**Введение**

паралич церебральный ребенок психологический

Первое клиническое описание детского церебрального паралича было сделано В. Литтлем в 1853 году. В течение почти 100 лет ДЦП назывался болезнью Литтля. Термин «детский церебральный паралич» принадлежит З. Фрейду. Ему же принадлежит и первая классификация ДЦП. В 1893 году он предложил объединить все формы спастических параличей внутриутробного происхождения со сходными клиническими признаками в группу церебральных параличей. А уже в 1958 году на заседании VIII пересмотра ВОЗ в Оксфорде этот термин утвердили и дали следующее определение: «детский церебральный паралич - не прогрессирующее заболевание головного мозга, поражающее его отделы, которые ведают движениями и положением тела, заболевание приобретается на ранних этапах развития головного мозга».

При детском церебральном параличе наблюдаются самые разнообразные двигательные нарушения. В максимальной степени поражаются мышечные структуры, в первую очередь выявляются нарушения координации движений. Нарушения двигательной активности формируются вследствие поражения структур мозга. Причем объем и локализация поражений головного мозга определяют характер, форму и тяжесть проявлений мышечных нарушений.

Детские церебральные параличи - клинический термин, объединяющий группу хронических непрогрессирующих симптомокомплексов двигательных нарушений, вторичных по отношению к поражениям и / или аномалиям головного мозга, возникающим в перинатальном периоде. Отмечается ложное прогрессирование по мере роста ребёнка. Примерно у 30-50% людей с ДЦП наблюдается нарушение интеллекта.

Для детей с церебральным параличом характерны специфические отклонения в психическом развитии. Механизм этих нарушений сложен и определяется как временем, так и степенью и локализацией мозгового поражения. Проблеме психических нарушений у детей, страдающих церебральным параличом, посвящено значительное количество работ отечественных специалистов (Э.С. Калижнюк, Л.А. Данилова, Е.М. Мастюкова, И.Ю. Левченко, Е.И. Кириченко и др.).

Особенности формирования личности и эмоционально-волевой сферы у детей с диагнозом ДЦП могут быть обусловлены двумя факторами:

биологическими особенностями, связанными с характером заболевания;

социальными условиями - воздействием на ребенка семьи и педагогов.

Воспитание в семье ребенка с ДЦП часто происходит под чрезмерной опекой. Родители часто переживают и беспокоятся за своего ребенка. Они часто испытывают чувство вины, разочарование и даже депрессию из-за того, что не в силах изменить ситуацию. Но такая опека часто вредит ребенку и не дает ему почувствовать потребность в движении, деятельности и общении с окружающими. Также в следствии гиперопеки у ребенка снижается его самооценка, появляется замкнутость и неуверенность в себе. Цель курсовой работы - рассмотреть организацию работы с родителями детей с ДЦП.

Для достижения указанной цели определены следующие задачи:

определить понятие и основные формы детского церебрального паралича;

рассмотреть психологические особенности и отклонения у детей с диагнозом ДЦП;

изучить понятие и особенности работы с детьми с ДЦП;

дать рекомендации и охарактеризовать систему мероприятий по работе с родителями детей с ДЦП.

Курсовая работа состоит из введения, основной части, заключения, списка использованных источников и литературы.

**1. Теоретические основы детского церебрального паралича**

**.1 Понятие и основные формы детского церебрального паралича**

Детский церебральный паралич (ДЦП) - это понятие, объединяющее группу двигательных расстройств, возникающих вследствие повреждения различных мозговых структур в перинатальном периоде. Детский церебральный паралич может включать моно-, геми-, пара-, тетра - параличи и парезы, патологические изменения мышечного тонуса, гиперкинезы, нарушения речи, шаткость походки, расстройства координации движений, частые падения, отставание ребенка в моторном и психическом развитии.

Главной причиной возникновения ДЦП является гипоксия (кислородное голодание) ребенка в утробе матери или сразу после рождения. К гипоксии, в свою очередь, может приводить патология беременности (токсикозы, инфекции, нарушение плацентарного кровообращения). Реже причиной ДЦП являются родовые травмы. Обычно они бывают вызваны разными видами акушерской патологии. Ими могут быть слабость родовой деятельности, узкий таз матери или его неправильное строение, стремительные или затяжные роды, долгий безводный промежуток перед родами, неправильное предлежание плода. После родов самой частой причиной заболевания является гемолитическая желтуха новорожденных. Она обычно возникает вследствие несовместимости групп крови или резус-факторов ребенка и матери или вследствие печеночной недостаточности у новорожденного.

В последствии разные авторы по разному определяли понятие «детский церебральный паралич».

И.Н. Иваницкая считает, что термин «детский церебральный паралич» объединяет ряд синдромов, которые возникли в связи с повреждением мозга и проявляются, прежде всего, неспособностью сохранять позу и выполнять произвольные движения.

Например Д. Вернер определяет «детский церебральный паралич» как заболевание, вызывающее нарушение двигательной активности и неестественное положение тела.

Л.М. Шипицына и И.И. Мамайчук под термином «детский церебральный паралич» понимают нарушения осанки и двигательных функций, приобретённых в первые годы жизни, не прогрессирующих, отчасти поддающихся функциональной корректировке и объясняющихся недостаточным развитием, либо повреждением головного мозга.

Н.А. Ермоленко, И.А. Скворцов, А.Ф. Неретина считают, что термином «детские церебральные параличи» объединяются синдромы, возникшие в результате повреждения мозга на ранних этапах онтогенеза и проявляющиеся неспособностью сохранять нормальную позу и выполнять произвольные движения.

Л.О. Бадалян отмечал, что поражение нервной системы при ДЦП представляет собой не «поломку» уже готового механизма, а задержку или искажение развития.

Двигательные нарушения при детских церебральных параличах обусловлены тем, что повышенный мышечный тонус, сочетаясь с патологическими тоническими рефлексами (тонический лабиринтный и шейные рефлексы), препятствует нормальному развитию возрастных двигательных навыков. Тонические рефлексы являются нормальными рефлексами у детей в возрасте до 2-3 мес. Однако, при детских церебральных параличах их обратное развитие задерживается, и они значительно затрудняют двигательное развитие ребенка. Выраженность тонических рефлексов зависит от тяжести поражения мозга. В тяжелых случаях они резко выражены и их легко обнаружить. При более легких поражениях дети научаются тормозить рефлекс. Тонические рефлексы оказывают влияние и на мышечный тонус артикуляционного аппарата.

В настоящее время нет единой повсеместно принятой классификации детского церебрального паралича. За время изучения этого грозного недуга были предложены многочисленные классификации - более 20.

Классификация основана на клинических проявлениях двигательных расстройств. По К.А. Семеновой выделяют следующие формы: спастическая диплегия (термин ошибочен, т.к. подразумевает нижний парапарез, а в классической неврологии под диплегией подразумевают двойную гемиплегию), гиперкинетическая или дискинети-ческая, гемипаретическая, двусторонняя гемиплегия, атонически-астатическая и атак-тическая. Г Г Шанько рекомендует выделять степени тяжести двигательных расстройств по способности к самостоятельному передвижению:- передвигаются самостоятельно;- с посторонней помощью;- не передвигаются.

В развитии заболевания выделяют три стадии: ранняя стадия (до 4 месяцев), начальная хронически-резидуальная стадия (до 3-4 лет) и поздняя конечная резидуальная стадия.

В отечественной неврологии принята классификация, предложенная в 1952 г. Ford A. и модифицированная вначале Футером Д.С. (1958), а затем Семёновой К.А. (1964). По этой классификации выделяют пять форм детского церебрального паралича:

Двойная гемиплегия - двигательные нарушения представлены тетрапарезом.

Спастическая диплегия по распространенности двигательных нарушений является, так же как и двойная гемиплегия, тетрапарезом, но при этом тонус мышц изменен не по типу ригидности, а по типу спастичности. Руки поражаются в значительно меньшей степени, чем ноги, иногда лишь минимально.

Гиперкинетическая форма детского церебрального паралича.

При атонически - астатической форме ДЦП, в отличие от остальных форм этого заболевания, парезы минимальны.

Гемипаретическая форма ДЦП берет свое начало либо в тяжелых родах (т.е. интранатально), осложненных нарушением мозгового кровообращения и асфиксией, либо в период новорожденности в результате черепно-мозговой травмы, нейроинфекции или интоксикации.

Детский церебральный паралич особенно часто диагностируется у младенцев с очень низким весом и у недоношенных младенцев.

Новые методы лечения, которые повышают показатель рождаемости детей с низким весом и недоношенных младенцев, действительно показывают общее количество детей с церебральным параличом. Новые технологии не изменили темп развития церебрального паралича у детей, которые родились в нормальный срок и с нормальным весом.

**1.2 Психологические особенности и отклонения у детей с диагнозом ДЦП**

У детей с ДЦП довольно-таки своеобразное психологическое развитие. Степень отклонения от нормы зависит от множества факторов, но в первую очередь особенности психического развития определяются локализацией и степенью поражений головного мозга пациента. Правда, огромную роль в этом играет и его социальное положение, отношение окружающих его людей.

Психологическая характеристика детей с ДЦП наиболее подробно представлена в работах И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько, И.И. Мамайчук. Авторами единодушно отмечается, что при ДЦП имеет место сложная структура дефекта, относимая по классификации В.В. Лебединского к варианту дефицитарного развития.

Психологической характеристикой дефицитарного развития является в разной степени корригируемая специфика формирования всех сфер личности, обусловленная в данном случае тяжелыми двигательными нарушениями, сочетающимися с психологическими признаками повреждения (иногда сопряженного с недоразвитием) ЦНС, а также возможной патологией анализаторов.

Хронологическое созревание психической деятельности детей с церебральными параличами резко задерживается и на этом фоне выявляются различные формы нарушения психики, и прежде всего познавательной деятельности. Не существует четкой взаимосвязи между выраженностью двигательных и психических нарушений: например, тяжелые двигательные расстройства могут сочетаться с легкой задержкой психического развития, а остаточные явления ДЦП - 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. Важную роль в генезе психических нарушений играют ограничения деятельности, социальных контактов, а также условия воспитания и окружения.

Среди видов аномального развития детей с ДЦП чаще всего встречаются задержки развития по типу психического инфантилизма. Проявления психического инфантилизма, характерные почти для всех детей, страдающих детским церебральным параличом, выражаются в наличии несвойственных данному возрасту черт детскости, непосредственности, преобладании деятельности по мотивам удовольствия, склонности к фантазированию и мечтательности.

В основе психического инфантилизма лежит дисгармония созревания интеллектуальной и эмоционально-волевой сферы при незрелости последней. При инфантилизме психическое развитие характеризуется неравномерностью созревания отдельных психических функций. Выделяют простой психический инфантилизм. К нему относят также гармонический инфантилизм. При этой форме психическая незрелость проявляется во всех сферах деятельности ребенка, но преимущественно в эмоционально-волевой. Также существуют осложненные формы, например органический инфантилизм.

Многие дети отличаются повышенной впечатлительностью. Отчасти, это можно объяснить эффектом компенсации: двигательная активность ребенка ограничена, и на фоне этого органы чувств, напротив, получают высокое развитие. Благодаря этому они чутко относятся к поведению окружающих и способны уловить даже незначительные изменения в их настроении. Однако эта впечатлительность зачастую носит болезненный характер; вполне нейтральные ситуации, невинные высказывания способны вызывать у них негативную реакцию.

Сложная структура интеллектуального дефекта у детей с церебральным параличом требует дифференцированного подхода к психологической коррекции.

Существуют разные мнения о распространенности нарушений речевых функций при детском церебральном параличе. Почти в 70% случаев при диагнозе ДЦП у детей диагностируется речевая патология, причем уровень расстройства речи зависит от фор мы паралича.

Эмоционально-волевые нарушения и нарушения поведения у детей с ДЦП проявляются в повышенной возбудимости, чрезмерной чувствительности ко всем внешним раздражителям. Обычно эти дети беспокойны, склонны к вспышкам раздражительности, упрямству. Более многочисленная их группа, напротив, отличается вялостью, пассивностью, безынициативностью, нерешительностью, заторможенностью. Многим детям свойственна повышенная впечатлительность, они болезненно реагируют на тон голоса и нейтральные вопросы и предложения, отмечают малейшее изменение в настроении близких. Часто у детей с ДЦП наблюдается расстройство сна: спят беспокойно, со страшными сновидениями. Повышенная утомляемость характерна практически для всех детей с ДЦП. Важно, чтобы ребенок начал осознавать себя таким, каков он есть, чтобы у него постепенно развивалось правильное отношение к болезни и своим возможностям. Ведущая роль в этом принадлежит родителям и воспитателям. Патохарактерологическое формирование личности отмечается у большинства детей с ДЦП. Отрицательные черты характера формируются и закрепляются у детей с ДЦП в значительной степени в результате воспитания по типу гиперопеки.

Психолого-педагогическую характеристику детей с ДЦП давать сложно, потому что первоочередное значение в психологическом портрете ребенка играет не возраст, а двигательные возможности и интеллект. Поэтому можно обозначать лишь самые общие возрастные закономерности.

Выраженную диспропорциональность и неравномерный, нарушенный темп развития, а также качественное своеобразие в формировании психики И.Ю. Левченко, И.И. Мамайчук, И.А. Смирнова и другие исследователи называют главными особенностями познавательной деятельности и личности ребенка с ДЦП.

При составлении психокоррекционной программы необходимо учитывать форму, степень тяжести и специфику нарушения психических функций. Диапазон интеллектуальных нарушений при ДЦП чрезвычайно велик - от нормального уровня психического развития до тяжелых степеней умственной отсталости.

**2. Общая характеристика работы с родителями детей с ДЦП**

**.1 Понятие и особенности работы с детьми с ДЦП**

Эффективность психолого-педагогического воздействия зависит от комплексного подхода, совместной деятельности коллектива специалистов и педагогов. Каждый этап в работе обсуждается с педагогическим коллективом не только на ПМПК, но и на педсоветах, индивидуальных консультациях для сотрудников. В группах ведутся тетради связи всех специалистов с воспитателями, в которых даются рекомендации от каждого специалиста, как индивидуально, так и для всех детей группы (развивающие игры сказки, релаксационная музыка перед сном, спокойная музыка для фонового сопровождения режимных моментов, игр, физкультурные упражнения, тексты песен и мелодий на музыкальных занятиях и др.).

Часто бывает так, что при наличии определенного дефекта, другие психические и физические возможности ребенка достаточно сохранены. Здесь важно пытаться их активизировать, чтобы компенсировать сам дефект. Так, можно развивать творческие возможности и потенциал ребенка. Помогая ему учиться общаться с людьми, развивая остроумие и обаяние, постоянно расширяя круг интересов родители помогут своему ребенку успешно компенсировать его физические недостатки.

Как правило, психологами используются разнообразные методики, оборудование, приемы. Некоторые из них известны. Например, пальчиковый театр - работа с пальчиковыми куклами, - приём, направленный на развитие мелкой моторики, коррекции эмоциональной сферы ребенка. Также возможно использование специального развивающее оборудование «Психомоторика».

Лечение ДЦП основывается на проведении тренировок, которые позволяют снизить выраженность дефектов. В основном это психофизические нагрузки. Чтобы улучшить мышечную функцию проводят различные виды терапии. Для развития речи с больным ребенком работает логопед. С целью поддержания равновесия и ходьбы применяют различные ортопедические приспособления и специальные фиксаторы.

Основными целями коррекционной работы при детском церебральном параличе являются: 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 специалистов. 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.

Одним из важных направлений в коррекционной работе с детьми является формирование пространственных представлений, представлений о пространственных соотношениях. Для развития оптико-пространственного восприятия необходимо учить ребенка составлению сюжетных картинок, например из кубиков с частями изображения или разрезных карточек с иллюстрациями; построению геометрических форм и изображений с помощью различных предметов, например палочек. Для нормализации оптико-пространственного гнозиса необходимо сформировать как навыки оптико-пространственной ориентировки плоского конструирования, так и объемного. Следует обращать внимание, что при нарушении зрительных функций, материал, которым пользуется ребенок (наглядные пособия, картинки), должны быть достаточно контрастными с фоном, на котором они изображены. Во время проведения занятий должно быть обязательное словесное сопровождение всех двигательных умений и навыков. Важно, чтобы у ребенка возникало ощущение позы и формировалась схема движения.

Существует несколько основных принципов коррекционно-педагогической работы с детьми, страдающими церебральным параличом.

. Комплексный характер коррекционно-педагогической работы. Это означает постоянный учет взаимовлияния двигательных, речевых и психических нарушений в динамике продолжающегося развития ребенка. Вследствие этого необходима совместная стимуляция (развитие) всех сторон психики, речи и моторики, а также предупреждение и коррекция их нарушений.

. Раннее начало онтогенетически последовательного воздействия, опирающегося на сохранные функции. В последние годы широко внедрена в практику ранняя диагностика ДЦП. Несмотря на то что уже в первые месяцы жизни можно выявить патологию доречевого развития и нарушения ориентировочно-познавательной деятельности, коррекционно-педагогическая, и в частности логопедическая, работа с детьми нередко начинается после 3-4 лет. В этом случае работа чаще всего направлена на исправление уже сложившихся дефектов речи и психики, а не на их предупреждение. Раннее выявление патологии доречевого и раннего речевого развития и своевременное коррекционно-педагогическое воздействие в младенческом и раннем возрасте позволяют уменьшить, а в некоторых случаях и исключить психоречевые нарушения у детей с церебральным параличом в старшем возрасте. Необходимость ранней коррекционно-логопедической работы при ДЦП вытекает из особенностей детского мозга - его пластичности и универсальной способности к компенсированию нарушенных функций, а также в связи с тем, что наиболее оптимальными сроками созревания речевой функциональной системы являются первые три года жизни ребенка. Коррекционная работа строится не с учетом возраста, а с учетом того, на каком этапе психоречевого развития находится ребенок.

. Организация работы в рамках ведущей деятельности. Нарушения психического и речевого развития при ДЦП в значительной степени обусловлены отсутствием или дефицитом деятельности детей. Поэтому при коррекционно-педагогических мероприятиях стимулируется основной для данного возраста вид деятельности. В младенческом возрасте (до 1 года) ведущий вид деятельности - эмоциональное общение со взрослым; в раннем возрасте (от) года до 3 лет) - предметная деятельность; в дошкольном возрасте (от З до 7 лет) - игровая деятельность; в школьном возрасте - учебная деятельность.

. Наблюдение за ребенком в динамике продолжающегося психо-речевого развития.

. Тесное взаимодействие с родителями и всем окружением ребенка.

Трудности восстановительного лечения детей с детским церебральным параличом обусловлены не столько тяжестью двигательного дефекта, а главным образом своеобразными особенностями их умственного и эмоционально-волевого развития. Поэтому своевременно оказанная психолого-педагогическая помощь является одним из важнейших звеньев системы их реабилитации.

В настоящее время вопросы психологической помощи детям с ДЦП освещены недостаточно. Практическое применение различных психотехнических приемов, направленных на больных с ДЦП, часто используется психологами и педагогами без учета формы заболевания, уровня развития интеллектуальных процессов и особенностей эмоциональноволевой сферы. Отсутствие четко разработанных дифференцированных методов психокоррекции детей с ДЦП, неадекватный подбор психотехнических средств могут отрицательно сказываться на качестве психического развития больного ребенка, а также создают существенные трудности в работе педагогов и родителей.

Подобранные методы психологической помощи с учетом индивидуальнопсихологических особенностей больных оказывает положительное влияние на динамику их умственного и личностного развития.

**2.2 Рекомендации и система мероприятий по работе с родителями детей с ДЦП**

Для большинства родителей рождение ребёнка с детским церебральным параличом является тяжёлым испытанием. Родственники испытывают разнообразные переживания, связанные с состоянием ребёнка: растерянность, постоянное беспокойство о будущем, страх, к которому часто добавляются чувство вины, депрессия, разочарование, а также ярость, вызванная неразрешимостью самой проблемы заболевания. Высокая нервно - психическая и физическая нагрузка на семью в целом часто приводит к исчезновению качеств, необходимых для её успешного функционирования.

Родители имеющие ребёнка с ДЦП знают о том, сколько сопутствующих психологических проблем приносит с собой эта тяжелая болезнь. Поэтому понятно, что характер ребенка, несущий ее отпечаток, является очень сложным, а умственные способности зачастую сниженными. Но это не вина ребенка, а его беда.

Вся работа с родителями, имеющими особенного ребёнка, строится на сотрудничестве и доверии; проводиться поэтапно.

На 1 этапе, ещё до поступления детей в ДОУ, психологами осуществляется патронаж семей. Эффективно действует программа изучения семьи: структура семьи и психологический климат, социальный статус матери и отца в семье, основные принципы семейных отношений, стиль и фон семейной жизни, воспитательный климат семьи, культурный уровень родителей, трудности.

На 2 этапе помогаем семье выработать правильное отношение к реакции окружающих на внешние особенности ребёнка, вовлекаем родителей в процесс интеграции детей в общество.

Е.А Стребелева и Ю.Ю. Белякова выделяют следующие формы работы, которыми пользуется дефектолог в работе с детьми дошкольного возраста с нарушениями в развитии и их родителями: консультативно-рекомендательная; лекционно-просветительская; практические занятия для родителей; организация «круглых столов», родительских конференций, детских утренников и праздников; индивидуальные занятия с родителями и их ребенком; подгрупповые занятия.

Рекомендации родителям, воспитывающим детей-инвалидов.

В силу огромной роли семьи, ближайшего окружения в процессе становления личности ребенка необходима такая организация социума, которая могла бы максимально стимулировать это развитие, сглаживать негативное влияние заболевания на психическое состояние ребенка.

Родители - основные участники психолого-педагогической помощи при ДЦП, особенно если ребенок по тем или иным причинам не посещает учебное учреждение.

Для создания благоприятных условий воспитания в семье необходимо знать особенности развития ребенка, его возможности и перспективы развития, организовать целенаправленные коррекционные занятия, сформировать адекватную оценку, развивать необходимые в жизни волевые качества.

Для этого важно активное включение ребенка в повседневную жизнь семьи, в посильную трудовую деятельность, стремление к тому, чтобы ребенок не только обслуживал себя (самостоятельно ел, одевался, был опрятен), но и имел определенные обязанности, выполнение которых значимо для окружающих (накрыть на стол, убрать посуду).

Остановимся на некоторых принципах организации эффективного взаимодействия родителей с особым ребёнком.

. Активность и самостоятельность ребёнка.

Родитель обязан помочь ребёнку, но именно помочь, а не сделать за него. Самое сложное - смотреть на его неудачные попытки, его усталость, порой отчаяние. Выдержать это напряжение, это состояние сознательной беспомощности - задача и великий подвиг родительской любви. Надо осознать, что вера в возможность и силы ребёнка, придаст ему силы и мужество.

. Постоянная упорная тренировка каждый день.

Любое развитие и физическое, и умственное, происходит последовательно, оно не терпит скачков и перерывов. Поэтому каждую ступеньку своего восхождения ребёнок должен пройти сам. Только тогда он действительно научиться управлять собой. Задача родителей - развить и поддержать эту активность, последовательно ставить перед ребёнком всё более сложные цели. Каждая уступка лени - это предательство своего ребёнка.

. Сознательная беспомощность родителя.

Если родитель ловит себя на мысли, что не может больше смотреть на неудачные попытки ребёнка и готовы что-то сделать за него - родитель жалеет не его, а себя! Если родитель сделал что-то за ребёнка, то отнял у него шанс научиться чему-то новому.

. Безусловное принятие ребёнка и его дефекта родителями.

## Рекомендации для родителей, имеющих детей с ДЦП, в помощь к занятиям с специалистами:

1) Использовать вертикализатор не больше 3-х часов.

) Давать возможность ребенку самостоятельно передвигаться (в коляске, с опорами).

) Развивать хватательные действия, умение удерживать предмет в одной, в двух руках и т.д.).

) Отталкиваться от того, что у ребенка получается.

) Развивать навыки самообслуживания: прием пищи, умывание, одевание и т.д.

) Развивать ориентирование в собственном теле (руки, ноги, лицо, живот и т.д.).

) Развивать ориентирование во времени (время года, месяц, число, день недели, части суток).

) Обсуждать с ребенком, как прошел день, что понравилось, на что обратили внимание.

Помимо названных можно обозначить и другие рекомендациями для родителей, ребенок которых болен ДЦП можно обозначить следующие:

. Важно сосредоточивать внимание на самом ребенке, а не на его болезни. Если проявлять беспокойство по каждому поводу, ограничивать самостоятельность ребенка, то малыш непременно будет чрезмерно беспокоен и тревожен. Это правило универсально для всех детей - и больных, и здоровых.

. Усталость от переживаний за ребенка-инвалида, порой накладывает соответствующий отпечаток на внешний облик его родителей. Они выглядят несчастными. Но ведь любому малышу нужны счастливые родители, способные отдавать любовь и тепло, а не свои больные нервы. Только оптимистичный взгляд на жизнь может помочь в борьбе с коварным недугом.

. Правильное отношение к ребенку можно выразить формулой: «Если ты не похож на других, это не значит, что ты хуже».

. Нередко погоня за новыми специалистами и методами лечения заставляет нас упускать из вида личность самого малыша. А ведь попытка взглянуть на болезнь «изнутри», т.е. глазами больного ребенка, и является лучшей возможностью помочь ему в преодолении душевных и физических страданий. Не стоит упускать из виду отношение к болезни самого ребенка. Недавние исследования показали, что осознание дефекта у детей с ДЦП проявляется к 7-8 годам и связано с их переживаниями по поводу недоброжелательного отношения к ним со стороны окружающих и нехваткой общения. В это время особенно важной является психологическая поддержка ребенка со стороны семьи.

. Необходимо как можно чаще прибегать к помощи специалистов. Например, переживания ребенка по поводу своей внешности неплохо корректируются в работе с детским психологом.

. Важно корректировать режим дня во избежание нарушений сна, дающего полноценный отдых больному организму. Необходимо создать для ребенка спокойную обстановку, отказаться от чрезмерно активных и шумных игр перед сном, ограничить просмотр телевизора.

. Чтобы у ребенка сформировалось правильное восприятие себя и окружающих, важно отказаться от излишней опеки по отношению к нему. Родители должны воспринимать свое чадо не как безнадежного инвалида, а как человека, пусть в чем-то не похожего на других, но вполне могущего преодолеть свой недуг и ведущего активный образ жизни.

Также можно выделить в отдельную группу рекомендации родителям детей с ДЦП по организации подготовки домашнего задания.

Особо важно твердо установить время начала занятий. Благодаря этому вырабатывается привычка, к назначенному часу появляется психологическая готовность и предрасположение к умственной работе, даже теряется интерес к игре, прогулке.

Важно найти правильное положение тела, чтобы тремор был минимальным. По рекомендациям врача - ортопеда и психолога, если ребенок учится на дому.

Необходимо постоянное место для занятий, где все нужные предметы находятся под рукой. Так вырабатывается привычка к внутренней мобилизации с момента начала занятий и до тех пор, пока не выработалось умение управлять своим поведением, рабочее место должно быть только местом для занятий (ни игр, ни картинок, ни игрушек, ни посторонних книг, ни цветных карандашей и фломастеров, если они не нужны для текущей работы). Если нет возможности выделить постоянное место, то в определенный час должно быть, безусловно выделено, освобождено место для занятий.

Важное правило - начинать работу немедленно, лучше с предмета, который труднее дается ребенку. Чем дольше оттягивается начало работы, над сложным, тем большее усилие потребуется, чтобы заставить себя приступить к ней. У человека, который систематически начинает работу без промедления, период «втягивания» в работу короткий, дело идет быстрее и эффективнее, а учеба становится источником не только напряженного труда, но и источником удовлетворения. Нельзя заставлять ребенка многократно переписывать домашнее задание, использовать черновик только для вычисления и рисунков.

Необходимо наличие перерывов в работе. Важно единство школьного и домашнего учебного режима, профилактика перегрузок.

Работа должна идти в хорошем темпе - от 1 часа в начальной школе, до 4 - 5 часов у старшеклассников.

Нельзя, чтобы у школьника не было других обязанностей, кроме учебы: человек, который в течение дня должен сделать много дел, привыкает ценить время, планировать работу.

Приучение ребенка к правильному режиму должно сочетаться с самодисциплиной родителей, уважением к ребенку, доброжелательностью, разумной требовательностью.

Биологические факторы, связанные с физическими недостатками при детском церебральном параличе оказывают непосредственное влияние на развитие личности ребенка. Осознание детьми с церебральным параличом своей физической неполноценности негативно влияют на личностное развитие. Следствием этого является то, что у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата чаще, чем у их здоровых сверстников обнаруживается неадекватная самооценка и повышенный уровень личностной тревожности. Таким образом, задача родителей, да и специалистов состоит в том, чтобы создать условия для адекватного развития и формирования личности детей-инвалидов.

Формирование адекватной самооценки - характерная особенность личности ребенка. Уровень развития самосознания и адекватность самооценки служат хорошим критерием для оценки психологического возраста человека и его психологических особенностей, в том числе и каких-либо отклонений и проблем.

При оптимальной, адекватной самооценке ребёнок правильно соотносит свои возможности и способности, достаточно критически относится к себе, стремится реально смотреть на свои неудачи и успехи, старается ставить перед собой достижимые цели, которые можно осуществить на деле.

Таким образом, особенности развития личности ребенка с ДЦП во многом зависят не только от специфики заболевания, но в первую очередь от отношения к ребенку родителей и близких. А потому не стоит считать, что причина всех неудач и сложностей воспитания - недуг малыша. Поверьте, в ваших руках достаточно возможностей для того, чтобы сделать из своего малыша полноценную личность и просто счастливого человека.

**Заключение**

ДЦП (англ. child cerebral palsy) - полиэтиологическое заболевание, чаще всего начинающееся внутриутробно и продолжающее развиваться в первые годы жизни. Термин «ДЦП» был предложен З. Фрейдом (1893) для объединения всех форм спастических параличей пренатального происхождения со сходными клиническими признаками. При ДЦП наблюдается сложная картина неврологических и психических нарушений, не только замедленный темп психического развития, но и неравномерный, диспропорциональный характер формирования отдельных психических функций.

Детские церебральные параличи - это группа патологических синдромов, возникающих вследствие внутриутробных, родовых или послеродовых поражений мозга и проявляющихся в форме двигательных, речевых и психических нарушений.

Двигательные расстройства наблюдаются у 100% детей, речевые у 75% и психические у 50% детей.

Двигательные нарушения проявляются в виде парезов, параличей, насильственных движений. Особенно значимы и сложны нарушения регуляции тонуса, которые могут происходить по типу спастичности, ригидности, гипотонии, дистонии. Нарушения регуляции тонуса Тесно связаны с задержкой патологических тонических рефлексов и несформированностью цепных установочных выпрямительных рефлексов. На основе этих нарушений формируются вторичные изменения в Мышцах, костях и суставах (контрактуры и деформации).

Речевые расстройства характеризуются лексическими, грамматическими и фонетико-фонематическими нарушениями.

Психические расстройства проявляются в виде задержки психического развития или умственной отсталости всех степеней тяжести. Кроме того, нередко имеются изменения зрения, слуха, вегетативно-сосудистые расстройства, судорожные проявления и пр.

Не многие знают, что, только поняв ребенка, посмотрев на болезнь изнутри глазами маленького пациента, можно действительно найти выход. Ведь особенности развития детей с ДЦП - довольно обобщенное понятие, и у каждого ребенка болезнь развивается самостоятельно, в индивидуальном порядке. Так что и подход следует выбирать для каждого ребенка отдельно.

Психическое развитие ребенка с церебральным параличом характеризуется нарушением формирования познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности. Перед специалистами, работающими с этими детьми, и родителями встает важная задача профилактики и коррекции этих нарушений. Конкретные задачи этой работы в отношении каждого ребенка могут быть определены только после комплексного обследования.

Особенности формирования личности и эмоционально-волевой сферы у детей с диагнозом ДЦП могут быть обусловлены двумя факторами: биологическими особенностями, связанными с характером заболевания; социальными условиями - воздействием на ребенка семьи и педагогов.

Другими словами, на развитие и формирование личности ребенка, с одной стороны, существенное влияние оказывает его исключительное положение, связанное с ограничением движения и речи; с другой стороны - отношение семьи к болезни ребенка, окружающая его атмосфера. Поэтому всегда нужно помнить о том, что личностные особенности детей, страдающих ДЦП, - результат тесного взаимодействия этих двух факторов. Следует заметить, что родители, при желании, могут смягчить фактор социального воздействия.

**Список использованных источников и литературы**

1. Архипова Е.Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом [Текст] / Е.Ф. Архипов - М.: Просвещение, 2010. - 95 с.

. Бадалян Л.О. Детские церебральные параличи [Тест] / Л.О. Бадалян, Л.Т. Журба, О.В. Тимонина, - М.: Новый мир, 2012. - 139 с.

. Власова Т.А. О детях с отклонениями в развитии [Текст] / Т.А. Власова, М.С. Певзнер. - М.: Мир, 2010. - 103 с.

. Выготский Л.С. Проблемы дефектологии [Текст] / Л.С. Выготский - М.: Наука, 2011. - 381 с.

. Гросс Н.А. Современные методики физической реабилитации детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата [Текст] / Н.А. Гросс. - М.: Амфора, 2015. - 235 с.

. Данилова Л.А. Методика коррекции речевого и психического развития у детей с церебральным параличом [Текст] / Л.А. Данилова - М.: Знания, 2012, 540 с.

. Дьячкова А.И. Основы обучения и воспитания аномальных детей [Текст] / А.И. Дьячкова - М.: Просвещение, 2010. - 235 с.

. Евсеев С.П. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов [Текст] / С.П. Евсеев. - М.: Новый мир, 2011. - 320 с.

. Евсеев С.П. Теория и организация адаптивной физической культуры [Текст] / С.П. Евсеев. - М.: Просвещение, 2011. - 296 с.

. Крылов А.А., Маничев С А. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии: Учеб. пособие/В.Д. Балин, В.К. Гайда, В.К. Горбачевский и др., - СПб: Питер, 2010. - 560 с.: ил.

. Лалаева Р.И. Методика психолингвистического изучения нарушений речи у аномальных детей [Текст] / Р.И. Лалаев - СПб.: 2013, 440 с.

. Левченко И.Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата [Текст] / И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько М.: Издательский центр «Академия», 2011. - 192 с.

. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей [Текст] / В.И. Лубовский. - М.: Новый мир, 2011. - 436 с.

. Лубовский В.И. Специальная психология [Текст] / В.И. Лубовский, Т.В. Розанова, Л.И. Солнцева и др.; Под ред. В.И. Лубовский. - М.: Ника, 2013. - 464 с.

. Мастюкова Е.М. Нарушения речи у детей с церебральным параличом [Текст] / Е.М. Мастюков, М.В. Ипполитов - М.: Амфора, 2010, 448 с.

. Мастюкова Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии: Ранняя диагностика и коррекция [Текст] / Е.М. Мастюкова. - М.: Просвещение, 2012. - 95 с

. Шипицина Л.М. Детский церебральный паралич [Текст] / Л.М. Мамайчук - СПб.: 2011, 440 с.

. Цукер М.Б. Детские церебральные параличи, в кн.: Многотомное руководство по педиатрии, т. 8, М.: Новая наука, 2015, 233 с.