, ведь он знает: если что-то случится – мама рядом, она поможет, защитит и ему опять станет хорошо [10].

Но зачастую, у многих родителей имеющих детей с ДЦП развивается острая реакция отрицания заболевания у ребенка. По мнению Чиркиной Г.В., развитие эмоциональных реакций у родителей, узнавших о том, что их ребенок не такой, как другие, проходит следующие этапы:

1. Отрицание (сомнение в компетентности специалиста, поиск другого более компетентного);
2. Гнев – одна из наиболее часто встречающихся защитных реакций (ощущение беспомощности, разочарования, безысходности);
3. Чувство вины – страдание, переживание по поводу "своих ошибок".
4. Эмоциональная адаптация родителей – выработка позитивных установок по отношению к самим себе и ребенку, формирование навыков обеспечения будущего своего ребенка [9].

Специалисты, работающие с семьей "особого" ребенка, знают, что речевые нарушения сына или дочери воспринимается родителями как личная трагедия. Семья живет в условиях хронической психотравмирующей ситуации, постоянного эмоционального напряжения и волнующих вопросов: ``Как справиться с угнетенностью, страхом, разочарованием, связанными с речевыми нарушениями ребенка? Можно ли его преодолеть?'' и т.п. Понимание того, что процесс специального обучения будет длительным, приходит не сразу. Осознание этого факта – сильнейший стресс для родителей и других членов семьи, который нередко проявляется в изоляции семьи от общества. Зачастую семья оказывается в своеобразном замкнутом мире со специфической деформированной системой отношений между родственниками. Нередко такой ребенок становится причиной семейных конфликтов и разводов родителей. Родительское отношение к детям с нарушениями речи обладает своей спецификой. Трудная задача изменения собственных ожиданий и установок по отношению к ребенку с нарушениями речи, с одной стороны, и невозможность изменить биологический и эмоциональный статус ребенка в семье. Фиксация на нарушении речи ребёнка приводит к тому, что родители часто переходят к необычной для них прежде манере воспитания и поведения с ребёнком [20].

Важность отношений с матерью для социального развития ребенка очевидна, но и в интеллектуальномразвитии их роль не меньше. Обучение начинается не в пятилетнем возрасте и не в школе, а с самого рождения. Самые важные вещи дети узнают от матери, происходит это естественно и часто неосознанно. Такой жизненно необходимый навык, как умение выделить из всего окружающего мира один, наиболее значимый, предмет, малыш приобретает, наблюдая за "говорящим лицом" – когда мама наклоняется к нему и с ним разговаривает. Он также учится быть внимательным, думать, предугадывать, а затем выражать себя, действовать и исследовать. Все это начинается с того, что он становится социально отзывчивым; он получает удовольствие от наблюдения за маминым лицом, и оно отвечает ему, вознаграждая за усилия.

Этот процесс – основа для дальнейшего обучения. Не умея реагировать на стимулы по степени их важности, нельзя ничему научиться. Чтобы понять связь между предметами и явлениями, надо сначала освоить выделение из всего их многообразия только тех, которые имеют друг к другу отношение, не отвлекаясь на другие. Мамино лицо, когда оно находится совсем близко, заслоняет весь остальной мир; это происходит достаточно часто и, как ничто другое, повторяется снова и снова день за днем. К тому же, лицо подвижно и интересно; оно имеет форму, цвет и очаровывает блеском глаз; с ним приходят родные звуки, запахи и приятные прикосновения. Представьте себе, что чувствует нежеланный ребенок, которого мать считает безобразным, на которого сердится. Большую часть времени он лежит один, он не слышит нежного голоса, ему часто неуютно. Неудивительно, если лишенный необходимой стимуляции малыш вырастет равнодушным, несчастным и не приспособленным к обществу.

**Слабость воли у большинства детей, страдающих ДЦП, напрямую связана с особенностями воспитания. Очень часто в семье с больным ребенком можно наблюдать такую картину: внимание близких сосредоточено исключительно на его болезни, родители проявляют беспокойство по каждому поводу, ограничивают самостоятельность ребенка, опасаясь, что он может пораниться или упасть, оказаться неловким. В такой ситуации сам ребенок неизбежно будет чрезмерно беспокоен и тревожен. Даже грудные малыши тонко чувствуют настроение близких и атмосферу окружающего их пространства, которые в полной мере передаются и им. Эта аксиома верна для всех детей - и больных, и здоровых. Что же говорить о детях, страдающих ДЦП. Важность воспитательной позиции родителей по отношению к детям с ДЦП подтверждает и тот факт, что встречающиеся среди них ребята с высоким уровнем волевого развития являются выходцами из благополучных в смысле психологического климата семей. В таких семьях родители не зациклены на болезни ребенка. Они стимулируют и поощряют его самостоятельность в пределах допустимого. Они стараются сформировать у ребенка адекватную самооценку.**

**Таким образом, родителям следует знать, что наряду с постоянной заботой о ребенке нужно максимально развивать в нем самостоятельность, необходимую для социальной адаптации в зрелом возрасте. Родители не должны изолироваться от друзей, родственников, соседей, которые охотно помогут в уходе за ребенком и сделают их жизнь более полноценной. Мать, находящаяся после рождения ребенка в течение 1,5—2 лет дома, может оказать существенную помощь в проведении терапевтических мероприятий.**

**Глава 2. Психологическая помощь детям с церебральным параличом**

2.1 Логопедическая работа с детьми с детским церебральным параличом

Планирование логопедической работы строится на понимании речевых нарушений, представляющих собой сложный комплекс дизонтогенеза, и включает в себя ряд разделов не только коррекционно–логопедической направленности, но и психолого педагогической направленности.

Основные принципы диагностики: комплексное изучение ребенка с участием разных специалистов – врачей, психолога, педагогов; системный и качественный анализ выявленных нарушений развития речевой деятельности, учет возрастных особенностей ребенка и условий его развития, выявление не только актуальных, но и потенциальных возможностей речевого развития обследуемого.

В воспитании правильной речи важное значение имеет нормализация речевого дыхания, т.к. у больных ДЦП оно обычно бывает поверхностным, резким, неспокойным, коротким, при чём нередко слова произносятся ребёнком на вдохе. Необходимо обращать внимание в речевых упражнениях на то, чтобы ребёнок произносил слитно слова во фразе, т.е. не по отдельности каждое слово, а все вместе как одно большое слово, т.к. обычно трудно начать говорить, и поэтому, чем меньше он произнесёт разрозненных слов, тем меньше для него будет затруднений.

Научить выделять гласные в слове (опора на гласные звуки) приобретает большое значение для тех детей, у которых наблюдаются речевые судороги на согласных звуках. Произнесение удлинённо некоторых гласных звуков облегчает речь, снимает речевые судороги.

Одновременно логопед, по необходимости, проводит работу по исправлению недостатков произношения, расширению словарного запаса, совершенствованию грамматического строя, развитию способности правильно и последовательно излагать свои мысли и желания.

Не меньшее значение имеет и другая сторона логопедической работы – воспитание гармонично развитой личности. Основная задача – устранение у детей Логопедическая работа начинается с психолого-педагогического изучения ребёнка. Оно определяет выбор средств и приёмов до начала и в процессе этой работы, позволяет оценить её результативность и дать рекомендации после окончания.

Логопедические занятия являются основной формой логопедической работы, т.к. наиболее полно выражают непосредственное коррекционно-воспитательное воздействие на ребенка (прямое логопедическое воздействие). Все другие формы работы логопеда составляют систему косвенного логопедического воздействия, т.к. по сути, они способствуют, дополняют или закрепляют результаты прямого логопедического воздействия [22].

Логопедические занятия проводятся как с группой детей, так и индивидуально. Но для тренировки речевого общения и воспитания правильных навыков поведения ребёнка в коллективе, преимущественной формой являются групповые занятия.

Индивидуальные занятия проводятся в виде дополнительных упражнений по коррекции неправильного произношения, беседы психотерапевтического характера и т.д. Логопедические занятия должны, прежде всего, отражать основные задачи коррекционно-воспитательного воздействия на речь и личность ребёнка.

Важным требованием к логопедическим занятиям является учёт основных дидактических принципов: быть регулярными, систематическими и последовательными; проводиться в зависимости от индивидуальных особенностей каждого ребёнка; опираться на сознательность и активность детей; быть оборудованными необходимыми пособиями, наглядными и техническими средствами обучения; содействовать прочности воспитываемых навыков правильной речи и поведения.

2.2 Основные методики коррекции развития для детей с церебральным параличом

**Методика Бота**

Французы Бота изложили свою систему работы в книге: "Лечебное воспитание детей с двигательными расстройствами церебрального происхождения". Целью работы Бота провозглашают обеспечение каждого ребенка максимум достижений.

Педагогическая работа состоит из нескольких разделов:

1. Воспитание двигательных функций.
2. Воспитание навыков.
3. Воспитание речи.
4. Социальное приспособление.

Не меньшее значение авторы придают развитию личностных качеств. Большое внимание уделяется подготовке к школе. Включает не только подготовку к письму, но и развитие речи, слухового восприятия, ритма, зрительного внимания и памяти.

Авторы рекомендуют тренировать раскрашивание, штрихование, перемещение руки в нужном направлении, проводить работу в определенных границах, с трафаретами

При значительных моторных затруднениях предлагают рассмотреть вопрос о возможности и целесообразности использования пишущей машинки

**Кондуктивная методика А. Пето.**

Андрас Пето был организатором и первым директором реабилитационного центра в Будапеште. Он создал систему кондуктивного (управляемого) обучения.

Целью работы признается подготовка к самостоятельной жизни.

Лечебное, психолого – педагогическое и социальное воздействие объединены. Всю работу выполняют специалисты – дирижеры или кондукторы, которых обучают в этом же институте. Во время обучения они работают в качестве помощников кондукторов.

Общие принципы кондуктивной педагогики:

1. Необходимо приспосабливать ребенка с патологией к реальным условиям жизни.
2. Это приспособление обеспечивается за счет обучения навыкам.
3. Необходимо добиваться максимального владения сохранными функциями.
4. Закрепление сформированных действий в практических ситуациях.
5. Нужно вести работу по профилактике и устранению комплекса неполноценности.
6. Ребенок должен видеть вокруг себя не только больных, но и здоровых детей.
7. В процессе обучения должно обеспечиваться постоянное развитие.

Одним из основных положений методики является то, что ребенок должен каждый день овладевать новой способностью. Это существенно улучшает мотивацию. Большое внимание уделяется обучению захвату, упору, удержанию позы.

Обучение обязательно ведется в группах. В свободных играх со сверстниками развиваются усвоенные способности.

Методика Пето, применима к детям с церебральным параличом с достаточно высоким уровнем сознательности. При отборе детей для занятий предпочтение отдается детям с сохранным или частично сохранным интеллектом, имеющих грамотных, настойчивых, активных родителей. Возраст детей – старше 3 – Х лет.

**Методика психомоторной кинезитерапии М. Прокуса.**

Методика Марселя Прокуса рассчитана на работу с детьми в возрасте 4 – 7 лет. Основным принципом методики является выравнивание психомоторного развития путем воздействия на основные области развития: моторную, сенсомоторную, интеллектуальную, эмоции и речь.

Моторная область корригируется по следующим параметрам: нормализация мышечного тонуса, развитие зрительно – моторной, зрительно – слуховой, зрительно – моторно-тактильной координации, совершенствование способности к удержанию равновесия, устранение лишних сопутствующих движений.

Занятия включает 4 этапа:

1. этап. Вводная часть. Проводится расслабляющий массаж с беседой для осознания схемы тела, а также ритмические упражнения под музыку.
2. этап. Развитие общей моторики.
3. этап. Развитие мелкой моторики.
4. этап. Обобщающий.

Используются комбинированные упражнения, на укрепление мышц, развитие схемы тела, развитие пространственной ориентировки, развитие ориентировке во времени, развитие темпо – ритмического чувства.

**Методика Э. Мазанек.**

Методика Эвы Мазанек представлена как психолого – педагогическая реабилитация, выступающая в качестве одного из разделов комплексного подхода, включающего лечебную, логопедическую работу, обучение кормлению, лечебную физкультуру.

Первоначально проводится обследование, далее занятия в игровой форме. Одновременно обучаются и родители, которые затем занимаются дома с ребенком.

В основу работы положены следующие принципы:

1. Обязательный эмоциональный контакт.
2. Обеспечение ребенку чувства безопасности.
3. Активное участие ребенка в работе. Обеспечивается тем, что ребенку объясняют, в чем заключаются его трудности и недостатки.
4. Содержание и материал заданий подбирается не по возрасту, а по возможности ребенка.
5. Работа проводится в игровой деятельности.
6. Дозировка заданий в соответствии с возможностями ребенка.
7. Повторение и закрепление материала.

Методика Мазанек рассчитана для детей с рождения.

2.3 Р**екомендации родителям по лечебному уходу за детьми с церебральным параличом**

Схематично рассмотрим, основные методы лечебного ухода и тренировки двигательных, психических и речевых навыков, доступным в домашних условиях.

**Как одеть ребенка**. Одежда для детей с церебральными параличами должна быть простой, свободной, не вызывающей дополнительных затруднений при одевании. Одевать ребенка, особенно раннего возраста, удобнее всего в положении на животе на коленях у матери, при котором максимально выражена флексия конечностей. Если ребенка одевают в положении на спине, голову и плечи следует приподнять, положив под них жесткую подушку, что создает условия для выведения рук вперед и сгибания бедер. При выраженном экстензориом тонусе ребенка можно одевать в положении на боку; при этом уменьшается приведение бедер, облегчается сгибание стоп и одевание штанишек, обуви. Лежа на боку, ребенок видит, что с ним происходит, действия взрослых стимулируют его к самостоятельной активности. В более старшем возрасте желательно одевать ребенка в положении сидя перед зеркалом, чтобы он мог наблюдать за этим процессом. Мать при этом называет части тела, предметы одежды и производимые действия. Если ребенок самостоятельно не сидит, его сажают спиной к себе и слегка наклоняют, при этом выдвижение рук вперед и разведение ног становится более свободным. Ребенка можно также посадить на маленький стул спереди от сидящей матери, лицом к спинке стула или в угол комнаты.

При недостаточном равновесии в положении стоя ребенок в процессе одевания может держаться за перекладину или спинку утяжеленного стула. Самостоятельное одевание детей с гиперкинезами облегчается посредством опоры стопами о стену; такая поза более стабильна и уменьшает гиперкинез. Начинают одевание с более пораженной стороны. Не следует распрямлять конечности насильно. Спастически согнутую руку вначале выпрямляют потряхивающими движениями, а затем продевают в рукав. Ребенок не должен во время одевания держать что-либо в руке, это усиливает ее сгибание. Прежде чем одеть ботинок, ногу сгибают, так как в выпрямленном состоянии стопа ригидна.

В процессе одевания ребенок должен научиться соотносить части тела с одеждой. Мать сопровождает свои действия инструкцией: "Просовывай руку через рукав, голову через ворот, одень ботинок на ногу" и т. д. Когда ребенок начинает говорить, его просят сопровождать все действия словами. **Родители должны знать**, что формирование навыка самостоятельного одевания —длительный процесс, связанный с устойчивым контролем головы, сохранением равновесия, координированными движениями рук. Даже у здоровых детей автоматизм одевания вырабатывается в течение 4—5 лет.

**Как накормить ребенка**. Трудности кормления детей с церебральными параличами связаны с дискоординацией дыхания, сосания и глотания, нарушениями контроля головы, реакций равновесия, зрительно-моторной координации, невозможностью удерживать туловище в вертикальном положении, недостаточной функцией оральных и артикуляционных мышц, чрезмерной выраженностью тонических шейных и лабиринтного рефлексов.

При кормлении грудного ребенка необходимо следить за тем, чтобы он не запрокидывал голову во избежание разгибания туловища еще до того, как соску или ложку поднесут ко рту. Не следует насильно исправлять положение головы при помощи руки, положенной под затылок. Это усилит разгибательную позу. Чтобы препятствовать запрокидыванию головы, мать заводит свою руку сзади вокруг плеч ребенка, выдвигая их вперед и внутрь. Удобно для кормления положение спереди от матери лицом к ней. Ребенка: располагают на специальном сидении либо под спину подкладывают клин, подушку. Такая поза симметрична, что исключает влияние АШТ-рефлекса, обеспечивает хороший зрительный контакт с матерью и освобождает ее руки для кормления.

Ребенка с достаточным контролем головы можно кормить, держа на коленях; при этом мать одну ногу ставит на подставку, чтобы согнуть бедра ребенка и тем самым предупредить разгибание ног. Если во время еды ребенок сидит на стуле,. следят, чтобы спина была выпрямлена. При "круглой" спине подбородок выдвигается вперед, затрудняя глотание. В положение сидя бедра и колени должны быть под прямым углом, ноги слегка разведены.

Во время кормления дополнительно контролируют область рта. Руку располагают таким образом, чтобы подбородок находился между указательным и средним пальцами, большой палец — на челюстно-лицевом суставе. Давление указательного пальца способствует открыванию рта, давление среднего пальца на диафрагму рта облегчает глотание. При другом расположении пальцев давление на подбородок наряду с облегчением глотания предотвращает разгибание головы. Чтобы заставить ребенка с церебральным параличом принимать полутвердую пищу с ложки, нужно оказывать давление ложкой на язык. Это препятствует его выталкиванию вперед и способствует захвату пищи верхней губой. Как только ложка вынута изо рта, следят, чтобы ребенок закрыл рот.

При обучении питью из чашки ребенок должен сидеть с небольшим наклоном головы и туловища вперед; кружку подносят спереди и чуть снизу, а не сверху. Чтобы избежать запрокидывания головы в конце питья, в пластмассовой кружке вырезают треугольник, в который во время наклона кружки входит нос. Удобно пользоваться чашкой с двумя ручками. Обучая ребенка самостоятельно есть, необходимо следить за правильной позой, контролируя положение плеч, головы, и учить его супинировать кисть, поворачивая ее у основания большого пальца.

У детей с церебральными параличами часто открыт рот, слюна вытекает изо рта. Если мать в течение дня периодически оказывает давление пальцем между носом и верхней губой, ребенок постепенно научится закрывать рот и проглатывать слюну. Аномальный способ приема пищи, начиная с рождения, препятствует формированию предречевых и речевых навыков.

**Как носить ребенка.** Если ребенок в положении на спине находится в разгибателыюн позе, то прежде чем поднять его, ему придают симметричную сгибательную позу сидя, держа под мышки и разводя своими локтями его колени. Затем ребенка берут па руки, лицом к себе, ноги вокруг талии. Как только он научится удерживать равновесие, поддержка матери должна быть минимальной. Детей с преобладанием сгибательного тонуса следует носить спиной к себе на боку с разведенными ногами и руками пли лицом вниз, привлекая внимание интересными предметами, игрушками. Такое положение помогает разогнуть голову, верхнюю часть туловища и конечности. Ребенка также можно носить вертикально спиной к себе, разводя руками его бедра.

Ребенка с мышечной гипотонией следует носить с приведенными ногами, стабилизируя нижнюю часть туловища рукой. Это способствует более активному разгибанию головы и спины.

Ношение на руках должно быть сведено до минимума, так как оно ограничивает самостоятельность ребенка. В то же время следует максимально стимулировать активное передвижение, поскольку только таким путем больной ребенок приобретает собственный опыт, жизненно необходимый для выработки навыков.

Положение в кровати в период бодрствования и сна — важный этан лечебных мероприятий, особенно в раннем возрасте. Расположение кровати ребенка зависит от характера двигательных нарушений. При преимущественном повороте головы вправо все стимулы (окно, свет, игрушки, цветы) должны располагаться слева, родители также подходят слева, и наоборот. В противном случае ребенок фиксируется в патологической позе, развиваются спастическая кривошея, деформации позвоночного столба и бедер. Дверь должна находиться спереди от кровати, чтобы ребенок, следя за входящими взрослыми, не запрокидывал голову.

В период бодрствования детей с первых дней жизни следует приучать лежать в кровати в различных положениях, не обязательно комфортабельных. Важна также правильная поза во время сна. Если в положении на спине преобладает экстензорный тонус, под голову подкладывают подушку. Это уменьшает разгибание бедер и стоп. При выраженном флексорном тонусе ребенка лучше класть в кровать без подушки. В случаях, когда переразгибание головы и верхней части туловища сопровождается запрокидыванием рук, пояс верхних конечностей следует обернуть пеленкой так, чтобы руки были приведены и находились немного спереди от туловища. В течение дня таких детей укладывают в гамак, надувной круг, на губчатые поверхности (толстый поролон), которые придают ребенку легкое полусогнутое положение.

В положении на боку значительно снижается тоническая активность, поэтому ребенок может согнуть голову, повернуть ее, приблизить руки к средней линии, манипулировать с предметами. Если поза асимметрична, больного кладут на тот бок, где больше выражена внутренняя ротация ноги. Начиная с периода новорожденности детей следует приучать лежать на животе, поскольку именно это положение оптимально для развития реакций выпрямления и равновесия. Многократное изменение позы ребенка в течение дня оказывает положительное влияние на формирование психомоторных функций.

Обучение гигиеническим навыкам. Лучший способ привития навыков опрятности — регулярное высаживание ребенка на горшок через строго определенные интервалы времени. Больные дети, сидя на горшке, плохо удерживают равновесие из-за недостаточного разведения бедер, неполной опоры па стопы, общего мышечного напряжения. Для предотвращения падения горшок помещают в деревянную коробку, внутрь перевернутого табурета. Основание горшка должно быть широким, задняя часть приподнята в виде спинки, вокруг краев горшка можно расположить пористую резину пли пенопласт, повысив тем самым устойчивость ребенка в позе сидя.

Следует подчеркнуть, что для правильного психосексуального развития мальчики с самого начала воспитания навыка опрятности должны мочиться стоя. Для этого можно использовать специальный горшок с поднятыми сторонами, держась за которые, ребенок чувствует себя более устойчиво и преодолевает страх падения. Доставать горшок, снимать и надевать штаны удобнее, держась одной рукой за перекладину. Мать должна обязательно похвалить ребенка, когда он проявил навык опрятности, и не очень ругать, если этого не случится. Грубость взрослых порождает у ребенка беспокойство и, вызывая эмоциональный стресс, разрушает навык.

**Купание**. Во время купания у детей с церебральными параличами возможны дистонические атаки, резкое разведение рук в момент погружения в воду, нарушение равновесия. Для облегчения купания применяют приспособления, удерживающие ребенка в полулежачем положении или стабилизирующие позу сидя. Маленьких детей с выраженным рефлексом Моро моют над ванной, держа под живот лицом вниз, или медленно опускают в воду в позе сидя с легким наклоном вперед. Тяжелобольных моют на деревянных щитах. Детей с гиперкинезами фиксируют широкими повязками.

Во время купания с ребенком необходимо играть, стимулируя двигательную активность и способствуя развитию узнавания частей тела. Можно создавать различные обучающие ситуации, чтобы ребенок понял разницу между сухим и мокрым, горячим и холодным, большой струей и маленькой и т. д. Ребенку показывают, как стирать полотенце, мыть куклу. Купание должно доставлять радость ребенку и родителям.

**Тренировка функциональной активности рук.** Нервно-психическое развитие тесно связано с формированием исследовательской, опорной, защитной и манипулятивнон функций рук. У детей с церебральными параличами уже с первых месяцев жизни нарушено тактильное и кинестетическое восприятие частей своего тела и окружающих предметов. В дальнейшем это приводит к задержке психического и речевого развития. Родителям объясняют необходимость стимуляции разнообразных движений рук, начиная с периода новорожденности.

С целью тренировки функции рук наряду с упражнениями, можно рекомендовать и другие приемы, которые целесообразно использовать в домашних условиях:

1. Ребенок в положении на спине. Приблизив его стопу к руке, дают ее ощупать, при этом голова не должна запрокидываться, так как это приведет к разгибанию ног.
2. Мать держит ребенка па руках лицом к себе с разведенными вокруг туловища ногами и, взяв его руки, прикасается к ярким бусам и другим различным по форме и консистенции предметам, которые висят у нее на шее.
3. Мать лежит на спине, валик под головой, чтобы приблизить свое лицо к лицу ребенка, которого она кладет себе на живот. В таком положении тренируется подъем головы и выпрямление спины. Одной рукой ребенок опирается на руку матери, другой ощупывает ее лицо, при этом мать называет части тела.
4. Мать лежит на спине с согнутыми ногами, ребенок сидит с разведенными ногами, опираясь стопами о пол. Она берет его руки и стимулирует ощупывание лица, сопровождая действия словами. Ребенка учат также захватывать кисти матери, выпрямляя руки впереди себя. Тренируют реакции равновесия посредством ответного толкания руками друг друга, покачивая ребенка в одну и в другую сторону.
5. Ребенок сидит па полу с разведенными ногами напротив матери, она. прижимает его ноги к полу в области коленных суставов. Эта поза особенно полезна детям, у которых затруднено сидение с разогнутыми ногами. Взяв ребенка за руки, она учит его раскрывать ладони, прикасается к различным частям тела.
6. Чтобы манипулировать руками, ребенок должен сохранять равновесие. Если эта функция нарушена, его можно посадить в надувной круг или круг из поролона, сидя в котором он играет с предметами, не опасаясь упасть.
7. Функции рук и реакции равновесия тренируют, когда ребенок находится на наклонной плоскости.
8. Ребенок сидит на стуле лицом к углу комнаты, с обеих сторон которого расположены панели с крючками. Он вешает кольца или другие предметы, ротируя при этом туловище. Упражнение тренирует захват и зрительно-моторную координацию. Совмещение одинаковых рисунков способствует развитию понимания цели.
9. Упражнения с вертикальными палками подавляют АШТ-рефлекс и учат захвату независимо от положения головы. Палки фиксируются по сторонам от сидящего ребенка на уровне вытянутых рук. Мать стабилизирует его бедра, способствуя сохранению равновесия и предотвращая разгибание ног:
	* голова по средней линии, тренируют захват и отпускание одновременно обеих палок и поочередно каждой из них;
	* голова повернута в сторону руки, которая захватывает и отпускает палку;
	* голова повернута в сторону, противоположную руке, осуществляющей захват. Палку можно раскрасить различными цветами и просить ребенка взять рукой ту или иную часть ее. Располагая палки спереди, стимулируют выдвижение рук вперед.
10. Для тренировки автоматической опоры на руки и захвата, а также реакций равновесия ребенка помещают в коробку, которую мать двигает по комнате.
11. Ребенок держится за полотенце или палец взрослого, которые последний двигает во всех направлениях. Постепенно ребенок учится делать эти движения своей рукой.
12. Движения руки вперед и назад тренируют через кольцо.
13. Сидя на стуле, ребенок снимает и надевает через голову плавательный круг. Это упражнение подготавливает его к самостоятельному надеванию вещей через голову. Поднимая пластмассовое кольцо с пола до пояса, ребенок учится надевать трусы и брюки.

**Игра.** В игре ребенок познает себя и окружающий мир с его сложными взаимоотношениями, приобретает опыт, учится на своих ошибках. У него формируются понятия размера, массы, формы, пространства, консистенции, приятного и неприятного и т. д. Для детей с церебральными параличами игра имеет еще более важное значение, чем для здоровых, поскольку ее можно использовать как средство для тренировки двигательных, речевых и психических навыков

Увлеченность игрой, положительный эмоциональный фон способствуют расслаблению ребенка, уменьшению гиперкинезов, содружественных реакций. Иногда в игре значительно быстрее, чем при целенаправленной тренировке, вырабатываются и закрепляются двигательные стереотипы, необходимые для преодоления имеющегося дефекта. Во время игры ребенок двигается, гримасничает, лепечет, подражает, т. с. создаются условия для его всестороннего развития.

Необходимо знать матери, что игры являются важным компонентом лечения ребенка, особенно в первые годы жизни. Основные принципы игры для детей с церебральными параличами такие же, как для здоровых. Однако мать должна проговаривать с ребенком вес производимые действия, настойчиво вырабатывать ассоциации между действием и словом, стремиться к получению определенного результата и чувства удовлетворения. Имитация в игре разнообразных жизненных ситуаций важна для дальнейшей социальной адаптации ребенка, ограниченного возможностями общения. Во время игры больные дети испытывают трудности, связанные с нарушениями мышечного тонуса, координации движений, дефектами речи, слуха, зрения. Такой ребенок нуждается в постоянной помощи и руководстве взрослых. Для игры выбирают оптимальную позу, при которой облегчены разнообразные движения рук.

Во время игры и ходьбы у детей с церебральными параличами часто нарушается равновесие, что нередко приводит к падению. С целью предотвращения травм головы рекомендуется надевать детям специальный шлем с козырьком на поролоновой основе. Лямка, удерживающая подбородок, способствует закрыванию рта и уменьшению слюнотечения.

**Стимуляция речи**. Постоянный речевой и эмоциональный контакт матери с больным ребенком, тренировка статических и локомоторных навыков, обучение жеванию, самостоятельной еде способствует выработке у ребенка нормального типа дыхания, координированных движений рта и языка, создают предпосылки для развития речи. Разговаривая с ребенком, мать должна придать ему комфортабельную позу, способствующую улучшению контроля головы и выпрямлению туловища, во время занятий — сесть напротив ребенка, чтобы он мог наблюдать за выражением ее глаз, движением губ. Надавливание ладонью на нижнюю часть грудной клетки способствует более устойчивому удержанию головы.

Для стимуляции координированных движений губ и языка можно использовать ряд приемов: постукивать по нижней и верхней губе, двигать язык ребенка из стороны в сторону и показывать ему собственным языком, как это делается, взявшись пальцами за нижнюю челюсть, открывать и закрывать ребенку рот, чтобы вызвать цепь звуков "абаба", "бабаба". Такие упражнения должны быть непродолжительными и приятными для ребенка, не надо заставлять его форсировать звук, так как это приведет к нарастанию спастики. Чтобы рот ребенка был закрыт во время сна, бодрствования и жевания, многократно в течение дня надавливают на верхнюю губу или постукивают по нижней, не акцентируя на этом его внимания. Закрывание рта необходимо для тренировки дыхания через нос, правильной координации глотания и дыхания.

В повседневной жизни следует максимально поощрять произношение любых звуков, даже если они фрагментарны, невнятны и непонятны для окружающих. Если родители угадывают каждое желание ребенка по его жестам, это подавляет потребность в речевом общении, и важная сенситивная фаза развития речи не формируется. Следует терпеливо ждать звукового ответа, поскольку у детей с церебральными параличами он может возникать значительно позже, чем в норме. Важно помнить, что ребенок с церебральным параличом не может правильно произносить звуки вследствие сенсомоторных нарушений. Поэтому родители основные усилия должны направить на тренировку двигательных возможностей ребенка, а не на отработку изолированных звуков, слогов. Эти подготовительные для формирования речи мероприятия следует включать в повседневную жизнь ребенка с раннего возраста.

Созданию так называемого внутреннего языка, как основе будущей речи, способствует широкое общение больных детей с окружающими людьми. Чтение книг, объяснение картинок, описание предметов, игрушек, частей тела более полезно для развития ребенка, чем прослушивание радио, и просмотр телевизионных передач.

Личный контакт матери с ребенком, постоянное речевое общение — залог успеха формирования речевой функции и успешной коррекции нарушений при ДЦП..

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В заключении хотелось бы отметить следующее:

1. Дети раннего возраста с церебральным параличом представляют собой неоднородную группу по уровню познавательного, речевого и социального развития. Основой для компенсации полиморфных нарушений двигательного, познавательного и речевого развития, образования и социальной адаптации детей раннего возраста с церебральным параличом является организация ранней помощи ребенку в семье.
2. Гармоничные отношения ребенка с матерью создает условия для активного взаимодействия ребенка с окружающим миром через общение со взрослым, с матерью на основе разработанных комплексных программ коррекции нарушений детей раннего возраста с ДЦП.
3. Ключевой основой для обеспечения адаптации ребенка с церебральным параличом в социальное пространство окружающего его мира является системная организация ранней комплексной коррекционно-развивающей помощи детям этой категории, включающее активное участие матери ребенка.
4. Разработка и реализация ранней комплексной коррекционно-развивающей помощи обеспечивает объединение всех направлений процесса сопровождения (диагностического, лечебно-восстановительного, психолого-педагогического, социального и семейного).
5. Компенсация нарушений социального, познавательного, речевого и двигательного развития ребенка раннего возраста с церебральным параличом осуществляется в общении со взрослыми, с матерью, позволяющей уже на ранних возрастных этапах стимулировать социальную активность ребенка, закладывать позитивные личностные основы взаимодействия с окружающим миром.
6. В процессе повседневного ухода за ребенком мать создает положительный эмоциональный комплекс на лицо, голос, прикосновение матери, ребенок чувствует безопасность, комфорт. Общение с матерью способствует его психическому развитию, приобретению опыта, познанию окружающего. При недостаточном контакте со взрослыми, с матерью, ребенок становится апатичным, снижается мотивация, появляются стереотипные движения, формируется вторичная задержка психического развития.
7. В данном исследовании подняты лишь некоторые вопросы изучения общения матери и ребенка с ДЦП раннего возраста, которые требуют всестороннего и глубокого исследования в целях дальнейшего совершенствования комплексной реабилитации детей с ДЦП, одновременного развития двигательных и интеллектуальных возможностей больного ребенка.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом. – М.: Просвещение, 1999. – 88 с.
2. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В. Детские церебральные параличи.- Киев, 1988. – 126 с.
3. Божович Л.И. Личность и формирование в детском возрасте. - СПб.: Питер, 2008. – 400 с.
4. Винарская Е.Н. Раннее речевое развитие ребёнка и проблемы дефектологии. – М.: Просвещение,1987. – 223 с.
5. Выготский Л.С. Проблемы дефектологии. - М.: Просвещение, 1995. - 527 с.
6. Горягина В. А. Психология общения. - М.: Академия, 2002. – 234 с.
7. Дружинин В.Н. Психология семьи. – СПб.: Питер, 2008. – 224 с.
8. Епишина Л.В. педагогические аспекты развития коммуникативных свойств личности // "Начальная школа", 2008. – №11, С. 25
9. Ипполитова М.В., Бабенкова Р.Д., Мастюкова Е.М. Воспитание детей с церебральным параличом в семье. – М.: Просвещение, 1993. – 152 с.
10. Колпакова Л.М. Психологическая доминанта в структуре материнского отношения к ребенку, больному ДЦП // Казанский медицмнский журнал. - 2006. - Т.87, №3. - С.221-222.
11. Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. - М.: Издательский центр Академия, 2001. - 192 с.
12. Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения. М.: Академия, 2006. – 247 с.
13. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушение при локальных поражениях мозга.- М., 1968.
14. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2004. – 400 с.
15. Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст): Советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии. - М : ВЛАДОС, 2007. - 304с.
16. Нарушение голоса звукопроизносительной стороны речи. Часть 2: ринолалия и дизартрия. / Под ред. Л.С. Волковой. М.: Владос, 2003. – 254 с.
17. Особенности умственного и речевого развития учащихся с церебральным параличом./ Под ред. М. В. Ипполитовой. – М.: Просвещение, 1989. – 241 с.
18. Панченко И.И., Щербакова Л.А., Приходько О.Г., Моисеева Т.Ю. Дети с двигательными нарушениями: коррекционная работа на первом году жизни. – М.: Экзамен, 2004. – 245
19. Семёнова К.А. Лечение двигательных расстройств при детских церебральных параличах.- М.: Медицина, 1976. – 445 с.
20. Смирнова И.А. Специальное образование дошкольников с ДЦП. – СПб.: Детство-Пресс, 2003. – 447 с.
21. Смирнова Е.О. "Генезис общения ребёнка от рождения до семи лет в исследованиях сотрудников психологического института"// Вопросы психологии,2004, - №2. – С. 4 – 10
22. Стребелева Е.А., Коррекционная помощь детям раннего возраста с органическим поражением ЦНС в группах кратковременного пребывания. – М.: Академия, 2004. – 321 с.
23. Чиркина Г.В. Методы обследования речи детей. М.: Просвещение, 1982. – 345 с.
24. Эриксон Э. Детство и общество. – Обнинск, 1993. – 291 с
25. Эльконин Б.Д. Психология развития. - СПб.: Академия, 2007. – 144 с.