СОДЕРЖАНИЕ

Введение

Глава 1. Теоретическое изучение детей с ДЦП

.1 Детский церебральный паралич: характеристика дефекта, его причины и формы

.2 Речевые нарушения у дошкольников с ДЦП

Глава 2. Психологическая помощь детям с церебральным параличом

.1 Логопедическая работа с детьми с детским церебральным параличом

.2 Основные методики коррекции развития для детей с церебральным параличом

Заключение

Список использованной литературы

ВВЕДЕНИЕ

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.

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.

ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ДЦП

.1 Детский церебральный паралич: характеристика дефекта, его причины и формы

У детей с нарушением опорно-двигательного аппарата ведущим является двигательный дефект. Основную массу из них составляют дети с детским церебральным параличом (ДЦП). У этих детей двигательные расстройства сочетаются с психическими и речевыми нарушениями, поэтому большинство из них нуждается не только в лечебной и социальной помощи, но и в психолого-педагогической и логопедической коррекции.

Детский церебральный паралич возникает в результате недоразвития или повреждения мозга в раннем онтогенезе. При этом наиболее тяжело страдают отделы мозга, отвечающие за произвольные движения, речь и другие корковые функции. Таким образом, при детском церебральном параличе страдают самые важные для человека функции: движение, психика и речь. Ведущими в клинической картине детского церебрального паралича являются двигательные нарушения, которые часто сочетаются с вторичными дефектами (психическими и речевыми расстройствами, нарушениями функций других анализаторных систем (зрения, слуха, глубокой чувствительности), судорожны ми припадками). Причиной детского церебрального паралича могут быть различные неблагоприятные факторы, воздействующие

· во внутриутробном (пренатальном) периоде (инфекционные заболевания, перенесённые во время беременности, вирусные инфекции, краснуха, токсиплазмоз; сердечно-сосудистые и эндокринные нарушения у матери; токсикозы беременности; физические травмы, ушибы плода; несовместимость по резус-фактору; психические травмы; физические факторы - перегревание или переохлаждение, действие вибрации, облучение, в том числе и ультрафиолетовое в больших дозах; некоторые лекарственные препараты; экологическое неблагополучие);

· в момент родов, интранатальном периоде (родовые травмы, асфиксия, клиническая смерть);

· или на первом году жизни, в раннем постнатальном периоде (перенесение нейроинфекций - менингита, энцефалита,тяжелых ушибов головы).

Наибольшее значение в возникновении этого заболевания придается поражению мозга во внутриутробном периоде и в момент родов.

У детей с детским церебральным параличом нарушено и задержано формирование всех двигательных функций: удержание головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. Нарушение двигательной функции выступает первичным нарушением, которое в случае отсутствия своевременной коррекционной работы, приводит к вторичным нарушениям психики и речи.

Разнообразие двигательных нарушений у детей с детским церебральным параличом обусловлено рядом факторов, связанных со спецификой заболевания.

. Нарушение мышечного тонуса (по типу спастичности, ригидности, гипотонии, дистонии). Любой двигательный акт сопровождается мышечный тонус. Часто при детском церебральном параличе наблюдается повышение мышечного тонуса -спастичность, когда мышцы напряжены (характерно нарастание мышечного тонуса при попытках произвести то или иное движение, особенно при вертикальном положении тела). У таких детей ноги приведены, согнуты в коленях, опора на пальцы, руки приведены к туловищу, согнуты в локтях, пальцы согнуты в кулаки. При резком повышении мышечного тонуса часто наблюдаются сгибательные и приводящие контрактуры (ограничение объема пассивных движений в суставах), а также различные деформации конечностей. При ригидности мышцы напряжены, находятся в состоянии максимально повышенного мышечного тонуса. При гипотпонии (низкий мышечный тонус) мышцы конечностей и туловища дряблые, вялые, слабые. Дистония -- меняющийся характер мышечного тонуса. Мышечный тонус в этом случае отличается непостоянством, изменчивостью. В покое мышцы расслаблены, при попытках к движению тонус резко нарастает, в результате чего оно может оказаться невозможным. При осложненных формах церебрального паралича может отмечаться сочетание различных вариантов нарушений мышечного тонуса. Характер этого сочетания может меняться с возрастом.

. Ограничение или невозможность произвольных движений (парезы и параличи). В зависимости от тяжести поражения мозга может наблюдаться полное или частичное отсутствие тех или иных движений. Полное отсутствие произвольных движений, обусловленное поражением двигательных зон коры головного мозга и проводящих двигательных путей, называется центральным параличом (ребенок затрудняется или не может поднять руки вверх, вытянуть их вперед, в стороны, согнуть или разогнуть ноги, затрудняется ходьба), а ограничение объема движений -- центральным парезом (страдают в первую очередь наиболее тонкие и дифференцированные движения, например изолированные движения пальцев рук).

З. Наличие насильственных движений характерны для многих форм ДЦП. Они могут проявляться в виде гиперкинезов (непроизвольных насильственных движений, обусловленных переменным тонусом мышц, с наличием неестественных поз) и тремора (дрожание пальцев рук и языка).

. Нарушения равновесия и координации движений (атаксия). Туловищная атаксия проявляется в неустойчивости при сидении, стоянии и ходьбе. В тяжелых случаях ребенок не может сидеть или стоять без поддержки. Отмечается неустойчивость походки: дети ходят на широко расставленных ногах, пошатываясь, отклоняясь в сторону. Нарушения координации (ребенок не может точно захватить предмет и поместить его в заданное место; при выполнении этих движений он промахивается, у него наблюдается тремор).

. Нарушение ощущений движений (кинестезий). Развитие двигательных функций тесно связано с ощущением движений. Ощущение движений осуществляется при помощи специальных чувствительных клеток, которые дают информацию о положении конечностей и туловища в пространстве, степени сокращения мышц (так у детей с детским церебральным параличом бывает ослаблено чувство позы или искажено восприятие направления движения - движение пальцев рук по прямой ощущается как движение по окружности или в сторону).

. Недостаточное развитие цепных установочных выпрямительных рефлексов (статокинетических рефлексов). Статокинетические рефлексы обеспечивают формирование вертикального положения тела ребенка и произвольной моторики, при их недоразвитии ребенку трудно удерживать в нужном положении голову и туловище. В результате он испытывает трудности в овладении навыками самообслуживания, трудовыми и учебными операциями.

. Синкинезии - это непроизвольные содружественные движения, сопровождающие выполнение активных движений (например, при попытке взять предмет одной рукой происходит сгибание другой руки; ребенок не может разогнуть согнутые пальцы рук, а при выпрямлении всей руки пальцы разгибаются).

. Наличие патологических тонических рефлексов. При нормальном развитии тонические рефлексы проявляются не резко в первые месяцы жизни. Постепенно (к 3-м месяцам жизни) они угасают, создают основу для появления более высокой ступени в безусловно-рефлекторной деятельности ребенка, так называемых установочных рефлексов. При детском церебральном параличе отмечается запаздывание в угасании тонических рефлексов. Патологически усиленные тонические рефлексы являются одной из причин формирования патологических поз, движений, деформаций. Развитие моторики чаще всего останавливается на той стадии, где тонические рефлексы оказывают решающее влияние. Ребенку может быть 2 года, 5, 10 лет и более, а его двигательное развитие будет находиться на уровне 5--8-месячного здорового младенца.

Двигательные нарушения у детей с церебральным параличом могут иметь различную степень выраженности. При тяжелой степени ребенок не овладевает навыками ходьбы и манипулятивной деятельностью. Он не может самостоятельно обслуживать себя. При средней степени двигательных нарушений дети овладевают ходьбой, но ходят неуверенно, часто при помощи специальных приспособлений (костылей, канадских палочек и т. д.). Навыки самообслуживания у них развиты не полностью, так же как и манипулятивная деятельность. При легкой степени двигательных нарушений дети ходят самостоятельно, уверенно как в помещении, так и за его пределами. Могут самостоятельно ездить на городском транспорте. Они полностью себя обслуживают, достаточно развита манипулятивная деятельность. Однако у детей могут наблюдаться неправильные патологические позы и положения, нарушение походки, движения недостаточно ловкие, замедленные. Снижена мышечная сила.

Структура дефекта при детском церебральном параличе включает в себя специфические отклонения в психическом развитии. Механизм нарушения развития психики зависит от времени возникновения, а так же степени и локализации мозгового поражения. Психические нарушений на фоне раннего внутриутробного поражения характеризуются грубым недоразвитием интеллекта. При поражениях, развившихся во второй половине беременности и в период родов, психические нарушения носят более мозаичный, неравномерный характер. Не существует четкой взаимосвязи между выраженностью двигательных и психических нарушений: например, тяжелые двигательные расстройства могут сочетаться с легкой задержкой психического развития, а остаточные явления детского церебрального паралича -- с тяжелым недоразвитием психических функций для детей с церебральным параличом характерна своеобразная аномалия психического развития, обусловленная ранним органическим поражением головного мозга и различными двигательными, речевыми и сенсорными дефектами.

Структура интеллектуального дефекта при детском церебральном параличе характеризуется рядом специфических особенностей.

. Неравномерно сниженный запас сведений об окружающем (обусловлен вынужденной изоляцией; затруднение предметно-практической деятельности, по причине двигательного расстройства; нарушение сенсорных функций). Отмечается нарушение координированной деятельности различных анализаторных систем (патология зрения, слуха, мышечно-суставного чувства), что сказывается на восприятии в целом, ограничивает объем информации, затрудняет интеллектуальную деятельность.

. Мозаичный характер развития психики, т. е. нарушение одних интеллектуальных функций, задержка развития других и сохранность третьих. У некоторых детей развиваются преимущественно наглядные формы мышления, у других, наоборот, особенно страдает наглядно-действенное мышление при лучшем развитии словесно-логического.

З. Выраженность психоорганических проявлений -- замедленность, истощаемость психических процессов, трудности переключения на другие виды деятельности, недостаточность концентрации внимания, снижение объема механической памяти.

По состоянию интеллекта дети с детским церебральным параличом представляют крайне разнородную группу: одни имеют нормальный или близкий к нормальному интеллект, у других наблюдается задержка психического развития, у остальных имеет место олигофрения. Дети без отклонений в психическом развитии встречаются редко. Основным нарушением познавательной деятельности является задержка психического развития (церебрально-органического генеза).

Для таких детей характерны расстройства эмоционально-волевой сферы, у одних детей они проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности, у других -- в виде заторможенности, застенчивости, робости. Склонность к колебаниям настроения часто сочетается с инертностью эмоциональных реакций.

В структуре дефекта у детей с церебральным параличом значительно место занимают нарушения речи. Большое значение в механизме речевых нарушений при детском церебральном параличе имеет сама двигательная патология, влияющая на мышечный тонус речевого аппарата. В основе нарушений речи лежит не только повреждении структур мозга, но и более позднее формировании или недоразвитие отделов коры головного мозга, отвечающих за речь. Отставания в развитии речи связаны с ограничение объема знаний и представлений об окружающем, недостаточность предметно-практической деятельности.

.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 .

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

) Вторичная задержка речевого развития;

) Нарушения грамматического строя речи;

) Нарушения формирования связной речи;

) Все формы дизграфии и дизлексии;

) Фонетико-фонематическое недоразвитие речи, которые проявляются в рамках различных форм дизартрий;

) В более тяжелых случаях развивается такое недоразвитие речи как алалия;

) 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.

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:

) спастико-паретическая (ведущий синдром - спастический парез);

) спастико-ригидная (ведущие синдромы - спастический парез и тонические нарушения управления типа ригидности);

) гиперкинетическая (ведущий синдром - гиперкинезы: хореические, атетоидные, миоклонии);

) атактическая (ведущий синдром - атаксия);

) спастико-атактическая (ведущий синдром - спастический парез и атаксия);

) спастико-гиперкинетическая (ведущий синдром - спастический парез и гиперкинез);

) спастико-атактико-гиперкинетическая (ведущий синдром - спастический парез, атаксия, гиперкинез);

) атактико-гиперкинетическая (ведущий синдром - атаксия, гиперкинез)

Рассмотрим подробнее дифференцированную клиническую симптоматику при каждой форме дизартрии.

. 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.

. 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).

. 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.

. 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, узкими 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.

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. 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

ГЛАВА 2. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

.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.

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 Основные методики коррекции развития для детей с церебральным параличом

паралич дефект психологическая логопедическая

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:

) Воспитание двигательных функций.

) Воспитание навыков.

) Воспитание речи.

) 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:

. Необходимо приспосабливать ребенка с патологией к реальным условиям жизни.

. Это приспособление обеспечивается за счет обучения навыкам.

. Необходимо добиваться максимального владения сохранными функциями.

. Закрепление сформированных действий в практических ситуациях.

. Нужно вести работу по профилактике и устранению комплекса неполноценности.

. Ребенок должен видеть вокруг себя не только больных, но и здоровых детей.

. 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:

. этап. Вводная часть. Проводится расслабляющий массаж с беседой для осознания схемы тела, а также ритмические упражнения под музыку.

. этап. Развитие общей моторики.

. этап. Развитие мелкой моторики.

. 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:

. Обязательный эмоциональный контакт.

. Обеспечение ребенку чувства безопасности.

. Активное участие ребенка в работе. Обеспечивается тем, что ребенку объясняют, в чем заключаются его трудности и недостатки.

. Содержание и материал заданий подбирается не по возрасту, а по возможности ребенка.

. Работа проводится в игровой деятельности.

. Дозировка заданий в соответствии с возможностями ребенка.

. Повторение и закрепление материала.

Методика Мазанек рассчитана для детей с рождения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Детский церебральный паралич - заболевание, в основе которого двигательное нарушение, влекущее за собой нарушения психические и речевые. Чем раньше начинается коррекционная работа, тем лучше для ребенка. Основной целью коррекционной работы при детском церебральном параличе является оказание детям медицинской, психологической, педагогической, логопедической и социальной помощи; обеспечение максимально полной и ранней социальной адаптации, общего и профессионального обучения.

Очень важно развитие позитивного отношения к жизни, обществу, семье, обучению и труду. Эффективность лечебно-педагогических мероприятий определяется своевременностью, взаимосвязанностью, непрерывностью, преемственностью в работе различных звеньев. Лечебно-педагогическая работа должна носить комплексный характер. Важное условие комплексного воздействия - согласованность действий специалистов различного профиля: невропатолога, психоневролога, врача ЛФК, логопеда, дефектолога, психолога, воспитателя. Необходима их общая позиция при обследовании, лечении, психолого-педагогической и логопедической коррекции.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом. М., 1989.

. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В. Детские церебральные параличи. М., 1989.

. Данилова Л.А. Методика коррекции речевого и психического развития у детей с церебральным параличом. М., 1997.

. Левченко И.Ю., Приходько О. Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. -- М.: Издательский центр «Академия», 2001.

. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. - СПб.: Речь, 2001.

. Мастюкова Е.М., Ипполитова М.В. Нарушения речи у детей с церебральным параличом. М., 1995.

. Назарова Н.М. Специальная педагогика. / Под редакцией Назаровой Н.М. -- М.: Изд-во АСАDEMА, 2000.8. Шипицина Л.М., Мамайчук Л.М. Детский церебральный паралич. СПб., 2001.